


O uso de indicadores para a gestão dos Serviços de Saúde Mental


Inacia Bezerra de Lima^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3580-3244>


Filipe Andrade Bernardi³

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-5470>


Diego Bettiol Yamada^{2,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-6221-722X>

Andre Luiz Teixeira Vinci⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3743-0250>


Rui Pedro Charters Lopes Rijo⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-9348-0474>

Domingos Alves⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-0800-5872>

Antonia Regina Ferreira Furegato¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7901-2965>

Objetivo: identificar indicadores que possam ser utilizados na gestão dos Serviços de Saúde Mental. **Método:** revisão integrativa em que adotou-se a estratégia População, Conceito e Contexto para formular a seguinte questão norteadora: "Quais indicadores podem ser usados para a gestão dos serviços de saúde mental?". **Resultados:** um total de 22 artigos foram incluídos e divididos em dois grupos principais: países com renda inicial alta (54%), bem como países de baixa e média renda (46%). Identificamos 5 estudos que experimentaram o uso de indicadores, 5 estudos que relataram implementação parcial, 9 estudos que não relataram uso ou implementação, 1 estudo sobre o processo de seleção de indicadores, 1 como piloto de implementação e um estudo final com uma discussão para implementação. Os países de alta renda também têm dificuldade para implementar indicadores de saúde mental. As principais dificuldades na adoção do uso de indicadores são a falta de serviços básicos de saúde mental, recursos financeiros, legislação, interesse político e diretrizes para sua gestão. **Conclusão:** é incomum encontrar uma comparação descritiva de programas de monitoramento de qualidade no nível de sistema na literatura técnico-científica relacionada a indicadores de saúde mental.

Descritores: Indicadores Básicos de Saúde; Administração em Saúde Pública; Serviços de Saúde Mental; Administração de Serviços de Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Diretrizes para o Planejamento em Saúde.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, São Carlos, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ Instituto Politécnico de Leiria, Escola de Tecnologia e Gestão, Leiria, Leiria, Portugal.

Como citar este artigo

Lima IB, Bernardi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, Furegato ARF. The use of indicators for the management of Mental Health Services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3409. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>.

URL

mês dia ano

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu quatro objetivos prioritários em seu Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020⁽¹⁾: fortalecer liderança e governança eficazes para Saúde Mental (SM); fornecer serviços de saúde mental e social abrangentes, integrados e responsivos em ambientes comunitários; implementar estratégias de promoção e prevenção em SM; e fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para SM⁽¹⁻²⁾. Um dos princípios para alcançar essas metas da OMS é o uso de indicadores importantes para monitorar os dados dos sistemas SM. A OMS recomenda que 80% de todos os países coletem e relatem pelo menos um conjunto básico de Indicadores de Saúde Mental (ISMs) e que essa ação aconteça através de seus sistemas nacionais de informação social e de saúde até o ano de 2020⁽³⁾. Além disso, também fornece um conjunto de indicadores-chave para avaliar os níveis de implementação, progresso e impacto das metas definidas. Após a publicação do plano de ação, a OMS lançou o Atlas de Saúde Mental de 2014 e 2017 para monitorar o progresso dos países no cumprimento das metas estabelecidas⁽⁴⁻⁵⁾.

Mais de 450 milhões de pessoas sofrem de doenças mentais e a carga global das doenças mentais é subestimada. Pesquisas recentes sugerem que essa carga é responsável por 32,4% dos anos vividos com deficiência e 13,0% dos anos de vida ajustados por deficiência. Esta é uma preocupação particular em países de baixa e média renda (PRBMs), onde mais de 70% das doenças mentais ocorrem⁽⁶⁾.

Nas últimas duas décadas, houve um grande número de publicações e análises sobre o uso das diretrizes de SM⁽⁷⁻⁸⁾. Apesar da proliferação de diretrizes baseadas em evidências para o tratamento de transtornos mentais, não há consenso sobre quais recomendações devem ser usadas⁽⁹⁾. Um conjunto de indicadores deve seguir os padrões de uso esperados, juntamente com os dados relevantes e necessários, além da exatidão da validade para informar o mérito das práticas e processos avaliados⁽¹⁰⁾. Havia um número limitado de "indicadores de avaliação" nas descobertas relacionadas à SM para registrar ou medir propriedades, processo e interpretação de uso e resultados⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Esse cenário mostra a falta de foco nesse aspecto antes da publicação do Plano de Ação em Saúde Mental da OMS de 2013 a 2020, e que agora é necessário conhecer os possíveis avanços derivados da ação com base nesse documento.

Apesar das recomendações da OMS, é possível encontrar na literatura diferenças nos grupos de indicadores, o nome dos indicadores, como são definidos e a que categoria cada um pertence^(1,12). Assim, é importante buscar

evidências sobre o desempenho do indicador para gestão de SM a partir da experiência de análise de uso, destacando as diferenças e consensos de interpretações. Desta forma, realizaremos uma revisão integrativa da literatura técnico-científica, com o objetivo principal de identificar indicadores que possam ser utilizados para a gestão dos serviços de SM. Neste estudo, analisaremos também a evolução dos serviços de SM em diferentes contextos e países, o desenvolvimento de indicadores e o andamento de sua implementação. Por fim, é importante destacar que este estudo faz parte de um estudo multicêntrico internacional, envolvendo pesquisadores do Brasil e Portugal.

Método

Este estudo de revisão integrativa foi preparado de acordo com o método descrito no Manual para Revisores do Instituto Joanna Briggs de 2015 (*Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*, JBISIRIR)⁽¹³⁻¹⁴⁾. 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 ISM 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 ISMs, embora a importância de tal trabalho seja enfatizada. Em vez disso, a revisão integrativa tem uma função descritiva e analítica. Ela procura fornecer uma visão geral de quais problemas surgiram em ISMs e quais orientações existem sobre como abordá-los e informar os esforços em andamento para desenvolver diretrizes significativas e abrangentes para a prática.

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⁽¹⁵⁾.

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⁽¹³⁾.

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 SM?", onde População se refere aos serviços de ISMs, 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⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁵⁾.

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 Electronic 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⁽¹⁶⁾.

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 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⁽¹⁾; 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⁽¹⁷⁾.

6: *Análise de resultados* – Discussão. Por fim, os artigos obtidos foram analisados entre países de alta renda (PARs) e 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.

Resultados

Realizou-se uma busca estruturada com estratégias definidas nas respectivas plataformas de banco de dados, junto com descritores controlados, descritores não controlados e palavras-chave. A busca resultou em

929 artigos entre 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 QG deste estudo, uma triagem inicial dos títulos e resumos dos artigos resultou na exclusão de 804 registros. Posteriormente, foi realizada a leitura do texto na íntegra dos artigos restantes com o objetivo de identificar artigos que abordassem a QN deste estudo. Como resultado dessa etapa, um total de 22 artigos foram selecionados para fazer parte da revisão integrativa. Os critérios de seleção nela aplicados 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 de 4 etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão⁽¹⁸⁾.

Uma breve apresentação deste processo e de suas características pode ser vista no fluxograma PRISMA apresentado na Figura 1.

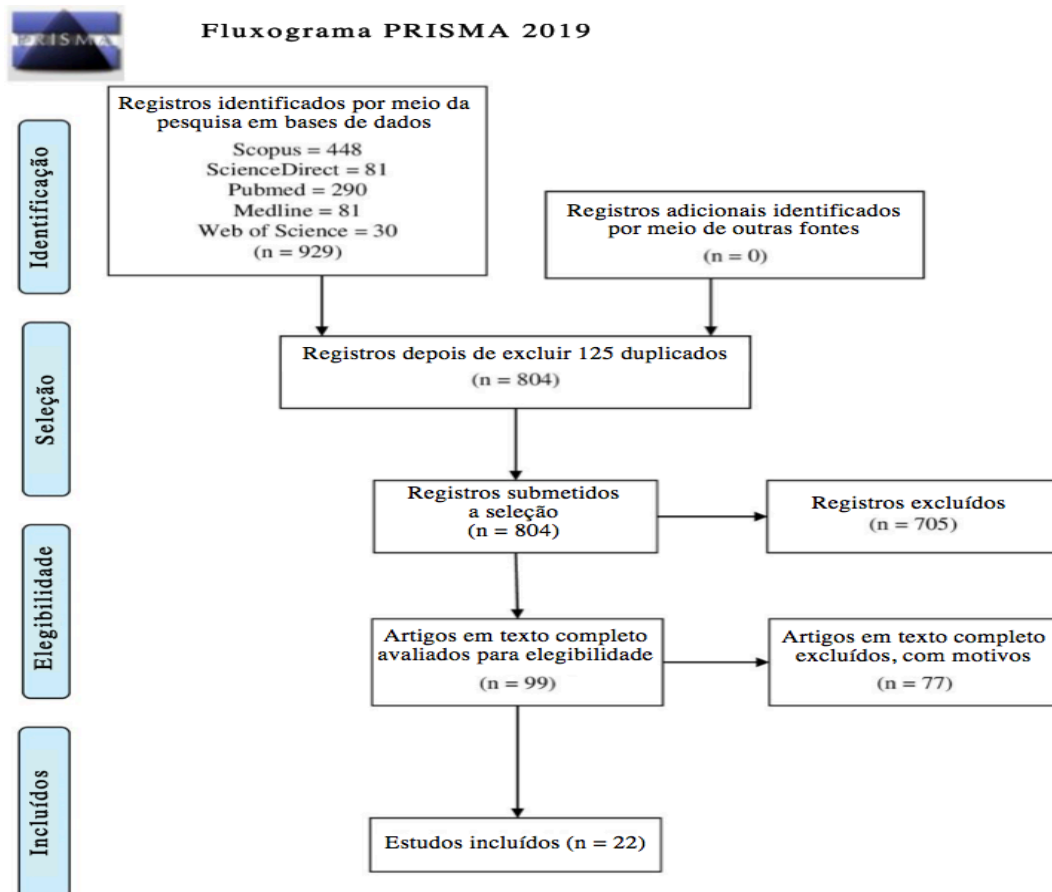


Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2009 adaptado⁽¹⁷⁾

Apresentamos a análise dos 22 estudos identificados na busca nas bases de dados. Inicialmente, dividimos as descobertas em dois grupos principais: PARs (54%) e 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)⁽¹⁹⁻²³⁾, conforme mostrado na Figura 2 abaixo.

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Bem-estar psicossocial e cuidados psiquiátricos nas Comunidades Europeias: análise de macro indicadores ⁽¹⁹⁾	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 mental ⁽²⁰⁾	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 ⁽²¹⁾	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 ⁽²²⁾	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 ⁽²³⁾	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*

Figura 2 - Regiões de alta renda

Os estudos restantes consistiram em 6 relacionados a PARs⁽²⁴⁻²⁹⁾ e um relacionado a uma região específica de alta renda⁽³⁰⁾, conforme mostrado na Figura 3 abaixo.

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Visão geral do sistema de saúde na República Tcheca ⁽²⁴⁾	Descrever o sistema de saúde mental checo através de indicadores populacionais	República Tcheca	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Desenvolvimento de indicadores de saúde mental na Coreia ⁽²⁵⁾	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 ⁽²⁶⁾	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 saúde mental modernos e orientados para a comunidade ⁽²⁷⁾	Explorar a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde mental relacionados ao abuso de substâncias e avaliar a correlação entre as necessidades da população e a disponibilidade desses serviços	Finlândia	Implementação em uso

(a Figura 3 continua na próxima página)

(Figura 3 continuação)

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
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 ⁽²⁸⁾	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 ⁽²⁹⁾	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 ⁽³⁰⁾	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

Figura 3 - Países de alta renda

Para o outro grupo de estudos selecionados, identificamos 7 artigos relacionados a grupos de PRBMs⁽³¹⁻³⁷⁾, conforme mostrado na Figura 4 abaixo.

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Financiar serviços de saúde mental em países de renda baixa e média ⁽³¹⁾	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 ⁽³²⁾	Melhorar os serviços de saúde mental através da busca de financiamento e acompanhar essa melhoria por meio de indicadores	Chile, Albânia, Etiópia, Tailândia, China (provincia de Human), Irã, Nepal, Marrocos, Nigéria, Ucrânia, Vietnã, Paraguai	Implementação parcial
Sistemas de saúde mental nos países: onde estamos agora? ⁽³³⁾	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 ⁽³⁴⁾	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 ⁽³⁵⁾	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 ⁽³⁶⁾	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 ⁽³⁷⁾	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

Figura 4 - Regiões de baixa e média renda

Também identificamos um estudo que descreve PRBMs individualmente⁽³⁸⁾, enquanto os outros dois se referem a regiões específicas de PRBMs⁽³⁹⁻⁴⁰⁾, conforme mostrado na Figura 5 abaixo.

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 ⁽³⁸⁾	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. ⁽³⁹⁾	Avaliar o impacto do Modelo de Saúde Mental de Base Comunitária através de indicadores	Colômbia	Implementação em uso

(a Figura 5 continua na próxima página)

(Figura 5 continuação)

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Desenvolvimento de indicadores de saúde mental a nível distrital em Madhya Pradesh, Índia: estudo de métodos mistos ⁽⁴⁰⁾	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

Figura 5 - Países de baixa e média renda

De acordo com o assunto apresentado, identificamos que 5 estudos relataram efetivamente a experiência do uso de ISMs e 3 deles descreveram ambientes de alta renda^(23,27,29,38-39). Outros 5 estudos relataram implementação parcial de ISMs^(21-22,32-33,35). Outros 9 documentos não relataram o uso ou implementação de indicadores desenvolvidos^(19-20,24,26,28,31,34,36-37). Outro estudo apresentou apenas o processo de seleção de indicadores⁽²⁵⁾. Os dois últimos estudos foram sobre um piloto de implementação de ISMs⁽³⁰⁾ e uma discussão de ISMs para implementação⁽⁴⁰⁾.

Estudos relacionados aos PARs. Um estudo realizado de 1980 a 2000 em um grupo de 16 países pertencentes à OMS, OCDE; O EUROSTAT e o IMS mostraram a utilização de indicadores macro. No entanto, mostrou que os recursos oficiais para os países europeus indicam uma falta de informação institucional eficiente e a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de SM nos países europeus⁽¹⁹⁾.

Outro estudo apontou o perfil de 8 países da Europa, que possuem programas de monitoramento da qualidade da atenção à SM 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⁽²¹⁾. Atualmente, em Portugal, implementam-se apenas indicadores gerais para monitoramento da utilização em cuidados de saúde. Deverá ser implementado monitoramento específico da qualidade em saúde mental. 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*⁽²¹⁾.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) conduziu um estudo entre junho e dezembro de 2014 entre seus 37 países membros⁽²²⁾. 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 (mesmo hospital ou diferente), reinternações por transtorno bipolar não planejadas (mesmo 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 SM e a atenção ao paciente com indicadores de atenção ambulatorial foram relatados com menor presença. O indicador menos mencionado foi "mortalidade excessiva devido a transtornos mentais"⁽²²⁾.

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 SM às regiões⁽²⁶⁾. 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, temos a Holanda, que buscou desenvolver indicadores de desempenho visando a melhoria do sistema de SM. No entanto, os resultados deste estudo concentraram-se em uma implementação piloto de ISMs⁽³⁰⁾. 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 SM. 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 SM. Assim, o estudo não informou sobre a implementação e uso dos indicadores de qualidade selecionados⁽²⁸⁾.

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 SM. Dentro das regiões da OMS, 80% dos 191 países tinham uma política ou programa de SM e 70% tinham legislação de SM. A análise entre regiões mostra diferenças importantes, por exemplo, 92% dos países pertencentes à região europeia possuem uma política, programa e/ou legislação de SM. No entanto, apenas 55% dos países da Região do Mediterrâneo Oriental (RMO) têm uma política, programa e/ou legislação de SM⁽³³⁾.

O grupo de países RMO tem 11 países PRBM que não têm uma política, programa e/ou legislação de SM. 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 SM. 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 SM⁽³³⁾.

Outro achado de estudo é que a lacuna de tratamento para pessoas com problemas de SM 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 SM 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^(36,41).

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⁽³²⁾.

Outro estudo mostrou que 22 Estados-Membros no RMO têm políticas independentes de SM que foram atualizadas nos últimos 10 anos. A legislação de políticas de SM precisa ser revista por instrumentos internacionais de direitos humanos, além de indicar que estão parcialmente implementadas⁽³⁵⁾. Os países da região têm o governo como principal fonte de financiamento (77%). No entanto, nos restantes países, a principal fonte de financiamento pode ser famílias (2 países), organizações não governamentais (1 país) ou desconhecida (2 países não reportaram)⁽³⁵⁾.

Discussão

Em todos os estudos selecionados, os autores apontam para a relevância do uso de ISMs. 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 SM^(1,35). No entanto, os resultados mostrados por ISMs têm usos diferentes para melhoria de gestão, política e serviço^(22,35). Além disso, alguns países estão envolvidos no processo de discussão e na coleta dos indicadores necessários^(21,33). No entanto, algumas iniciativas para a implementação de ISMs encontram-se em processo de implementação parcial ou em implementação de projetos-piloto, sugerindo que a eficácia destes indicadores ainda é desconhecida⁽²⁶⁾. Nos países PRBMs, os estudos de pesquisa sobre ISMs foram realizados com muitas dificuldades devido a: falta de serviços básicos de SM; recursos financeiros; legislação e interesse político; diretrizes de gestão de SM; e sistemas de integração de dados SM^(36,41-42).

Na última década, a SM global emergiu como uma importante área de expressão e pesquisa com a necessidade de desenvolvimento de serviços de SM em países de renda média. No entanto, ao comparar os recursos financeiros de saúde empregados em SM, é um erro acreditar que melhores cuidados de SM são necessários apenas em países mais pobres. O entendimento geral da saúde deve ser sobre como melhorar a SM em todos os lugares, incluindo os PARs. Embora esses países tenham sistemas planejados pelo estado, eles criam serviços de SM ineficientes e tomam decisões que não envolvem adequadamente aqueles que usam os serviços, tornando-os inacessíveis e indiferentes⁽⁴³⁾.

Os indicadores de qualidade de resultado são usados apenas ocasionalmente para analisar os serviços de SM, porque a maioria das jurisdições não tem sistemas de dados clínicos para incorporar indicadores de forma significativa entre os provedores de SM. No entanto, a eficácia dos serviços de saúde permanece desconhecida⁽⁴⁴⁾.

Um projeto na França usou a experiência relatada pelo paciente para medir a qualidade do atendimento de SM admissível para pacientes adultos com distúrbios de SM. Essas medidas convergiram para a disponibilidade, diversidade e capacidade dos recursos de atenção à SM, 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 SM, sem mudanças relevantes nas últimas décadas⁽⁴⁵⁾.

O processo de implementação de ISMs 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 ISMs não foram implementados usando propostas feitas pelo Grupo de Trabalho. Todavia, essas medidas propostas não apresentam uma estratégia integrada de promoção e prevenção da SM. 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 intersetorial⁽⁴⁶⁾.

Além disso, esta é uma preocupação particular nos PRBMs, onde ocorrem mais de 70% das doenças mentais. O acesso deficiente aos serviços de SM 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%⁽⁴⁷⁾.

No caso do Brasil, Índia e África do Sul, estudo aponta que os recursos financeiros destinados são muito escassos e que possuem recursos humanos e infraestrutura inadequados para o SM. 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 SM não se traduzem automaticamente em serviços de SM adequados se não forem claramente definidos por um programa nacional abrangente⁽³³⁾. 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 SM; mudanças na assistência com a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e serviços especializados de SM para fornecer atendimento ambulatorial^(12,48). No entanto, até recentemente, o único indicador específico para avaliação de serviços especializados de SM utilizado no Brasil era o número de CAPS, enquanto outros indicadores para aspectos de SM da atenção básica também eram computados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁽⁴²⁾. Atualmente, o Brasil vem utilizando um indicador definido através do Pacto Interfederativo 2017-2021, que se refere a um conjunto de matrizes sistemáticas de ações realizadas pelos CAPS em parceria com as equipes de atenção básica⁽⁴⁹⁾.

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 SM continuam a ser grandes desafios. O efeito das mudanças na política de

atendimento de SM em todo o Brasil precisa ser avaliado regularmente para melhorar e ajustar o sistema^(12,42). Portanto, os indicadores brasileiros existentes em SM não podem sustentar avaliações consistentes do modelo adotado nos últimos anos e é necessário criar indicadores que contemplem todos os aspectos da população em SM.

Alguns obstáculos são 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⁽⁵⁰⁾.

Para que o SM 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^(20,51).

Uma limitação desta revisão é que deve envolver uma busca detalhada dos documentos normativos, apenas consultamos e comparamos dados encontrados em trabalhos científicos e houve dificuldades em encontrar fontes de dados com informações de indicadores, método de cálculo e sistemas de informação de cada país. Um trabalho complementar a este estudo está sendo realizado para obter ISMs adequados aos Sistemas de Informação em Saúde Brasileiros e que possam ser implementados a partir dos dados disponíveis⁽⁵²⁾.

Um ponto forte desta revisão é que ela mostra que, ao se extrair conhecimento sobre a utilização de

um conjunto de ISMs, é possível compreender a fase de implantação dos indicadores em diferentes regiões do mundo e compará-los entre si. As iniciativas de ISM de vários países estavam em fase de implementação ou desenvolvimento e isso reflete a falta de maturidade e consistência na aplicação de ISMs na maioria dos países. Com base nos ISM avaliados neste estudo, observamos que não há consenso quanto ao seu uso para o manejo de SM. Além disso, confirmamos as constatações anteriores de que não há consenso sobre a definição, método de cálculo e nível de gestão dos indicadores que são utilizados.

Conclusão

Os principais achados desta revisão mostram que é incomum encontrar uma comparação descritiva de programas de monitoramento da qualidade no nível de sistema na literatura técnico-científica relacionada à SM. 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 SM 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 ISMs 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 SM, incluindo transtornos mentais; recursos, mão de obra qualificada, instalações e finanças; Serviços de SM; riscos; fatores de proteção, e assim por diante. Eles melhoram o status, os fatores, o sistema e a qualidade dos serviços de SM para incluir prevenção, tratamento, gerenciamento contínuo e intervenções precoces. Os países desenvolvidos investem em ISMs sistematicamente com base em fundamentos teóricos, como projetos nacionais, que não apenas avaliam

o status de SM 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.

Agradecimentos

A todas as pessoas que participaram deste artigo.

Referências

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013 – 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited Jan 2, 2020]. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
2. Lima IB, Yamada DB, Yoshiura VT, Lance RC, Rodrigues LML, Vinci ALT, et al. Proposal for selection of mental health indicators in the management of health networks: from heuristic to process modeling. *Procedia Comput Sci.* 2018;138:185-90. doi: 10.1016/j.procs.2018.10.026
3. Anderson KK, Fuhrer R, Schmitz N, Malla AK. Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;48(1):125-36. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0571-0>
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2014. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited Jan 2, 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf?sequence=1
5. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited Jan 2, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
6. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):171-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
7. Bauer MS. A Review of Quantitative Studies of Adherence to Mental Health Clinical Practice Guidelines.

- Harvard Rev Psychiatry. 2002;10(3):138-53. doi: 10.1080/10673220216217
8. Docherty M, Shaw K, Goulding L, Parke H, Eassom E, Ali F, et al. Evidence-based guideline implementation in low and middle income countries: lessons for mental health care. *Int J Ment Health Syst*. 2017 May;11(1). doi: 10.1186/s13033-016-0115-1
9. Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care. *Can J Psychiatry*. 2010;55(9):549-57. doi: 10.1177/070674371005500903.
10. Girlanda F, Fiedler I, Ay E, Barbui C, Koesters M. Guideline implementation strategies for specialist mental healthcare. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(4):369-75. doi: 10.1097/ycp.0b013e328361e7ae
11. Weinmann S, Koesters M, Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(6):420-33. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01016.x
12. Dantas CDR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Rev Saude Colet*. 2014;24(4):1127-79. doi: 10.1590/s0103-73312014000400008
13. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. [Internet]. 2015 [cited Jan 2, 2020]. Available from: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
14. Dal K, Mendes S, Cristina de Campos R, Silveira P, Galvão CM. Integrative Literature Review: A research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
15. Arksey H, Omalley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
16. Medical Subject Headings. [Internet]. U.S. National Library of Medicine; National Institutes of Health [cited Jan 3 2020]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
17. Butler A, Hall H, Copnell B. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(3):241-9. doi: 10.1111/wvn.12134
18. Moher D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):264. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
19. Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, Brugha T, Fryers T, Lehtinen V, et al. Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(11):883-92. doi: 10.1007/s00127-004-0871-0
20. Amaddeo F, Tansella M. New perspectives of mental health service research. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20(1):3-6. doi: 10.1017/s2045796011000047
21. Bramesfeld A, Amaddeo F, Caldas-De-Almeida J, Cardoso G, Depaigne-Loth A, Derenne R, et al. Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. *Health Policy*. 2016;120(6):706-17. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.04.019
22. Rotar AM, Berg MJVD, Kringos DS, Klazinga NS. Reporting and use of the OECD Health Care Quality Indicators at national and regional level in 15 countries. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(3):398-404. doi: 10.1093/intqhc/mzw027
23. Thomson R. UK Quality Indicator Project(R) (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *International J Qual Health Care*. 2004Jan;16(suppl_1):i51-i56. doi: 10.1093/intqhc/mzh011.
24. Kinkorová J, Topolčan O. Overview of healthcare system in the Czech Republic. *EPMA J*. 2012;3(1). doi: 10.1007/s13167-012-0139-9
25. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of Mental Health Indicators in Korea. *Psychiatry Invest*. 2012;9(4):311. doi: 10.4306/pi.2012.9.4.311
26. Lora A. Call for information, call for quality in mental health care. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;22(1):9-13. doi: 10.1017/s2045796012000716
27. Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G, Pankakoski M, Malin M, et al. Size Matters — Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int J Env Res Pub Health*. 2014;11(8):8456-74. doi: 10.3390/ijerph110808456
28. Hartveit M, Vanhaecht K, Thorsen O, Biringe E, Haug K, Aslaksen A. 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 Serv Res*. 2017 Mar;17(1). doi: 10.1186/s12913-016-1941-1
29. Gaebel W, Janssen B, Zielasek J. Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(6):636-42. doi: 10.1097/ycp.0b013e3283317c00
30. Lauriks S, Wit MASD, Buster MCA, Arah OA, Klazinga NS. Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. *Admin Policy Ment Health*. 2014 Sep;41(5):625-35. doi: 10.1007/s10488-013-0506-4
31. Dixon A, Mcdaid D, Knapp M, Curran C. Financing mental health services in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2006;21(3):171-82. doi: 10.1093/heapol/czl004

32. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370(9594):1241-52. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61242-2
33. Jacob K, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari J, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007;370(9592):1061-77. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61241-0
34. Cohen A, Eaton J, Radtke B, George C, Manuel B, Silva MD, et al. Three models of community mental health services in low-income countries. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5(1):3. doi: 10.1186/1752-4458-5-3.
35. R G, Chew Z, Saeed K. Situational analysis: preliminary regional review of the Mental Health Atlas 2014. *Eastern Mediterr Health J*. 2015 Jan;12(7):467-76. doi: 10.26719/2015.21.7.467
36. Jordans MJD, Chisholm D, Semrau M, Upadhaya N, Abdulmalik J, Ahuja S, et al. Indicators for routine monitoring of effective mental healthcare coverage in low- and middle-income settings: a Delphi study. *Health Pol Plan*. 2016;31(8):1100-6. doi: 10.1093/heapol/czw040
37. Hanlon C, Semrau M, Alem A, Abayneh S, Abdulmalik J, Docrat S, 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. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;27(1):3-10. doi: 10.1017/s2045796017000440
38. Lund C, Kleintjes S, Kakuma R, Flisher AJ. Public sector mental health systems in South Africa: inter-provincial comparisons and policy implications. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Sep;45(3):393-404. doi: 10.1007/s00127-009-0078-5
39. Hernandez LJ. Evaluación de resultados e impactos de un Modelo de Salud Mental Basado en la Comunidad en localidades de Bogotá, DC. *Rev Salud Pública*. 2003;5(3):272-83. doi: 10.1590/s0124-00642003000300004
40. Ahuja S, Gronholm PC, Shidhaye R, Jordans M, Thornicroft G. Development of mental health indicators at the district level in Madhya Pradesh, India: mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1). doi: 10.1186/s12913-018-3695-4
41. Upadhaya N, Jordans MJD, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C, et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10(1). doi: 10.1186/s13033-016-0094-2
42. Mendes MFD, Rocha CMFD. Avaliação Em Saúde Mental: Uma Análise de Políticas Nacionais e Internacionais. *Saúde Redes*. 2016;2(4):352-9. doi: 10.18310/2446-4813.2016v2n4p352-359
43. Sashidharan SP, White R, Mezzina R, Jansen S, Gishoma D. Global mental health in high-income countries. *Br J Psychiatry*. 2016;209(1):3-5. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179556
44. Perlman CM, Hirdes JP, Barbaree H, Fries BE, Mckillop I, Morris JN, et al. Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct;13(1). doi: 10.1186/1472-6963-13-15
45. Fernandes S, Fond G, Zendjidian X, Michel P, Baumstarck K, Lancon C, et al. 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. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:165-77. doi: 10.2147/ppa.s172100
46. Xavier M, Paixão I, Mateus P, Goldschmidt T, Pires P, Narição M, et al. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2017 [Acesso 2 jan 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
47. Alloh FT, Regmi P, Onche I, Teijlingen EV, Trenoweth S. Mental Health in low-and middle income countries (LMICs): Going beyond the need for funding. *Health Prospect*. 2018;17(1):12-7. doi: 10.3126/hprospect.v17i1.20351
48. Ministério da Saúde (BR). Portaria No-3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 26 dez 2011. [Internet]. Available from: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RedeAtencaoPsicossocial.pdf>
49. Ministério da Saúde (BR). Pactuação Interfederativa 2017-2021: Fichas de Indicadores [Internet]. Brasil: MS; 2017 [Acesso 2 jan 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf>
50. Addington D, Bs MB, Kyle T, Desai S, Wang J. Research Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care: systematic review *Can Fam Physician*. [Internet]. 2010 [cited Jan 2, 2020];56(12):1322-31. Available from: <https://www.cfp.ca/content/56/12/1322.long>
51. Mai Q, Holman CDJ, Sanfilippo FM, Emery JD. The impact of mental illness on potentially preventable hospitalisations: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*. 2011 Oct;11(1). doi: 10.1186/1471-244x-11-163
52. Vinci ALT, Lima IB, Rijo RPCL, Alves D. Mental Health Indicators Set for Management and Evaluation of a Mental Healthcare Network: Implementation Feasibility

Analysis, to Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. Admin Pol Ment Health. Forthcoming 2019.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Domingos Alves. **Obtenção de dados:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato. **Análise e interpretação dos dados:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato. **Redação do manuscrito:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.


Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 16.02.2020
Aceito: 31.07.2020

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Inacia Bezerra de Lima
E-mail: lima.inacia@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-3580-3244>