
Avaliação de serviços de saúde mental: contextualização e diretrizes metodológicas

Marina Bandeira

Mário César Rezende Andrade

A avaliação de serviços de saúde mental é uma prática recente que tem se tornado cada vez mais enfatizada a partir da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Esse processo tem sido marcado pela substituição do modelo de tratamento asilar, com base em longas internações em grandes hospitais psiquiátricos, por uma assistência baseada na comunidade (LAMB; BACHRACH, 2001). No Brasil, essa mudança tem ocorrido, principalmente, por meio da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e abertura de serviços comunitários de saúde mental denominados Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A proposta desses serviços é oferecer atendimento clínico para pacientes graves na comunidade, em regime de atenção diária, promovendo sua inserção e reabilitação psicossocial, por meio de diversas ações intersetoriais e multidisciplinares (MATEUS *et al.*, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem destacado tais avanços na rede de assistência à saúde mental no Brasil, mas, por outro lado, aponta para a necessidade de desenvolver indicadores de avaliação da efetividade dos Caps (WHO, 2007; DELGADO, 2015), contribuindo também para que haja no país uma assistência mais orientada por evidências científicas (MARI, 2014). Baseando-se nessa necessidade, o presente capítulo apresenta, primeiramente, a base histórica do processo de desinstitucionalização, suas consequências e o contexto atual da assistência

em saúde mental no mundo. Posteriormente, são apresentadas as diretrizes metodológicas para a avaliação contínua de serviços de saúde mental.

Bases para a avaliação de serviços: desinstitucionalização e contexto atual da assistência em saúde mental

A história da assistência em saúde mental registrou mudanças intensas no último século. Até meados do século XX, houve a predominância do modelo asilar de cuidados, com ênfase em longas internações em grandes hospitais psiquiátricos ou manicômios e no isolamento dos pacientes. Esse modelo era também caracterizado pelo investimento voltado exclusivamente para a manutenção dos hospitais psiquiátricos, pelo isolamento dessas instituições e de seus profissionais, representados apenas pelo médico psiquiatra e pelo enfermeiro, além do papel reduzido dos familiares e a primazia da contenção ao invés do tratamento (THORNICROFT; TANSELLA, 2002).

Entretanto, a partir do contexto do pós-guerra, diversas mudanças favoreceram o declínio do modelo asilar, com uma redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e sua extinção gradual. Entre essas mudanças, destacam-se o desenvolvimento dos primeiros psicofármacos para tratamento dos transtornos psiquiátricos, a ascensão do movimento pelos direitos humanos, além das denúncias frequentes de maus-tratos e más condições dos hospitais psiquiátricos (THORNICROFT; BEBBINGTON, 1989; LOUGON, 2006). Em resposta a essas transformações e a uma demanda cada vez maior pela melhoria das condições de tratamento, teve início, nos países da Europa e nos Estados Unidos, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Esse processo foi definido como a extinção do modelo asilar e a consequente expansão de serviços alternativos baseados na comunidade (LAMB; BACHRACH, 2001).

Essa desinstitucionalização gerou um redirecionamento da assistência em saúde mental para a comunidade com uma reformulação dos objetivos e formas de tratamento. Nesse contexto, as práticas de reabilitação psicossocial ganharam

centralidade no tratamento psiquiátrico dos pacientes graves, compreendendo uma visão mais integral dessas pessoas e um atendimento de suas necessidades de modo individualizado. Conseqüentemente, intervenções voltadas para o desenvolvimento de sua cidadania, autonomia e funcionamento no cotidiano, além da recuperação clínica, passaram a ser também focadas (BACHRACH, 1992; THORNICROFT; TANSELLA, 2002). Isso se deu por meio da proposta cada vez maior de serviços locais e abertos, que, a princípio, buscariam, além da redução dos sintomas, a reinserção social dos pacientes, a melhoria de sua qualidade de vida e o envolvimento de seus familiares (THORNICROFT; BEBBINGTON, 1989; LOUGON, 2006).

A maioria dos países iniciou o processo de desinstitucionalização com uma redução drástica nos leitos disponíveis em hospitais psiquiátricos e uma conseqüente extinção desses hospitais. Por exemplo, entre meados da década de 50 e de 90 do século passado, a população de pacientes internados em hospitais psiquiátricos passou de 150 mil para 27 mil no Reino Unido e de 500 mil para 72 mil nos Estados Unidos (TORREY, 1997). Todavia, em muitos casos, ocorreu inicialmente apenas uma desospitalização sem a criação concomitante de serviços alternativos que fossem acessíveis e oferecessem cuidado adequado (MORGADO; LIMA, 1994; LAMB; BACHRACH, 2001). Muitos dos serviços criados ofereciam apenas um tratamento não ambulatorial e não intensivo, fazendo com que os pacientes mais graves não tivessem acesso a um tratamento abrangente e que suprisse todas as suas necessidades (LOUGON, 2006). Esse problema estava associado à falta de recursos suficientes para efetivar a desinstitucionalização, havia uma ideia de que a abertura dos novos serviços seria menos onerosa do que o modelo asilar, ao menos inicialmente. Ao contrário, a experiência internacional mostrou que, principalmente em seu início, o sucesso dessa mudança requer maior investimento, considerando que, nesse período, há a necessidade de manter simultaneamente serviços comunitários e hospitalares (THORNICROFT; BEBBINGTON, 1989; ANDREOLI *et al.*, 2007). Além disso, estudos têm mostrado que a qualidade tem relação direta com o orçamento disponível e que os serviços comunitários custam, em geral,

o mesmo que os serviços hospitalares os quais substituem (THORNICROFT; TANSELLA, 2003).

A simples desospitalização e a falta inicial de infraestrutura adequada para o tratamento dos pacientes geraram diversos problemas. Destacam-se, entre essas consequências: o desamparo dos pacientes com transtornos graves, com muitos deles indo morar nas ruas ou sendo criminalizados; a alta frequência de reinternações, conhecida como fenômeno da “porta giratória” (*revolvingdoor*); os custos não monetários da desospitalização, com destaque para a sobrecarga dos familiares cuidadores dos pacientes e dos profissionais dos serviços; o desafio imposto pelo estigma e pela segregação em relação às pessoas com transtornos graves, que passaram a viver na comunidade; além da excessiva ideologização ou politização do movimento em alguns países (MORGADO; LIMA, 1994; LAMB; BACHRACH, 2001).

Por outro lado, o processo de desinstitucionalização tem também deixado algumas lições e benefícios importantes, principalmente quando os serviços comunitários disponibilizados são acessíveis e abrangentes. Dois dos desenvolvimentos mais consistentes e duráveis dos períodos iniciais do processo foram; o uso de equipes multidisciplinares nos serviços comunitários, indispensável para a reinserção social efetiva dos pacientes e seu atendimento integral e a tendência de setorização geográfica dos serviços, com territórios ou áreas de cobertura preestabelecidas (BURNS, 2014). Outras lições importantes foram: que os serviços oferecidos devem ser culturalmente relevantes e adaptados às necessidades de cada indivíduo, que os cuidados hospitalares devem estar disponíveis para quem deles necessitarem, que os pacientes devem ser envolvidos em seu tratamento, que a continuidade do cuidado deve ser garantida e que os sistemas de saúde mental não devem ser restringidos por ideologias preconcebidas (LAMB; BACHRACH, 2001).

Outra consequência relevante a ser destacada foi a proposta cada vez maior de novas intervenções psicossociais, que, a partir da década de 1980, começaram a ser desenvolvidas e avaliadas no contexto das práticas baseadas em evidências

(BURNS, 2014). Entre elas, destacam-se as propostas de acompanhamento intensivo na comunidade, como o manejo de casos (CHAMBERLAIN; RAPP, 1991) e o programa de tratamento assertivo comunitário (STEIN; TEST, 1980), ambos baseados na coordenação e integração da assistência, oferecidas de forma individualizada. Entretanto, apesar da inclusão do manejo de casos e do tratamento assertivo nas políticas de assistência de alguns países, principalmente os mais desenvolvidos, há ainda, em muitos lugares, uma resistência à inclusão de diversas intervenções psicossociais baseadas em evidências na rotina dos serviços (PATEL; PRINCE, 2010; HARRIS; BOYCE, 2013; WAHLBECK, 2015). Nas últimas décadas, muitas outras intervenções têm sido também propostas e se mostrado efetivas para alguns problemas específicos, como as terapias familiares, a terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação. Por exemplo, baseando-se nas melhores evidências disponíveis, Mari *et al.* (2009) propõem um pacote básico de intervenções essenciais a serem oferecidas para pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia em países de rendas baixa e média como o Brasil. Esse pacote é composto pela combinação de antipsicóticos convencionais em baixa dosagem com intervenções educacionais sobre a condição e o tratamento.

Com base nas lições e aprendizados obtidos nas primeiras décadas do processo de desinstitucionalização, Thornicroft e Tansella (2002) propuseram um modelo de atenção equilibrada (*balancedcaremodel*). Esse modelo tem se tornado um consenso na orientação dos sistemas de saúde mental (WHO, 2001; THORNICROFT; TANSELLA, 2003). Segundo essa proposta, a assistência deve ser essencialmente comunitária, com os serviços próximos à população, mas tendo na internação hospitalar um significativo papel de retaguarda. Desse modo, as durações das internações devem ser as mais breves possíveis e ocorrer somente quando necessárias, de preferência em alas psiquiátricas de hospitais gerais ou nos serviços comunitários. No nível local, a assistência deve incluir os seguintes componentes básicos, todos com uma comunicação e interface mínima entre si: consultas em serviços básicos ou hospitais gerais e serviços ambulatoriais de saúde mental (incluindo visitas domiciliares); serviços de cuidado diário e reabilitação (incluindo reabilitação ocupacional); interfaces com serviços

sociais e de outras áreas da saúde; unidades especializadas para internação e problemas específicos; serviços residenciais para pacientes crônicos e sem moradia (THORNICROFT; TANSELLA, 2002; MARI; THORNICROFT, 2010). Ainda segundo esse modelo, as prioridades e objetivos das políticas de saúde mental devem variar de acordo com os recursos disponíveis nos países, com aqueles de rendas baixa e média, privilegiando a saúde mental na atenção básica e os de maior renda, ofertando serviços mais especializados (THORNICROFT; TANSELLA, 2004, 2013).

Apesar das transformações ocorridas na assistência em saúde mental em diferentes países nas últimas décadas, também há grandes desafios a serem superados. Um dos mais importantes desses desafios é a falta de tratamento para um grande número de pessoas portadoras de transtornos mentais na população (*treatment gap*), principalmente em países de rendas baixa e média. Os transtornos mentais são responsáveis por 13% da carga global de doença, taxa maior do que no caso dos problemas cardíacos e do câncer. Ainda assim, estima-se que aproximadamente 75% das pessoas com esses transtornos nos países de rendas baixa e média não recebam tratamento. Na África subsaariana, a falta de tratamento para a esquizofrenia pode chegar a 90% (DEMYTTEN-AERE *et al.*, 2004; PATEL; PRINCE, 2010).

Outro problema fundamental é a falta de investimento específico para a saúde mental. Atualmente, 72% dos países membros da OMS possuem uma política ou plano específico de saúde mental, o que pode ser considerado um avanço com relação a dados anteriores. Entretanto, 52% dos países membros não têm desenvolvido tais planos ou políticas de acordo com os padrões internacionais para os direitos humanos e aproximadamente 43% ainda não possuem uma lei específica na área de saúde mental (WHO, 2018). Além disso, mesmo tendo ocorrido grande desospitalização em vários países, os gastos públicos específicos para a saúde mental ainda são escassos, especialmente em países de renda baixa e média, nos quais mais de 80% dos recursos ainda vão para hospitais psiquiátricos. A falta de investimento é bem maior nesses países, que investem 20 vezes menos em saúde mental por habitante, em comparação com os países

desenvolvidos. Quanto aos recursos humanos alocados nos serviços de saúde, há também uma grande diferença, sendo, em média, 72 profissionais de saúde mental por 100 mil habitantes nos países mais ricos e apenas um naqueles mais pobres. Com relação ao monitoramento e avaliação dos serviços existentes, mais especificamente, há também um grande desafio, já que aproximadamente 63% dos países membros da OMS ainda não compilam dados contínuos sobre a assistência em saúde mental (WHO, 2018).

A falta de tratamento e de investimento em saúde mental tem gerado algumas mobilizações e propostas. Uma delas é o movimento de saúde mental global (*Global Mental Health Movement*), composto por uma coalizão de diversos especialistas da área de saúde mental e instituições de todo o mundo (PATEL; PRINCE, 2010; PATEL *et al.*, 2011). Esse movimento tem como objetivo melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços para pessoas com transtornos mentais, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, por meio de intervenções baseadas em evidências e da promoção dos direitos humanos. Além disso, a própria OMS (WHO, 2013) estabeleceu um plano de ação em saúde mental, a ser implementado de 2013 até 2020, com quatro objetivos principais: (1) desenvolver as políticas e sistemas de saúde mental nos países; (2) fornecer serviços de saúde mental e sociais abrangentes, integrados e responsivos em contextos comunitários; (3) aplicar estratégias para a promoção e prevenção em saúde mental; e (4) promover o monitoramento, as práticas baseadas em evidências e a pesquisa na área.

Metodologia de avaliação dos serviços

As dificuldades dos serviços de saúde mental em obter resultados efetivos no tratamento dos pacientes apontam para a necessidade de maior ênfase no desenvolvimento da pesquisa, da monitoração dos serviços e da implantação de uma cultura de avaliação, visando identificar melhorias a serem feitas (OMS, 2008; THORNICROFT; TANSELLA, 2010; CONTANDRIOPOULOS,

2006). Indicadores da efetividade dos serviços para a saúde pública não têm sido objetos de uma avaliação sistemática, segundo Trujillo (2002).

A necessidade de desenvolver pesquisas de avaliação dos serviços é destacada pela OMS, em suas 10 recomendações para a saúde mental no mundo, visando avaliar indicadores da qualidade e efetividade (OMS, 2001). A qualidade dos serviços, definida por Donabedian (1990), engloba sete atributos denominados “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Segundo esses atributos, os serviços de saúde mental devem ser julgados como aceitáveis pelos próprios usuários, ter legitimidade para a comunidade e oferecer atendimento de forma equitativa, além de obter resultados que atendam às necessidades dos pacientes.

As pesquisas avaliativas devem demonstrar a eficácia e efetividade dos resultados dos serviços. A eficácia se refere a resultados obtidos em condições ideais de pesquisa, com amostras homogêneas de pacientes, sem comorbidades e máximo controle das variáveis interferentes. A efetividade se refere a resultados obtidos em avaliações feitas nas condições ordinárias da prática dos serviços, com amostras heterogêneas que geralmente apresentam comorbidades, sem controle de variáveis. Os resultados positivos devem sobrepor-se aos custos dos serviços (eficiência e “otimização”) (DONABEDIAN, 1990).

Dimensões dos serviços a serem avaliadas: A avaliação dos serviços de saúde mental tem focado as dimensões da tríade estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1992), sendo que a avaliação dos resultados tem recebido mais atenção dos pesquisadores (NORQUIST, 2002; KUSTNER; GONZÁLES; GARCIA, 2002). A avaliação da estrutura inclui o estudo das condições físicas, conforto e organização dos serviços, assim como dos recursos humanos, que necessitam ser diversificados, em número suficiente e bem preparados para fornecer os cuidados necessários aos pacientes e suas famílias. A avaliação do processo engloba as atividades terapêuticas, de orientação e de apoio desenvolvidas no serviço, visando ao tratamento e ao acompanhamento dos usuários, assim como a forma de funcionamento do serviço e sua integração com outros

serviços sociais envolvidos na reinserção social dos pacientes na comunidade (OMS, 2001). A avaliação dos resultados inclui o estudo dos efeitos diretos do tratamento na saúde e na vida dos usuários, bem como suas percepções do cuidado e sua satisfação com o serviço. Os efeitos indiretos dos resultados também são avaliados, como a redução dos custos não monetários dos serviços (por exemplo, a sobrecarga sentida pelos familiares no papel de cuidadores, e a sobrecarga dos profissionais no contato diário com pessoas em sofrimento psicológico) (OMS, 2001; TESSLER; GAMACHE, 2000; DONABEDIAN, 1992; KUSTNER; GONZÁLES; GARCIA, 2002).

Tipos de pesquisa de avaliação de serviços: A avaliação pode ser de dois tipos: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS; PINEAULT, 1997). A avaliação normativa visa aferir a adequação entre as características dos serviços - incluindo sua estrutura, processo e resultados - e os requisitos e critérios definidos nas normas estabelecidas por um órgão regulador. Esse tipo de avaliação é feita, geralmente, pelos órgãos reguladores, por meio de comissões de avaliação e auditorias. No Brasil, essas avaliações são realizadas por programas institucionais implantados na reforma psiquiátrica, para avaliação de serviços hospitalares (DELGADO; SCHECHTMAN; WEBER; AMSTALDEN; BONAVIGO; CORDEIRO, 2007) e serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2008) ou por pesquisadores independentes, utilizando bases de dados institucionais (ANDREOLI; ALMEIDA-FILHO; MARTINS; MATEUS; MARI, 2007). A pesquisa avaliativa foi definida por Contandriopoulos *et al.* (1997) como uma atividade feita por pesquisadores, usando procedimentos científicos para responder questões de pesquisa, que visam à produção de conhecimentos necessários para subsidiar as ações de melhoria dos serviços. Na pesquisa avaliativa, podem ser feitos seis tipos de análise: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação,

que visam avaliar os atributos de qualidade dos serviços (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2013).

As pesquisas avaliativas podem ser de dois tipos, a pesquisa formativa e a pesquisa somativa, segundo a classificação de “Selltiz, Wrightsman Cook” (1987) e de Smith (2004). A pesquisa formativa, também denominada “de processo”, é qualitativa, realizada no início da implantação de um serviço ou programa e visa avaliar as intervenções desenvolvidas e sua organização, com base em relatos informais dos profissionais e observação participante. Por outro lado, a pesquisa avaliativa somativa, também denominada “de resultados”, é uma pesquisa quantitativa, que utiliza análises estatísticas dos dados, aferidos por indicadores objetivos ou por instrumentos de medida validados, visando avaliar o serviço, após algum tempo de seu funcionamento, suficiente para que se possa detectar seus efeitos e seus custos diretos e indiretos (SMITH, 2004).

Delineamentos de pesquisa e controle de variáveis: Diferentes tipos de delineamentos podem ser utilizados, com maior ou menor rigor metodológico, afetando assim a validade interna das pesquisas (BANDEIRA, 2014). A validade interna se refere à garantia de que os resultados se devem, de fato, ao tratamento efetuado. Três categorias de delineamentos são utilizadas: experimentais, quase-experimentais e pré-experimentais (SELLTIZ *et al.*, 1987; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1994; SMITH, 2004). As pesquisas de avaliação da eficácia dos serviços utilizam os delineamentos da primeira categoria, que são mais rigorosos no controle dos vieses, enquanto que as pesquisas de avaliação da efetividade utilizam as duas últimas categorias.

Dependendo do tipo de delineamento utilizado, podem-se distinguir, segundo Smith (2004), dois subtipos de pesquisa avaliativa: a pesquisa de impacto e a pesquisa de resultados. Esta última visa a uma avaliação rotineira dos efeitos do tratamento, a partir de delineamentos de pesquisa quase-experimentais e pré-experimentais, onde há menor controle de vieses ou variáveis interferentes e, portanto, menor validade interna. Um exemplo é a comparação entre dois grupos, sendo um submetido ao tratamento (grupo experimental) e o outro que

não foi submetido ao tratamento (grupo de controle), porém com o viés de que eles não são equivalentes quanto às suas características sociodemográficas ou clínicas, o que diminui a validade interna, afetando a confiança nos resultados. Outro exemplo é a comparação entre medidas tomadas antes e após o tratamento em um mesmo grupo de pacientes, sem comparação com um grupo de controle, portanto sem controle de variáveis interferentes, afetando também a confiança nos resultados. Essas duas categorias de delineamentos de pesquisa correspondem à classificação de “estudos observacionais”, adotada na área de epidemiologia (DUNN, 2010). Este tipo de pesquisa permite verificar se houve um efeito, mas não é suficiente para identificar se este efeito se deve, de fato, ao tratamento em questão ou a outras variáveis interferentes não controladas ou vieses (SMITH, 2004; DUNN, 2010).

A pesquisa de impacto, segundo Smith (2004), visa avaliar se ocorreu o resultado esperado e se ele se deve, de fato, ao tratamento efetuado e não a variáveis interferentes ou vieses. Ela requer o uso de “delineamentos experimentais”, que apresentam máximo controle de vieses e, portanto, maior validade interna, sendo considerados como “padrão ouro” da pesquisa avaliativa (DUNN, 2010). Esses delineamentos incluem a distribuição aleatória dos sujeitos para compor os grupos de comparação, visando torná-los equivalentes, antes do início do tratamento ou programa. São, também, denominados “ensaios clínicos randomizados”, na área de epidemiologia médica (DUNN, 2010). Este delineamento controla a interferência de vieses ou variáveis espúrias, como as diferenças preexistentes entre os grupos. As pesquisas que avaliam a eficácia de novos medicamentos usam este tipo de delineamento e incluem um terceiro grupo de comparação, o grupo placebo, que visa determinar se o efeito obtido resulta do ingrediente ativo do tratamento ou é apenas um efeito das expectativas dos sujeitos (efeito placebo) (SELLTIZ *et al.*, 1987).

Avaliação por diferentes perspectivas: Tem sido recomendado que a avaliação seja integrativa, incluindo a participação dos três agentes envolvidos: pacientes, familiares e profissionais do serviço (OMS, 2001). São perspectivas distintas, que se complementam, para uma avaliação mais completa dos diversos

aspectos da estrutura, processo e resultados dos serviços (SLADE, 2002). Segundo Ruggeri (2010), a avaliação dos serviços de saúde mental deve ser multidimensional (enfocando diversas dimensões dos serviços) e multiaxial (abrangendo as perspectivas dos diversos agentes).

A perspectiva dos pacientes tem sido mais enfatizada na avaliação dos resultados do tratamento e na elaboração de medidas (MCCABE; SAIDI; PRIEBE, 2007; THORNICROFT; TANSELLA, 2010), fornecendo informações também sobre a qualidade do atendimento dos profissionais (DONABEDIAN, 1992; HASLER; MOERGELI; SCHNYDER, 2004). A participação dos pacientes pode contribuir para aumentar a sua satisfação, que tem sido associada a uma melhor adesão ao tratamento e à maior frequência de utilização dos serviços, diminuindo a elevada taxa de abandono (HAMSON, 2001; HASLER *et al.*, 2004; RUGGERI, 1994; 2010; OMS, 2001), além de ser um fator preditivo para menor taxa de re-hospitalizações futuras (PRIEBE; GRUYTERS, 1995).

A avaliação pelos familiares tem sido pouco utilizada, embora seja importante, especialmente quando eles são cuidadores dos pacientes (OMS, 2001), podendo observar e detectar mudanças nos seus comportamentos e no seu nível de funcionamento, em função do tratamento recebido. Incluir a perspectiva dos familiares pode ter um efeito positivo na sua satisfação com o serviço e na diminuição de sua sobrecarga resultante do papel de cuidador (TESSLER; GAMACHE, 2000). A sobrecarga tem sido mais estudada (BANDEIRA; BARROSO, 2007), enquanto a satisfação com os serviços tem sido pouco investigada (PERREAULT; ROUSSEAU; PROVENCHER; ROBERTS; MILTON, 2011).

A perspectiva dos profissionais tem sido menos utilizada na avaliação de serviços de saúde mental. Neste caso, são avaliadas a sua satisfação com o serviço e seu grau de sobrecarga devido ao contato constante com pessoas em sofrimento mental. Estas duas dimensões são importantes, porque podem influenciar o próprio trabalho dos profissionais em termos de envolvimento,

qualidade do atendimento, assiduidade, interferindo, portanto, na qualidade dos serviços (ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2014).

Tipos de medidas: Tradicionalmente, os resultados do tratamento têm sido avaliados com medidas objetivas diretas, tomadas pelos profissionais, sobre o estado clínico do paciente, tal como a gravidade da sintomatologia. Medidas objetivas indiretas são também utilizadas, como a frequência e duração das internações e a procura das urgências psiquiátricas (MERCIER; LANDRY; CORBIERE; PERREAULT, 2004). Com a reforma psiquiátrica enfatizando a reinserção social dos pacientes, foram incluídas variáveis mais amplas, como o bem-estar psicológico, autonomia, relações interpessoais, qualidade de vida, satisfação (MCCABE; SAIDI; PRIEBE, 2007; KUSTNER *et al.*, 2002; NORQUIST, 2002).

Medidas subjetivas passaram a ser utilizadas para avaliação do tratamento pelos próprios pacientes. A medida subjetiva de satisfação dos pacientes com os serviços tem sido considerada como o critério, por excelência, da qualidade dos serviços (RUGGERI, 2010). Entretanto, as medidas subjetivas devem ser consideradas como complementares e não substitutivas das medidas objetivas e deve-se incluir também a avaliação por observadores independentes (HANSOM, 2001). As medidas subjetivas foram denominadas “resultados relatados pelos próprios pacientes” (*Patient-Reported Outcomes*), também conhecidas como “instrumentos PRO” (FDA, 2006; MCCABE *et al.*, 2007).

As medidas utilizadas na avaliação de resultados devem incluir não só os aspectos específicos da saúde mental, mas também da saúde geral (qualidade do sono, alimentação, sexualidade, dores etc.), pois estas duas dimensões são interdependentes. Devem ser incluídas, ainda, as medidas sociodemográficas e clínicas, de suporte social, diagnóstico, gravidade da sintomatologia, uso de drogas, dentre outras, para identificar os fatores que contribuem para maior ou menor efeito do tratamento (SMITH *et al.*, 1997).

As avaliações devem ser feitas em diferentes momentos do tratamento, para avaliar os resultados em curto prazo, mas também em longo prazo, permitindo aferir sua evolução e identificar quais variáveis gerais da vida do paciente atuam para potencializar os resultados do tratamento ou, ao contrário, para diminuir seus efeitos (NORQUIST, 2002). Além disso, é importante investigar as relações entre medidas de processo e medidas de resultados, para determinar quais componentes do tratamento são mais determinantes dos resultados obtidos (HAMSON, 2001; NORQUIST, 2002; HERMANN, 2002).

As avaliações dos resultados devem ser feitas em diversos níveis. Hamson (2001) aponta dois níveis: o nível individual (por exemplo, redução da sintomatologia, autonomia) e o nível mais amplo dos sistemas de saúde (por exemplo, identificação de necessidades da população alvo). Trujillo (2002) destaca quatro níveis: o nível individual, o nível dos sistemas de saúde (por exemplo, taxa de readmissões, uso dos serviços), o nível dos planos de saúde (por exemplo, medidas de acesso ao tratamento etc.) e o nível da comunidade em geral (por exemplo, medidas de prevalência dos transtornos tratados e não tratados, indicadores de carga global das doenças).

Cuidados metodológicos na amostragem e instrumentos de medida: As pesquisas avaliativas de resultados devem levar em consideração a representatividade da amostra dos pacientes, para maior validade externa dos dados, possibilitando a generalização dos resultados. Dois tipos de amostragem podem ser usados, aleatórias ou não-aleatórias, que incluem diversos subtipos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Nos métodos não aleatórios (chamados “de conveniência”, na área médica), os sujeitos não possuem a mesma chance de serem selecionados e a amostra resultante não é representativa da população alvo de onde foi retirada (por exemplo, amostra acidental, amostra de voluntários etc.). Os resultados obtidos não podem ser generalizados para a população-alvo dos pacientes do serviço e a pesquisa terá menor validade externa, pois pode ter um viés de amostragem que subestima ou superestima os efeitos do tratamento (RUGGERI, 1994; SMITH *et al.*, 1997; TRAUER, 2010). Os métodos de amostragem aleatória (por exemplo, aleatória simples,

amostra estratificada, conglomerados etc.) requerem que os sujeitos sejam sorteados a partir de uma lista da população alvo, resultando em uma amostra representativa, em que os resultados obtidos podem ser generalizados para a população alvo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Nas pesquisas avaliativas de resultados dos serviços, é importante também garantir a validade e fidedignidade dos instrumentos de medida (PASQUALI, 2016; BRUSSELLE *et al.*, 2013). Medidas válidas e fidedignas possibilitam a comparabilidade entre os resultados de diferentes pesquisas, nacionais e internacionais (SMITH *et al.*, 1997), e garantem a confiança nos dados, pois o uso de instrumentos não validados pode subestimar ou superestimar os resultados (KABIR; WYKES, 2010). A validade se refere à qualidade do instrumento medir, de fato, o construto que pretende avaliar e não outro construto, e envolve diferentes subtipos (por exemplo, validade de conteúdo, de construto, de critério etc.). A fidedignidade, também denominada confiabilidade, se refere à qualidade do instrumento em medir, de forma reproduzível, o que está sendo avaliado, incluindo também diversos subtipos (consistência interna dos itens, estabilidade temporal teste-reteste etc.) (PERREAULT; KATERELOS; SABOURIN; LEICHTNER; DESMARAIS, 2001; SALVADOR-CARULLA; GONÇALVES-CABALLERO, 2010; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1994).

Os instrumentos de medida necessitam utilizar alternativas de respostas adequadas para os itens das escalas. O número de alternativas disponíveis, a sua redação e a forma de apresentação devem estar em consonância com a capacidade da população-alvo de compreendê-las. A forma de administração (questões autopreenchidas pelos sujeitos ou lidas pelo entrevistador) também deve ser adaptada ao nível de compreensão da população-alvo (EISEN, 2002). Cuidados devem ser tomados na elaboração dos itens, para representarem os construtos avaliados, respeitando também os atributos de objetividade, simplicidade, clareza, critério comportamental, relevância, precisão, critério de variedade, tipicidade, credibilidade, dentre outros (PASQUALI, 2016). Os itens devem ser breves e de fácil compreensão pela população alvo, garantindo sua aplicabilidade e a validade das respostas dos sujeitos (SMITH *et al.*,

1997; KABIR; WYKES, 2010) e apresentar relativa facilidade na correção, computação e interpretação dos dados, assim como uma boa relação custo-benefício (SALVADOR-CARULLA; GONÇALVES-CABALLERO, 2010).

Os instrumentos de medida devem ser multidimensionais, avaliando as dimensões do fenômeno estudado por meio de subescalas que forneçam escores independentes, permitindo observar se houve o efeito esperado em uma dimensão e não em outras (RUGGERI, 1994, 2010; PERREUALT *et al.* 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1994). Os instrumentos devem ter, ainda, sensibilidade aos efeitos do tratamento, para permitir comparações ao longo do tempo e observar se eles se mantêm e como se distribuem no tempo (SMITH *et al.*, 1997).

A existência de versões validadas de um instrumento de medida para outros países é também considerada uma das qualidades de um instrumento de medida (KABIR; WYKES, 2010). Neste caso, procede-se a uma validação transcultural dos instrumentos, de forma a garantir sua equivalência com a versão original (por exemplo, equivalência semântica, conceitual, cultural, operacional, de medida etc.), seguindo os procedimentos recomendados na literatura internacional, como: tradução, retradução, análise por uma comissão de especialistas e estudo piloto junto à população-alvo. A versão adaptada do instrumento deve ser submetida aos procedimentos estatísticos de validação para a população alvo final (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SALVADOR-CARULLA; GONÇALVES-CABALLERO, 2010; BANDEIRA, 2010).

A avaliação como prática cotidiana: A qualidade dos serviços deve ser avaliada regularmente, em um processo institucionalizado de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Há um consenso, na área, de que as decisões sobre a continuidade e melhoria dos serviços devem ser tomadas com base em conhecimentos obtidos por pesquisas avaliativas. Segundo o autor, pesquisas avaliativas permitem seguir o ciclo de Deming, que inclui planejar, executar, avaliar e agir, com base em avaliações sistemáticas. As dificuldades

para esta realização resultam das divergências de objetivos e prioridades dos diversos agentes envolvidos (ex. clínicos, gestores, usuários) (CONTANDRIO-POULOS, 2006).

Trauer (2010) aponta que o uso de medidas padronizadas para avaliar os resultados do tratamento tem aumentado acentuadamente em diversos países, desde os anos 80, com aplicação na prática rotineira dos serviços. Porém, sua implantação a nível nacional tem sido relativamente recente, com destaque para Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia. Estas avaliações utilizam escalas de medida validadas, para avaliar as perspectivas dos clínicos e dos usuários (TRAUER, 2010). Para garantir o sucesso deste processo a nível nacional, segundo Pirkis&Callaly (2010), deve haver recursos financeiros suficientes, treinamento dos profissionais dos serviços, tecnologia de informação para manejo dos dados e liderança de especialistas, a nível nacional, para monitorar o banco de dados, fazer relatórios e dar *feedback* aos profissionais dos serviços, visando à qualidade e eficiência dos serviços. Advertências são feitas para se ter cuidados no controle de vieses ou variáveis interferentes (DUNN, 2010) e para que os dados sejam realmente utilizados para a melhoria dos serviços de saúde mental e melhor atendimento aos pacientes (TANSELLA; THORNICROFT, 2010). Os autores destacam que uma nova ciência está se delineando, denominada “ciência da implantação” (“*implementationscience*”), visando investigar essas questões e desenvolver meios de estimular a aplicação dos conhecimentos adquiridos nas pesquisas avaliativas para a melhoria dos serviços.

Referências

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTINS, D.; MATEUS, M. D. M. L.; MARI, J. J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, 43-46, 2007.

BACHRACH, L. L.. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. **American Journal of Psychiatry**, Washington, 149, p. 1455-1455, 1992.

BANDEIRA, M. Princípios norteadores para avaliação de serviços de saúde mental. In: Bandeira, M.; Lima, L.A.; Barroso, S. **Avaliação de serviços de saúde mental**. Petropolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. (2008). **Avaliar Caps**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/avaliaCaps2.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2010.

BURNS, T. Community psychiatry's achievements. **Epidemiology and psychiatric sciences**, Verona, v. 23, n. 4, p. 337-344, 2014.

CHAMBERLAIN, R.; RAPP, C. A. A decade of case management: A methodological review of outcome research. **Community mental health journal**, Dallas, v. 27, n. 3, p. 171-188, 1991.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. A avaliação no campo da saúde. In: Brouselle, A.; Champagne, F.; Contandriopoulos, A. P.; Hartz, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS J. L.; BOYLE P. **Saber preparar uma pesquisa**, São Paulo: Hucitec, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. In Z. Hartz (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, M. F.; Mello, A. A. F.; Kohn, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**.Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-84.

DELGADO, P. G. **Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica**. Physis: Revista de Saúde Coletiva,Rio de Janeiro,v. 25,n. 1, p. 13-18, 2015.

DEMYTTENAERE, K.; BRUFFAERTS, R.; POSADA-VILLA, J.; GASQUET, I.; KOVESS, V.; LEPINE, J.; KIKKAWA, T. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Jama**, Chicago,v. 291, n. 21, 2581-2590, 2004.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield,v. 114, p.1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in health care: consumers' role. **Quality in Health Care**, Boston, 1, p. 247-251, 1992.

DUNN, G. Statistical methods for measuring outcomes. In: Thornicroft, C.; Tansella, M. **Mental Health Outcome Measures**. 3. ed. Glasgow: Bell & Bain Limited, 2010.

EINSEN, S.V. Patientsatisfaction and perceptionofcare. In: IsHak,W.W.; Burt,T.; Sederer, e. L.I.**Outcome Measurement in Psychiatry: a critical review.** Washington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2002.

FDA GUIDANCE FOR INDUSTRY. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research (CDER) Center for Biologics Evaluation and Research (CBER) **Center for Devices and Radiological Health (CDRH).** February, Clinical/Medical, 2006.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-Cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Philadelphia, v. 46, n.12, p. 1417-1432, 1993.

HAMSON, L. Outcome assessment in psychiatric service evaluation. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, London, 36, p. 244-248, 2001.

HARRIS, A.; BOYCE, P. Why do we not use psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia? **The Australian and New Zealand journal of psychiatry**, Melbourne, v. 47, n. 6, p. 501, 2013.

HASLER, G.; MOERGELI, H.; SCHNYDER, U. Outcomes of psychiatric treatment: what is relevant for our patients? **Comprehensive Psychiatry**, Nova Iorque, v. 45, n. 3, p. 199-205, 2004.

HERMANN, R.C. Linking outcome measurement with process measurement for quality improvement. In: IsHak, W.W.; Burt, T.; Sederer, L. I. **Outcome Measurement in Psychiatry: a critical review.** Washington: American PsychiatricPublishing, Inc., 2002.
ISHARA, S.; BANDEIRA, M.; ZUARDI, A.W.O impacto do trabalho em profissionais de serviços de saúde mental. In: Bandeira, M.; Lima, L.A.; Barroso, S. (Orgs). **Avaliação de serviços de saúde mental.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

KABIR, T.; WYKES, T. Measures of outcomes that are valued by services users. In: Thornicroft, C.; Tansella, M. **Mental Health Outcome measures**. 3. ed. Glasgow: Bell & Bain Limited, 2010.

KUSTNER, B. M.; GONZÁLEZ, F. T.; GARCÍA, J. F. G. Evaluación de los servicios de salud mental en el ámbito de la atención comunitaria. **Actas Españolas de Psiquiatría**, Madrid, v. 30, n. 4, p. 253-258, 2002.

LAMB, H. R., & BACHRACH, L. L. Some perspectives on deinstitutionalization. **Psychiatric services**, Washington, v. 52, n. 8, p. 1039-1045, 2001.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MARI, J. J. Mental healthcare in Brazil: modest advances and major challenges. **Advances in psychiatric treatment**, London, v. 20, n. 2, p. 113-115, 2014.

MARI, J. J.; RAZZOUK, D.; THARA, R.; EATON, J.; THORNICROFT, G. Packages of care for schizophrenia in low-and middle-income countries. **PLoS Medicine**, Cambridge, v. 6, n. 10, 2009.

MARI, J. J.; THORNICROFT, G. Princípios que deveriam nortear as políticas de saúde mental em países de baixa e média rendas. **Rev. bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 212-213, 2010.

MATEUS, M. D.; MARI, J. J.; DELGADO, P. G.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETT, T.; GEROLIN, J.; ANDREOLI, S. B. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. **International journal of mental health systems**, Londres, v. 2, n. 1, 12, 2008.

MCCABE, R.; SAIDI, M.; PRIEBE, S. Patient reported-outcomes in Schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, Londres, 191(suppl. 50): 21-28, 2007.

MERCIER, L.; LANDRY, M.; CORBIERE, M.; PERREAULT, M. Measuring clients' perception as outcome measurement. In: Roberts, A.R.;Yeager, K.R. **Evidence-based Practice Manual: Research an Outcome Measures in Health and Human Services.**University Press, Oxford , p. 904-909, 2004.

MILTON, D. Predictors of caregivers' satisfaction in mental health services. **Community Mental Health Journal**, New York, p. 1-6, may, 2011.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J BrasPsiquiatr**, Rio de Janeiro, v.1, n. 43, 19-28, 1994.

NORQUIST, G. S. Role of outcome measurement in Psychiatry. In: IsHak, W.W.; Burt, T.; Sederer, L. I. **Outcome Measurement in Psychiatry: acritical review.** Washington: American Psychiatric Publishing, Inc, 2002.

OMS. **The World Health Report, 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope.** Genebra: OMS, 2001.

_____. **The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.** Genebra: OMS, 2008.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas. In: Gorenstein, A.; Wang, Y. Hungerbuhler, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental.** cap. 1.1. 2016. Porto Alegre: Artmed.

_____. Validade dos Testes. In: Pasquali,L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação.** Petrópolis: EditoraVozes, 2013.

PATEL, V.; PRINCE, M. Global mental health: a new global health field comes of age.**Jama**, Chicago, v. 303, n. 19, p. 1976-1977, 2010.

PATEL, V.; COLLINS, P. Y.; COPELAND, J.; KAKUMA, R.; KATONTOKA, S.; LAMICHHANE, J.; SKEEN, S. The movement for global mental health. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 2, p. 88-90, 2011.

PERREAULT, M.; ROUSSEAU, M.; PROVENCHER, H.; ROBERTS, S.; PERREAULT, M.; KATERELOS, T. E.; SABOURIN, S.; LEICHNER, P.; DESMARAIS, J. Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bingley, 14, p.111-120, 2001.

PIRKIS, J. E.; CALLALY, T. Mental health outcome measurement in Austrália. In: Trauer, Tom. **Outcome measurement in Mental Health: Theory and Practice**. Cambridge: University Press, 2010.

PRIEBE, S. & GRUYTERS, T. Patients' assessment of treatments predicting outcome. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 87-94, 1995.

RUGGERI, A.E. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Londres, 29, p. 212-227, 1994.

RUGGERI, A. E. Satisfaction with mental health services. In: Thornicroft, C.; Tansella, M. **Mental Health Outcome measures**. 3. ed. Glasgow: Bell & Bain Limited, 2010.

SALVADOR-CARULLA, L.; GONÇALVES-CABALLERO, J. L. Assessment instruments in mental health: description and metric properties. In: Thornicroft, C.; Tansella, M. **Mental Health Outcome measures**. 3. ed. Glasgow: Bell & Bain Limited, 2010.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: EPU, 1987. v. 1.

SLADE, M. Routine outcome assessment in mental health services. **Psychological Medicine**, Cambridge, 32, p. 1339-1343, 2002.

SMITH, G. R.; MANDERSCHIED, R. W.; FLYNN, L. M.; STEINWATCHS, D. M. Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. **Psychiatric Services**, Washington, v. 48, n. 8, p. 1033-1036, 1997.

SMITH, M. J. Process and Outcome evaluations. In: Roberts, A. R.; Yeager, K. R. **Evidence-based practise manual: research an outcome measures in health and human services**. New York: Oxford University Press, 2004. p. 606-609.

STEIN, L. I.; TEST, M. A. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. **Archives of general psychiatry**, Chicago, v. 37, n. 4, p.392-397, 1980.

TESSLER, R.C.; GAMACHE, G.M. **Family experiences with mental illness**. Westport: Auburn House, 2000.

THORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P. Deinstitutionalisation—from hospital closure to service development. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 155, n. 6, p. 739-753, 1989.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. **World Psychiatry**, Genebra, v. 1, n. 2, p. 84-90, 2002.

_____. **What are the arguments for community-based mental health care**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

_____. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. **The British journal of psychiatry**, London, v. 185, n. 4, p. 283-290, 2004.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Saúde Mental da população e cuidado comunitário. In: Thornicroft; G.; Tansella, M. **Boas práticas em Saúde Mental Comunitária**. Barueri: Manole, 2010. p. 6-19.

_____. The balanced care model: the case for both hospital-and community-based mental healthcare. **The British Journal of Psychiatry**, London, 202(4), p. 246-248, 2013.

TORREY, E. F. **Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis**. New York: John Wiley, 1997.

TRAUER, T. Future directions. In: Trauer, Tom. **Outcome measurement in Mental Health: Theory and Practice**. Cambridge: University Press, 2010.

TRUJILLO, M. Implementation of outcome assessment in systems of mental health care. In: IsHak, W.W.; Burt,T.; Sederer, L.I. **Outcome Measurement in Psychiatry: acritical review**. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc, 2002.

WAHLBECK, K.. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. **World Psychiatry**, Geneva, v. 14, n. 1, p. 36-42, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope**. World Health Organization: Geneva, 2001.

_____. **WHO-AIMS Report on mental health system in Brazil**. Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

_____. **Mental health action plan 2013-2020**. World Health Organization: Genebra, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental Health Atlas 2017**. World Health Organization: Genebra, 2018.