

Pacote
técnico



Serviços móveis de saúde mental na comunidade

Promoção de abordagens centradas na pessoa
e baseadas em direitos

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Pacote
técnico

Serviços móveis de saúde mental na comunidade

Promoção de abordagens centradas na pessoa
e baseadas em direitos

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas



QualityRights

Versão oficial em português da obra original em Inglês

Community outreach mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches

© Organização Mundial da Saúde, 2021

ISBN: 978-92-4-002580-6 (versão eletrônica)

Serviços móveis de saúde mental na comunidade: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos

ISBN: 978-92-75-72610-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12610-3 (versão impressa)

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2022

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 IGO de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: no caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: no caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. *Serviços móveis de saúde mental na comunidade: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em <https://doi.org/10.37774/9789275726105>.

Dados da catalogação: podem se consultar em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, contate a sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, consulte <https://www.paho.org/en/publications/permissions-and-licensing>.

Materiais de terceiros: para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade: As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

BRA/NMH/2022

Contents

Prefácio iv
Agradecimentos v
Resumo executivo	xiii
Orientações e pacotes técnicos da OMS sobre serviços comunitários de saúde mental	xx

1. Introdução.....	1
---------------------------	---

2. Serviços comunitários de saúde mental – descrição e análise	5
--	---

2.1 Atmiyata Gujarat, Índia	6
2.2 Banco da Amizade Zimbábue	16
2.3 Home Focus West Cork, Irlanda	24
2.4 Naya Daur Bengala Ocidental, Índia	33
2.5 Ombudsman pessoal Suécia	42

3. Seguindo em frente: do conceito ao serviço móvel de saúde mental na comunidade com boas práticas	55
--	----

Referências	61
-----------------------	----

Prefácio

Em todo o mundo, os serviços de saúde mental estão se esforçando para oferecer apoio e atenção de qualidade às pessoas com condições de saúde mental ou deficiências psicossociais. Em muitos países, porém, as pessoas ainda carecem de acesso a serviços de qualidade que atendam às necessidades com respeito aos direitos e à dignidade. Mesmo hoje, as pessoas são submetidas a violações e discriminação de diversos tipos em contextos de atenção à saúde mental, incluindo o uso de práticas coercitivas, condições de vida precárias e desumanas, negligência e, em alguns casos, maus-tratos.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), firmada em 2006, reconhece a necessidade urgente de grandes reformas para proteger e promover os direitos humanos em saúde mental. Isso é refletido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que preconizam a promoção da saúde mental e do bem-estar, alicerçada no respeito aos direitos humanos, e na Declaração Política de Alto Nível das Nações Unidas sobre a cobertura universal de saúde.

Nas duas últimas décadas, houve uma conscientização crescente sobre a necessidade de melhorar os serviços de saúde mental; entretanto, em todos os países — não importa se de baixa, média ou alta renda —, a resposta coletiva tem sido limitada por estruturas políticas e ordenamentos jurídicos ultrapassados, bem como pela falta de recursos.

A pandemia de Covid-19 tornou ainda mais evidente o caráter insatisfatório e ultrapassado dos sistemas e serviços de saúde mental no mundo. Evidenciou os malefícios das instituições, a falta de coesão da malha social, o isolamento e a marginalização de muitas pessoas com condições de saúde mental, bem como a fragmentação e insuficiência dos serviços de saúde mental de base comunitária.

Em toda parte, os países precisam de serviços de saúde mental que rechacem práticas coercitivas, apoiem as pessoas na tomada das próprias decisões em relação a tratamento e cuidados e promovam a participação e inclusão comunitária, contemplando todas as áreas importantes da vida de uma pessoa – incluindo relacionamentos, trabalho, família, moradia e educação – em vez de se concentrarem somente na redução de sintomas.

O *Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013–2030* da Organização Mundial da Saúde (OMS) serve de inspiração ao oferecer uma estrutura para auxiliar os países a priorizarem e operacionalizarem uma abordagem de *recovery* em saúde mental, centrada na pessoa e baseada em direitos. Ao destacar serviços de saúde mental ao redor do mundo que adotaram boas práticas, este guia pretende apoiar os países no desenvolvimento e na reforma de serviços e respostas de base comunitária sob a óptica dos direitos humanos, promovendo direitos fundamentais como igualdade, não discriminação, capacidade jurídica, consentimento livre e esclarecido e inclusão social. Oferece um roteiro para pôr fim à institucionalização, à hospitalização e ao tratamento involuntários, e descreve etapas específicas para a construção de serviços de saúde mental que respeitem a dignidade inerente a todo ser humano.

Todos – formuladores de políticas públicas, prestadores de serviço, sociedade civil e pessoas com experiência vivida de problemas de saúde mental e deficiências psicossociais – têm um papel a desempenhar para que os serviços de saúde mental se harmonizem com os padrões internacionais de direitos humanos internacionais de direitos humanos.

Este guia pretende lançar luz sobre essa questão urgente e incentivar os formuladores de políticas em todo o mundo a investir em serviços de saúde mental de base comunitária que estejam alinhados com os padrões internacionais dos direitos humanos. Apresenta, ainda, uma visão sobre a atenção à saúde mental dentro dos mais elevados padrões de respeito aos direitos humanos e dá esperança de uma vida melhor a milhões de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, e a suas famílias, em todo o mundo.



Dr. Ren Minghui

Diretor-Geral Adjunto

Cobertura Universal de Saúde/Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

Conceitualização e coordenação geral

Michelle Funk, diretora de unidade, e Natalie Drew Bold, responsável técnica; Política, Legislação e Direitos Humanos; Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias; Organização Mundial da Saúde (OMS), Genebra, Suíça.

Direção estratégica

A direção estratégica para os documentos da OMS ficou a cargo de:

Keshav Desiraju, ex-Secretário de Saúde, Nova Délhi, Índia.

Julian Eaton, Diretor de Saúde Mental, CBM Global, Londres, Reino Unido.

Sarah Kline, Cofundadora e Diretora Executiva interina, *United for Global Mental Health*, Londres, Reino Unido.

Hernan Montenegro von Mühlenbrock, Coordenador de APS, Programa Especial de Atenção Primária à Saúde, OMS, Genebra, Suíça.

Michael Njenga, Membro do Conselho Executivo, Fórum Africano de Deficiência, Diretor Executivo, Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria no Quênia, Nairóbi, Quênia.

Simon Njuguna Kahonge, Diretor de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Nairóbi, Quênia.

Soumitra Pathare, Diretor, Centro para Lei e Política de Saúde Mental, Sociedade Jurídica Indiana, Pune, Índia.

Olga Runciman, Psicóloga, Proprietária da Psycovery Dinamarca, Presidente da Rede Dinamarquesa de Ouvidores de Vozes, Copenhague, Dinamarca.

Benedetto Saraceno, Secretário-Geral, *Lisbon Institute of Global Mental Health*, CEDOC/NOVA, Faculdade de Medicina, Lisboa, Portugal.

Alberto Vásquez Encalada, Presidente, *Sociedad y Discapacidad* (SODIS), Genebra, Suíça.

Equipe de redação e pesquisa

Michelle Funk e Natalie Drew Bold foram as principais autoras dos documentos e supervisionaram uma equipe de pesquisa e redação formada por:

Patrick Bracken, psiquiatra independente e consultor, West Cork, Irlanda; Celline Cole, consultora, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS, Aidlingen, Alemanha; Julia Faure, consultora, Política, Legislação e Direitos Humanos, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS, Le Chesnay, França; Emily McLoughlin, consultora, Política, Legislação e Direitos Humanos, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS, Genebra, Suíça; Maria Francesca Moro, pesquisadora e doutoranda, Departamento de Epidemiologia, Escola de Saúde Pública Mailman da Universidade Columbia, Nova York, NY, Estados Unidos; Cláudia Pellegrini Braga, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Afiya House – Massachusetts, EUA: Sera Davidow, diretora, Aliança Wildflower (antes denominada Comunidade de Aprendizagem para *Recovery* de Massachusetts Ocidental), Holyoke, MA, EUA.

Atmiyata – Gujarat, Índia: Jasmim Kalha, gerente de programa e pesquisadora bolsista; Soumitra Pathare, Diretor, Centro de Legislação e Políticas em Saúde Mental, Ordem dos Advogados da Índia, Pune, Índia.

Aung Clinic – Yangon, Mianmar: Radka Antalikova, pesquisadora-chefe, Fundação Educacional Thabyay, Yangon, Mianmar; Aung Min, profissional da saúde mental e arteterapeuta, subchefe de equipe, Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung, Yangon, Mianmar; Brang Mai, terapeuta supervisor e pesquisador de avaliação (membro da equipe), Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung, Centro

de Orientação da Associação Cristã de Moços, Yangon, Mianmar; Polly Dewhirst, assistente social e consultora de direitos humanos/instrutora e pesquisadora de documentação de estudos de casos, Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung, Yangon, Mianmar; San Brangu Oo, psiquiatra especialista e terapeuta de EMDR e líder de equipe, Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung, Yangon, Mianmar; Shwe Ya Min Oo, psiquiatra e pesquisadora de estudo de avaliação (membro da equipe), Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung, Hospital de Saúde Mental, Yangon, Mianmar.

Unidade BET, Hospital Blakstad, Consórcio Hospitalar de Vestre Viken – Viken, Noruega: Roar Fosse, pesquisador sênior, Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento, Divisão de Saúde Mental e Dependência Química; Jan Hammer, assessor especial, Departamento de Psiquiatria, Divisão de Saúde Mental e Dependência Química de Blakstad; Didrik Heggdal, Unidade BET, Província de Blakstad; Peggy Lilleby, psiquiatra, Unidade de BET, Província de Blakstad; Arne Lillelien, consultor clínico, Unidade BET, Província de Blakstad; Jørgen Strand, chefe de equipe e diretor de unidade, Unidade BET, Província de Blakstad; Inger Hilde Vik, consultora clínica, Unidade BET, Província de Blakstad (Consórcio Hospitalar Vestre Viken, Viken, Noruega).

Redes comunitárias de saúde mental no Brasil – com destaque para Campinas: Sandrina Indiani, Presidente, Conselho Diretor do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, Campinas, Brasil; Rosana Teresa Onocko Campos, Professora, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil; Fábio Roque Ieiri, Psiquiatra, Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Ors, Campinas, Brasil; Sara Sgobin, Coordenadora, Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, Brasil.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III – Brasilândia, São Paulo, Brasil: Carolina Albuquerque de Siqueira, Enfermeira, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Jamile Caleiro Abbud, Psicóloga, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Anderson da Silva Dalcin, Coordenador, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Marisa de Jesus Rocha, Terapeuta Ocupacional, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Débora Demiquele da Silva, Auxiliar de Enfermagem, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Glaucia Galvão, Gestão de Apoio de Rede e Serviços, Saúde Mental, Associação Saúde da Família, São Paulo, Brasil; Michele Gonçalves Panarotte, Psicóloga, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Cláudia Longhi, Coordenadora, Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, Brasil; Thais Helena Mourão Laranjo, Gestão de Apoio de Rede e Serviços, Saúde Mental, Associação Saúde da Família, São Paulo, Brasil; Aline Pereira Leal, assistente social, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Iara Soares Pires Fontagnelo, Terapeuta Ocupacional, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Igor Manoel Rodrigues Costa, Profissional de Oficina de Artes, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Douglas Sherer Sakaguchi, Supervisor Técnico, Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil; Davi Tavares Villagra, Profissional de Educação Física, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil; Alessandro Uemura Vicentini, Psicólogo, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brasil.

Rede de serviços de saúde mental do leste de Lille – França: Antoine Baleige, psiquiatra hospitalar, setor 59G21, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França); Alain Dannet, coordenador do GCS, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França); Laurent Defromont, médico, chefe de departamento, setor 59G21, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França); Géry Kruhelski, cadre supérieur de santé, setor 21, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França); Marianne Ramonet, psiquiatra, setor 21, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França); Jean-Luc Roelandt, psiquiatra, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde em Pesquisa e Formação em Saúde Mental, Serviço Público de Saúde Mental (EPSM) Lille-Metrópole, França; Simon Vasseur Bacle, psicólogo clínico/ encarregado de missão e assuntos internacionais, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França), Estabelecimento Público de Saúde Mental (EPSM) Lille-Métrópole e setor 21, França.

Banco da Amizade – Zimbábue: Dixon Chibanda, Diretor Executivo; Ruth Verhey, Diretora de Programa (Banco da Amizade, Harare, Zimbábue).

Moradia assistida Hand in Hand – Geórgia: Eka Chkonia, Presidente da Sociedade de Psiquiatria da Geórgia, Professor Adjunto na Universidade Estadual de Medicina de Tbilisi, Diretor Clínico no Centro de Saúde Mental de Tbilisi, Tbilisi, Geórgia; Amiran Dateshidze, Fundador, ONG Hand in Hand, Tbilisi, Geórgia; Giorgi Geleishvili, Diretor do Centro de Prática Baseada em Evidências, Psiquiatra em Equipe de Tratamento Comunitário Assertivo de Tbilisi, Membro Individual da Associação Internacional para

Psicologia Analítica, Tbilisi, Geórgia; Izabela Laliashvili, gerente, ONG Hand in Hand, Tbilisi, Geórgia; Tamar Shishniashvili, diretor, ONG Hand in Hand, Tbilisi, Geórgia; Maia Shishniashvili, fundadora, ONG Hand in Hand, Tbilisi, Geórgia.

Grupos de suporte de Ouvidores de vozes: Gail Hornstein, Professora de Psicologia, Mount Holyoke College, South Hadley, MA, EUA; Olga Runciman, psicóloga, proprietária da Psycovery Dinamarca, Presidente da Rede Dinamarquesa de Ouvidores de Vozes, Copenhagen, Dinamarca.

Home Again – Chennai, Índia: Vandana Gopikumar, Cofundadora, Membro do Conselho de Administração; Lakshmi Narasimhan, Consultor de Pesquisa; Keerthana Ram, Pesquisadora Associada; Pallavi Rohatgi, Diretora Executiva (The Banyan, Chennai, Índia); Nisha Vinayak, Cogestora de Ação Social e Pesquisa, The Banyan Academy, Chennai, Índia.

Home Focus – West Cork, Irlanda: Barbara Downs, instrutora de treinamento de reabilitação, equipe da Home Focus; Kathleen Harrington, gerente de área; Caroline Hayes, promotora de desenvolvimento em *recovery*, equipe do Home Focus; Catriona Hayes, enfermeira clínica/enfermeira de saúde mental comunitária, equipe do Home Focus; Maura O’Donovan, agente de apoio em *recovery*, equipe do Home Focus; Aidan O’Mahony, instrutor de treinamento em reabilitação, equipe do Home Focus; Jason Wycherley, gerente de área (Rede Nacional de Aprendizagem, Bantry, Irlanda).

Redes de moradia assistida KeyRing: Charlie Crabtree, Gerente de marketing e comunicação; Sarah Hatch, Coordenadora de comunicação; Karyn Kirkpatrick, Gerente-geral; Frank Steeples, Chefe de garantia de qualidade; Mike Wright, Vice-diretor geral (Redes de Moradia Assistida KeyRing, Londres, Reino Unido).

Kliniken Landkreis Heidenheim GmbH – Heidenheim, Alemanha: Martin Zinkler, Diretor Clínico, Kliniken Landkreis Heidenheim GmbH, Heidenheim, Alemanha.

Link House – Bristol, Reino Unido: Carol Metters, ex-diretora executiva; Sarah O’Leary, diretora executiva (Serviços de Saúde Mental Missing Link, Bristol, Reino Unido).

Grupo de suporte de pares para empoderamento mental de Nairóbi, Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria do Quênia: Elizabeth Kamundia, vice-diretora, Conselho de Pesquisa, Advocacy e Sensibilização, Comissão Nacional de Direitos Humanos do Quênia, Nairóbi, Quênia; Michael Njenga, membro do Conselho Executivo, Fórum de Deficiência da África, Diretor-geral, Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria do Quênia, Nairóbi, Quênia.

Naya Daur – Bengala Ocidental, Índia: Mrinmoyee Bose, Coordenadora de programa; Sarbani Das Roy, Diretora e Cofundadora; Gunjan Khemka, Vice-diretor; Priyal Kothari, Gerente de programa; Srikumar Mukherjee, Psiquiatra e Cofundador; Abir Mukherjee, Psiquiatra; Laboni Roy, Vice-diretor (Iswar Sankalpa, Calcutá, Bengala Ocidental, Índia).

Serviço de atenção à crise Diálogo Aberto – Lapônia, Finlândia: Brigitta Alakare, ex-psiquiatra chefe; Tomi Bergström, doutorando em psicologia, Hospital Keropudas; Marika Biro, enfermeira e terapeuta de família, enfermeira-chefe, Hospital Keropudas; Anni Haase, psicóloga, instrutora em psicoterapia; Mia Kurtti, enfermeira, mestre em ciências, instrutora em Família e Psicoterapia; Elina Löhönen, psicóloga, instrutora em Família e Psicoterapia; Hannele Mäkiöllitervo, mestre em Ciências Sociais, trabalhadora de suporte de pares, unidade de psiquiatria; Tiina Puotiniemi, diretora, Unidade de Serviços de Psiquiatria e Dependência Química; Jyri Taskila, psiquiatra, instrutor em Família e Psicoterapia; Juha Timonen, enfermeiro e terapeuta de família, Hospital Keropudas; Kari Valtanen, médico psiquiatra, instrutor em Família e Psicoterapia; Jouni Petäjaniemi, enfermeiro-chefe, Ambulatório de Crise do Hospital Keropudas e Serviços Ambulatoriais da Cidade de Tornio (Distrito de Assistência de Saúde da Lapônia Ocidental, Lapônia, Finlândia).

Suporte de Pares do Sudeste de Ontário – Ontário, Canadá: Todd Buchanan, professor, Loyalist College, gerente de operações e negócios, Suporte de Pares do Sudeste de Ontário (PSSEO), Ontário, Canadá; Deborah Cuttriss Sherman, Suporte de pares na transição para a alta, Providence Care, Ontário, Canadá; Cheryl Forchuk, Beryl and Richard Ivey Research Chair in Aging, Mental Health, Rehabilitation and *Recovery*, Parkwood Institute Research/Lawson Health Research Institute, Western University, London, Ontário, Canadá; Donna Stratton, coordenadora do modelo de transição para a alta, PSSEO, Ontário, Canadá.

Ombudsman Pessoal – Suécia: Ann Bengtsson, encarregada de programa, Socialstyrelsen, Estocolmo, Suécia; Camilla Bogarve, diretora-geral, PO Skåne, Suécia; Ulrika Fritz, presidente, Yrkesföreningen för Personligt ombud i Sverige (YPOS), Suécia.

Phoenix Clubhouse – Região Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong, República Popular da China: Phyllis Chan, coordenadora clínica (Saúde Mental) – Hong Kong West Cluster, chefe de serviço do Departamento de Psiquiatria, Queen Mary Hospital, professora adjunta honorária da área clínica do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina Li Ka Shing, Universidade de Hong Kong, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Anita Chan, terapeuta ocupacional sênior, Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong, República Popular da China; June Chao, gerente de departamento, Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Bianca Cheung, funcionária do *Phoenix Clubhouse*, *Phoenix Clubhouse*/Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Eileena Chui, consultora, Departamento de Psiquiatria, *Queen Mary Hospital*, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Joel D. Corcoran, diretor executivo, *Clubhouse International*, Nova York, NY, EUA; Enzo Lee, funcionário do *Phoenix Clubhouse*, *Phoenix Clubhouse*/Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Francez Leung, diretora do *Phoenix Clubhouse*, terapeuta ocupacional, *Phoenix Clubhouse*/Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Eric Wong, funcionário do *Phoenix Clubhouse*, *Phoenix Clubhouse*/Departamento de Terapia Ocupacional, *Queen Mary Hospital*, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Mimi Wong, membro de *Phoenix Clubhouse*, RAE de Hong Kong, República Popular da China; Eva Yau, membro honorária dos Amigos do *Phoenix Clubhouse*, membro do corpo docente da *Clubhouse International*, diretora fundadora do *Phoenix Clubhouse*, RAE de Hong Kong, República Popular da China.

Shared Lives – Sudeste do País de Gales, Reino Unido: Emma Jenkins, gerente do Shared Lives for Mental Health Crisis, Divisão do Shared Lives da Região Sudeste do País de Gales, Caerphilly CBC, Reino Unido; Martin Thomas, gerente comercial, Divisão do Shared Lives da Região Sudeste do País de Gales, Caerphilly CBC, Reino Unido; Benna Waites, codiretora de Psicologia, Aconselhamento Psicológico e Arteterapias, Saúde Mental e Deficiências de Aprendizagem, Aneurin Bevan University Health Board, Reino Unido; Rachel White, gerente de equipe, equipe de tratamento domiciliar, Diretoria de Saúde Mental de Adultos, Aneurin Bevan University Health Board, Reino Unido.

Soteria – Berna, Suíça: Clare Christine, diretora executiva, Soteria Berna, Berna, Suíça; Walter Gekle, diretor médico, Soteria Berna, médico-chefe e vice-diretor, Centro de Reabilitação Psiquiátrica, Serviços Psiquiátricos Universitários, Berna, Suíça.

Rede Comunitária de Serviços de Saúde Mental de Trieste – Itália: Tommaso Bonavigo, psiquiatra, Centro comunitário de saúde mental 3 – Domio, Departamento de saúde mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Mario Colucci, psiquiatra, diretor do Centro Comunitário de Saúde Mental 3 – Domio, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia, Centro Colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Elisabetta Pascolo Fabrici, diretora, Departamento de saúde mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Serena Goljevscek, psiquiatra, Centro comunitário de saúde mental 3 – Domio, Departamento de saúde mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Roberto Mezzina, Rede Internacional de Colaboração em Saúde Mental (IMHCN), Itália, ex-diretor, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Alessandro Saullo, psiquiatra, Centro comunitário de saúde mental de Gorizia, Departamento de saúde mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Daniela Speh, enfermeira especializada, coordenadora em treinamento, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e treinamento – e Escritório de Desenvolvimento e Treinamento Institucional da ASUGI – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália; Marco Visintin, psicólogo, Centro comunitário de saúde mental de Gorizia, Departamento de saúde mental de Trieste e Gorizia, Centro colaborador da OMS em pesquisa e ensino – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Itália.

Tupu Ake – South Auckland, Nova Zelândia: Janice McGill, coordenadora de desenvolvimento de pares; Ross Phillips, gerente de operações (Pathways, Auckland, Nova Zelândia).

Redes de saúde mental de Bósnia e Herzegovina, Líbano e Peru

Bósnia e Herzegovina: Dzenita Hrelja, diretora de projeto, Saúde Mental/Associação XY, Sarajevo, Bósnia e Herzegovina.

Líbano: Rabih El Chammay, diretor; Nayla Geagea, assessora em Legislação e Direitos Humanos; Racha Abi Hana, coordenadora de desenvolvimento de serviços (Programa Nacional de Saúde Mental, Ministério de Saúde Pública, Líbano), Thurayya Zreik, coordenadora do Projeto Direito é Qualidade, Líbano.

Peru: Yuri Cutipe, Diretor de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Lima, Peru.

Revisão técnica e contribuições por escrito

Maria Paula Acuña Gonzalez, ex-estagiária da OMS (Irlanda); Christine Ajulu, Fórum de Defesa de Direitos à Saúde (Quênia); John Allan, Divisão de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, *Clinical Excellence Queensland*, Queensland Health (Austrália); Jacqueline Aloo, Ministério da Saúde (Quênia); Caroline Amissah, Autoridade de Saúde Mental (Gana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Gana); Naomi Anyango, *Mathari National Teaching and Referral Hospital* (Quênia); Aung Min, Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung (Mianmar); Antoine Baleige, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde, Lille (França); Shantha Barriga, Divisão de Direitos de Pessoas com Deficiência, *Human Rights Watch* (Bélgica); Peter Bartlett, Faculdade de Direito e Instituto de Saúde Mental, Universidade de Nottingham (Reino Unido); Marie Baudel, Laboratoire DCS - *Droit et changement social*, Universidade de Nantes (França); Frank Bellivier, Ministério da Saúde (França); Alison Brabban, Tees, Esk & Wear Valley NHS Foundation Trust (Reino Unido); Jonas Bull, *Mental Health Europe* (Bélgica); Peter Bullimore, National Paranoia Network (Reino Unido); Raluca Bunea, *Open Society Foundations* (Alemanha); Miroslav Cangár, Comitê Assessor em Assistência Social (Eslováquia); Mauro Giovanni Carta, Departamento de Ciências Médicas e Saúde Pública, Universidade de Cagliari (Itália); Marika Cencelli, *Mental Health*, NHS England (Reino Unido); Vincent Cheng, Ouvidores de Vozes (Hong Kong); Dixon Chibanda, Banco da Amizade (Zimbábue); Amanda B. Clinton, *American Psychology Association* (EUA); Jarrod Clyne, *International Disability Alliance* (Suíça); Joel D. Corcoran, *Clubhouse International* (EUA); Alain Dannel, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde, Lille (França); Bhargavi Davar, *Transforming Communities for Inclusion – Ásia Pacífico (TCI-AP)* (Índia); Adv. Liron David, Enosh – *The Israeli Mental Health Association* (Israel); Sera Davidow, *Wildflower Alliance* (anteriormente conhecida como comunidade de aprendizagem em *recovery* da região ocidental de Massachusetts) (EUA); Larry Davidson, programa para *recovery* e saúde da comunidade, Faculdade de medicina, Universidade Yale (EUA); Gabriela B. de Luca, *Open Society Foundation* (EUA); Laurent Defromont, Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde, Lille (França); Keshav Desiraju, ex-secretário de Saúde (Índia); Julian Eaton, CBM Global (Reino Unido); Marie Fallon-Kund, *Mental Health Europe* (Bélgica); Julia Faure, consultora da OMS (França); Silvana Galderisi, Universidade de Campania Luigi Vanvitelli (Itália); Rosemary Gathara, *Basic Needs Basic Rights* Quênia (Quênia); Walter Gekle, Soteria Berna (Suíça); Piers Gooding, *Melbourne Social Equity Institute*, Universidade de Melbourne (Austrália); Ugne Grigaite, ONG *Mental Health Perspectives* (Lituânia); Ahmed Hankir, instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociência, *King's College*, Londres (Reino Unido); Sarah Harrison, *International Medical Corps* (Turquia); Akiko Hart, Rede Nacional de Usuários e Sobreviventes (Reino Unido); Hee-Kyung Yun, Centro Colaborador da OMS em reabilitação psicossocial e saúde mental comunitária, Yong-in Mental Hospital (República da Coreia); Helena Herrman, *Orygen and Centre for Youth Mental Health*, Universidade de Melbourne (Austrália); Mathew Jackman, *Global Mental Health Peer Network* (Austrália); Florence Jaguga, *Moi Teaching & Referral Hospital* (Quênia); Jasmim Kalha, Centro de Direito e Políticas em Saúde Mental, Ordem dos Advogados da Índia (Índia); Olga Kalina, Rede Europeia de (Ex-)Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Dinamarca); Elizabeth Kamundia, Comissão Nacional de Direitos Humanos do Quênia (Quênia); Clemente Kemboi Cheptoo, Comissão Nacional de Direitos Humanos do Quênia (Quênia); Tim Kendall, *Mental Health*, NHS England (Reino Unido); Judith Klein, *INclude-The Mental Health Initiative* (EUA); Sarah Kline, *United for Global Mental Health* (Reino Unido); Humphrey Kofie, *Mental Health Society of Gana* (Gana); Martijn Kole, *Lister Utrecht Enik Recovery Center*

(Netherlands); Géry Kruhelski, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde, Lille (França); Kimberly Lacroix, *Bapu Trust for Research on Mind and Discourse* (Índia); Rae Lamb, Te Pou o te Whakaaro Nui (Nova Zelândia); Marc Laporta, Douglas Hospital Research Centre, Centro Colaborador da OPAS/OMS para Referência e Pesquisa em Saúde Mental de Montreal, Montréal (Canadá); Tuncho Levav, Departamento de Saúde Mental da Comunidade, Universidade de Haifa (Israel); Konstantina Leventi, *European Association of Service Providers for Persons with Disabilities* (Bélgica); Long Jiang, Centro de Saúde Mental de Xangai, Shanghai Jiao Tong University, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental (China); Florence Wangechi Maina, *Kenya Medical Training College, Mathari Campus* (Quênia); Felicia Mburu, *Validity Foundation* (Quênia); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, David McGrath Consulting (Austrália); Roberto Mezzina, Rede Internacional de Colaboração em Saúde Mental (IMHCN), Itália, ex-diretor, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação – *Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina* (ASUGI), Trieste, Itália; Matilda Mghoi, Divisão de Saúde Mental, Ministério da Saúde (Quênia); Jean-Dominique Michel, Pro Mente Sana (Suíça); Tina Minkowitz, Centro de Direitos Humanos dos Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (EUA); Faraaz Mohamed, *Open Society Foundations* (EUA); Andrew Molodynski, *Oxford Health NHS Foundation Trust* (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Departamento de Epidemiologia, Escola de Saúde Pública Mailman, Universidade Columbia (EUA); Marina Morrow, *Realizing Human Rights and Equity in Community Based Mental Health Services, York University* (Canadá); Joy Muhia, *QualityRights* Quênia, Divisão de Saúde Mental, Ministério da Saúde (Quênia); Elizabeth Mutunga, *Alzheimers and Dementia Organization* (Quênia); Na-Rae Jeong, Centro Colaborador da OMS para Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental da Comunidade, Yong-In Mental Hospital (República da Coreia); Lawrence Nderi, Mathari National Teaching & Referral Hospital (Quênia); Mary Nettle, consultora de usuários de serviços de saúde mental (Reino Unido); Simon Njuguna Kahonge, Ministério da Saúde (Quênia); Akwasi Owusu Osei, Autoridade de Saúde Mental (Gana); Cláudia Pellegrini Braga, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Brasil; Sifiso Owen Phakathi, Diretoria de Políticas de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Departamento de Saúde (África do Sul); Ross Phillips, Pathways (Nova Zelândia); Dainius Puras, *Human Rights Monitoring Institute/Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Vilnius* (Lituânia); Gerard Quinn, Relator Especial da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (Irlanda); Marianne Ramonet, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde, Lille (França); Julie Repper, *Nottinghamshire Healthcare Trust, Universidade de Nottingham* (Reino Unido); Pina Ridente, psiquiatra, Itália; Jean-Luc Roelandt, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental, Serviço Público de Saúde Mental (EPSM) Cidade de Lille (França); Grace Ryan, *Centre for Global Mental Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Reino Unido); San Oo, Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung (Myanmar); Benedetto Saraceno, *Lisbon Institute of Global Mental Health, CEDOC/NOVA, Faculdade de Medicina* (Portugal); Natalie Schuck, Departamento de Estudos de Direito Internacional, *Global Health Law Groningen Research Centre, Universidade de Groningen* (Países Baixos); Seongsu Kim, *Mental Health Crisis Response Center, New Gyeonggi Provincial Psychiatric Hospital* (República da Coreia); Dudu Shiba, Diretoria de Políticas de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Departamento de Health (África do Sul); Mike Slade, Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde, Universidade de Nottingham (Reino Unido); Alexander Smith, *WAPR/Counseling Service of Addison County* (EUA); Gregory Smith, Mountaintop, Pensilvânia (EUA); Daniela Speh, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia, Centro Colaborador da OMS em pesquisa e ensino – *Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina* (ASUGI) (Itália); Ellie Stake, Charity Chy-Sawel (Reino Unido); Peter Stastny, *International Network Towards Alternatives and Recovery* (INTAR)/Community Access NYC (EUA); Sladjana Strkalj Ivezic, Community Rehabilitation Center, Hospital Psiquiátrico Universitário Vrapče (Croácia); Charlene Sunkel, *Global Mental Health Peer Network* (África do Sul); Sauli Suominen, *Finnish Personal Ombudsman Association* (Finlândia); Orest Suvalo, Instituto de Saúde Mental, Universidade Católica da Ucrânia (Ucrânia); Kate Swaffer, *Dementia Alliance International, Alzheimer's Disease International* (Austrália); Tae-Young Hwang, Centro Colaborador da OMS para Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental da Comunidade, Yong-In Mental Hospital (República da Coreia); Bliss Christian Takyi, *St. Joseph Catholic Hospital, Nkwanta* (Gana); Katelyn Tenbenschel, Alfred Health (Austrália); Luc Thibaud, defensor de usuários (França); Tin Oo, Ministério da Saúde e Desporto, Departamento de Saúde Mental, Universidade de Medicina (Myanmar); Samson Tse, Faculdade de Ciências Sociais, Departamento de Serviço Social e Administração Social, Universidade de Hong Kong (Hong Kong); Gabriel Twose, *Office of International Affairs, American Psychological Association*

(EUA); Roberto Tykanori Kinoshita, Universidade Federal de São Paulo (Brasil); Katrin Uerpmann, Diretório Geral de Direitos Humanos e Estado de Direito, Unidade de Bioética, Conselho da Europa (França); Carmen Valle Trabadelo, *Inter-Agency Standing Committee (IASC) on Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Reference Group* (Denmark); Alberto Vásquez Encalada, *Sociedad y Discapacidad (SODIS)*, Suíça; Simon Vasseur Bacle, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França), Serviço Público de Saúde Mental (EPSM) Lille-Métropole (França); Ruth Verhey, Banco da Amizade (Zimbábue); Lakshmi Vijayakumar, *Society for Nutrition, Education & Health Action, Voluntary Health Services* (Índia); Benna Waites, Psicologia, Aconselhamento e Arteterapia, *Aneurin Bevan University Health Board* (Reino Unido); Ian Walker, Mental Health, NCDs and UKOT Programme, *Global Public Health Division, Public Health England* (Reino Unido); Petr Winkler, Departamento de Saúde Mental Pública, Instituto Nacional de Saúde Mental (República Checa); Stephanie Wooley, Rede Europeia de (Ex-)Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (França); Alexandre Willschleger, Saúde Mental, *Hôpitaux Universitaires Genève* (Suíça); Peter Badimark Yaro, BasicNeeds Gana (Gana); Yifeng Xu, Centro de Saúde Mental de Xangai, Universidade Jiao Tong de Xangai, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental (China); Luk Zelderloo, *The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Zero Project* (Bélgica); Maximilien Zimmerman, *Fédération Handicap International – Humanity & Inclusion* (Bélgica); Martin Zinkler, *Kliniken Landkreis Heidenheim GmbH, Heidenheim* (Alemanha).

Revisão técnica da versão em português

Catarina Magalhães Dahl, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – Representação no Brasil; Akemi Kamimura, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – Representação no Brasil; Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem; Cláudia Maria Filgueiras Penido, Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Cláudia Pellegrini Braga, Universidade de São Paulo, Associação Mundial para a Reabilitação Psicossocial, Seção Brasileira, WAPR; Francisco Cordeiro, Associação Mundial para a Reabilitação Psicossocial, Seção Brasileira, WAPR, Associação Brasileira de Saúde Mental; Kelly Graziani Giacchero Vedana, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Associação Mundial para a Reabilitação Psicossocial, Seção Brasileira, WAPR; Mário César Rezende Andrade, Universidade Federal de São João del-Rei, Rede *Recovery* Brasil; Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, Faculdade Pernambucana de Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia e Associação Brasileira de Saúde Mental; Simone Mainieri Paulon, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Walter Ferreira de Oliveira, Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Rede *Recovery* Brasil.

Contribuições da sede e de escritórios regionais e nacionais da OMS

Nazneen Anwar (OMS/SEARO); Şebnem Avşar Kurnaz (OMS/Turquia); Florence Baingana (OMS/AFRO); Fatima Batool (OMS/Sede); Andrea Bruni (OMS/AMRO); Kenneth Carswell (OMS/Sede); Vanessa Cavallera (OMS/Sede); Claudina Cayetano (OMS/AMRO); Daniel Hugh Chisholm (OMS/EURO); Neerja Chowdhary (OMS/Sede); Alarcos Cieza (OMS/Sede); Catarina Magalhães Dahl (OMS/AMRO); Tarun Dua (OMS/Sede); Alexandra Fleischmann (OMS/Sede); Stéfanie Freel (OMS/Sede); Brandon Gray (OMS/Sede); Fahmy Hanna (OMS/Sede); Mathew Jowett (OMS/Sede); Tara Mona Kessaram (OMS/Indonésia); Dévora Kestel (OMS/Sede); Kavitha Kolappa (OMS/Sede); Jason Ligot (OMS/WPRO); Aiysha Malik (OMS/Sede); Maria del Carmen Martinez Viciano (OMS/AMRO); Hernan Montenegro von Mühlenbrock (OMS/Sede); Melita Murko (OMS/EURO); Brian Ogallo (OMS/Sudão); Sally-Ann Ohene (OMS/Gana); Renato Oliveira e Souza (OMS/AMRO); Khalid Saeed (OMS/EMRO); Giovanni Sala (OMS/Sede); Alison Schafer (OMS/Sede); Nicoline Schiess (OMS/Sede); Katrin Seeher (OMS/Sede); Chiara Servili (OMS/Sede); Julie Storr (OMS/Sede); Shams B. Syed (OMS/Sede); Mark Van Ommeren (OMS/Sede); Martin Vandendyck (OMS/WPRO); Jasmine Vergara (OMS/Filipinas); Edwina Zoghbi (OMS/Líbano).

Apoio administrativo, editorial e outros da OMS

Apoio administrativo: Patricia Robertson, Assistente da Chefe da Unidade de Política, Legislação e Direitos Humanos, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS, Genebra, Suíça.

Edição de *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*: Alexandra Lang Lucini (Suíça).

Edição dos *Pacotes de medidas técnicas sobre serviços de saúde mental de base comunitária: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*: Tatum Anderson (Reino Unido) e Alexandra Lang Lucini (Suíça).

Redação dos resumos iniciais dos 25 serviços com boas práticas: Elaine Fletcher, Associação para Relatórios sobre Políticas Globais (Suíça); Tatum Anderson (Reino Unido).

Projeto gráfico: Jillian Reichenbach-Ott, Genève Design (Suíça).

Outros apoios: Casey Chu, Escola de Saúde Pública de Yale (EUA); April Jakubec Duggal, Universidade de Massachusetts (EUA); Adrienne W.Y. Li, Instituto de Reabilitação de Toronto, Rede Universitária de Saúde (Canadá); Izabella Zant, *EmblemHealth* (EUA).

Apoio financeiro

A OMS agradece ao Ministério de Saúde e Bem-Estar da República da Coreia por seu contínuo e generoso apoio financeiro para o desenvolvimento do *Guia* e dos *Pacotes técnicos sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*. Agradecemos também o apoio financeiro recebido das Open Society Foundations, CBM Global e do Governo de Portugal.

Agradecimentos especiais

A **Clínica Aung – Yangon, Mianmar** agradece os participantes da pesquisa de avaliação da Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung; os usuários dos serviços e suas famílias; e redes e parcerias de pessoas e entidades internacionais e locais; e o pessoal encarregado do suporte de pares e grupo de pares da Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung pela *advocacy* e coordenação de iniciativas para pessoas com deficiência psicossocial e intelectual.

A **rede de serviços de saúde mental da região leste de Lille – França** agradece o apoio recebido pelo serviço de: Bernard Derosier, Eugène Regnier, Gérard Duchéne (*in memoriam*), Claude Ethuin (*in memoriam*), Jacques Bossard, Françoise Dal, Alain Rabary, O. Verriest, M. Février, Raghnia Chabane e Vincent Demassiet.

A **Unidade BET, Hospital Blakstad, Consórcio Hospitalar de Vestre Viken – Viken, Noruega** gostaria de agradecer a Øystein Saksvi (*in memoriam*) pela mentoria, inspiração e importante contribuição para a Unidade BET.

Shared Lives – Sudeste do País de Gales, Reino Unido agradece às seguintes pessoas pelo papel essencial que desempenharam no desenvolvimento do serviço: Jamie Harrison, Annie Llewellyn Davies, Diane Maddocks, Alison Minett, Perry Attwell, Charles Parish, Katie Benson, Chris O'Connor, Rosemary Brown, Ian Thomas, Gill Barratt, Angela Fry, Martin Price, Kevin Arundel, Susie Gurner, Rhiannon Davies, Sarah Bees e Equipe de Crise de Newport e Unidade de Hospitalização de Newport, Aneurin Bevan University Health Board (ABUHB); e também a Kieran Day, Rhian Hughes e Charlotte Thomas-Johnson, por sua função na avaliação.

O **Serviço de Suporte de Pares do Sudeste de Ontário – Ontário, Canadá**, gostaria de agradecer o apoio de *Server Cloud Canada*, Kingston, Ontário, Canadá, pela hospedagem do *website* com os dados estatísticos do serviço (<https://www.servercloudcanada.com>).

Resumo executivo

Na última década, a saúde mental tem recebido cada vez mais atenção de governos, organizações não governamentais (ONGs) e organismos multilaterais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial. Diante da conscientização crescente sobre a importância de promover serviços e cuidado com foco em *recovery*^a, centrados na pessoa e baseados nos direitos humanos, os serviços de saúde mental do mundo todo estão se esforçando para promover apoio e cuidado de qualidade.

No entanto, muitas vezes esses serviços enfrentam enorme falta de recursos, operam no âmbito de ordenamentos jurídicos e enquadramentos regulatórios ultrapassados e dependem excessivamente do arraigado modelo biomédico, no qual a atenção concentra-se principalmente no diagnóstico, na administração de medicamentos e na redução de sintomas, deixando de lado todo o conjunto de determinantes sociais que influenciam a saúde mental das pessoas. Todos esses elementos impedem o avanço para a plena efetivação de uma abordagem baseada nos direitos humanos. Por conseguinte, em todo o mundo, muitas pessoas com condições de saúde mental e deficiências^b psicossociais são submetidas a violações de seus direitos humanos — inclusive nos serviços de saúde — por falta de atenção e apoio adequados.

Visando apoiar os esforços dos países em alinhar seus sistemas e a prestação de serviços de saúde mental aos padrões internacionais dos direitos humanos, inclusive a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a OMS preparou o guia *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*, em que destaca o imperativo de expandir os serviços de saúde mental comunitários com foco em *recovery*, centrados na pessoa e baseados em direitos. São ilustrados casos reais de boas práticas de prestação de serviços de saúde mental em diferentes contextos em todo o mundo, aliada à moradia, à educação, a emprego e à proteção social, para assegurar às pessoas com condições de saúde mental o direito a uma vida plena e significativa na comunidade. Além disso, são apresentados exemplos de redes integradas de serviços de saúde mental de base comunitária e serviços de apoio em nível nacional e regional. Por fim, são preconizadas ações específicas que poderiam ser adotadas pelos países e regiões para instituir serviços de saúde mental de base comunitária com foco em *recovery* e no respeito aos direitos humanos.

a **Nota de tradução:** *recovery* é um termo polissêmico que corresponde tanto a uma abordagem em saúde mental quanto ao processo singular de fortalecimento pessoal e empoderamento de pessoas com experiência vivida de adoecimento psíquico ou deficiência psicossocial. Em português, *recovery* tem sido traduzido como recuperação, restabelecimento ou superação. Mais do que a remissão dos sintomas ou o retorno a um estado normal, *recovery* se refere a um processo complexo e não linear, que envolve a reconstrução do sentido de si, a renovação da esperança, a superação do estigma, a capacidade de tomar decisões sobre a própria vida, o exercício pleno da cidadania, o fortalecimento das redes de suporte social e a participação na comunidade. Neste documento adotou-se o termo original em inglês por ser considerado mais abrangente e tecnicamente mais apropriado.

b **Nota de tradução:** o termo original em inglês *disability* se refere a uma experiência temporária ou permanente vivenciada pela pessoa, que resulta da interação entre uma deficiência ou problema de saúde e fatores pessoais e ambientais, incluindo atitudes negativas, inacessibilidade e apoio social limitado. O termo *disability* tem sido traduzido para o português como “deficiência” ou “desabilidade” e destaca o impacto que o contexto de vida tem na experiência da pessoa, na extensão da desabilidade na vida cotidiana e na forma com que a deficiência ou o problema de saúde interage com as barreiras sociais. Nesse documento adotou-se o termo “deficiência” por ser amplamente utilizado na versão em português de documentos oficiais, como a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, e para incluir as pessoas que se autoidentificam com o termo.

A série completa de orientações compreende sete pacotes técnicos, com descrições detalhadas dos serviços de saúde mental elencados a seguir.

- 1. Serviços de saúde mental para atenção à crise**
- 2. Serviços de saúde mental de base hospitalar**
- 3. Centros de saúde mental de base comunitária**
- 4. Serviços de suporte de pares em saúde mental**
- 5. Serviços móveis de saúde mental na comunidade**
- 6. Serviços residenciais de apoio para saúde mental**
- 7. Redes integradas de serviços de saúde mental**

Principais mensagens deste Guia

- Muitas pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais recebem atenção de má qualidade e têm seus direitos humanos desrespeitados, o que demanda uma transformação profunda nos sistemas de saúde mental e na prestação de serviços.
- Em muitas partes do mundo, há exemplos de boas práticas em serviços de saúde mental de base comunitária com foco em *recovery*, centrados na pessoa e que respeitam os princípios dos direitos humanos.
- Muitos dos serviços de saúde mental de base comunitária que adotam tais boas práticas prestam atendimento a um custo menor que o dos serviços convencionais equivalentes.
- Também é imprescindível uma transformação social profunda que vise assegurar o acesso das pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais à educação, ao emprego, à moradia e aos benefícios sociais.
- Para realizar a reforma exigida no contexto da CDPD, é essencial ampliar as redes integradas de serviços de saúde mental de base comunitária.
- As recomendações e ações concretas apresentadas neste Guia oferecem um roteiro claro para que os países alcancem esses objetivos.

Introdução

Relatos vindos de todo o mundo apontam a urgência de combater a discriminação e promover os direitos humanos na atenção à saúde mental. É preciso pôr fim às práticas coercitivas, como a internação e o tratamento compulsórios, a contenção mecânica, física e química e o isolamento dos pacientes^c, bem como enfrentar o desequilíbrio de poder entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

c Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção. Capacitação especializada Direito é Qualidade da OMS. Guia do curso. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>.

São necessárias soluções abrangentes que envolvam todo o setor e em todos os países, qualquer que seja seu nível de renda.

A CDPD reconhece esses desafios, clamando por uma ampla reforma e pela promoção do respeito aos direitos humanos, como firmemente salientado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Convenção determina ser necessária uma mudança radical do paradigma de saúde mental, o que inclui repensar e reformular políticas, leis, sistemas, serviços e práticas nos diferentes setores que repercutem negativamente na vida das pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais.

Desde a adoção da CDPD, em 2006, um número cada vez maior de países está empenhado em realizar reformas na legislação e políticas com o objetivo de promover os direitos de inclusão comunitária, dignidade, autonomia, empoderamento e *recovery*. No entanto, até o momento, apenas um pequeno grupo de países instituiu as estruturas legislativas e políticas necessárias para fazer face às mudanças profundas exigidas pelo sistema internacional de direitos humanos. Em muitos casos, as políticas e leis existentes perpetuam a institucionalização, o isolamento e as práticas terapêuticas coercitivas e prejudiciais.

A prestação de serviços de saúde mental de base comunitária que sigam os princípios dos direitos humanos descritos na CDPD – como os direitos básicos à igualdade, não discriminação, participação plena e efetiva e inclusão social, à dignidade inerente ao ser humano e à autonomia individual – exigirá mudanças drásticas nas práticas vigentes em todos os países. Implementar tais mudanças pode ser desafiador em contextos com recursos humanos e financeiros insuficientes em saúde mental.

Estes guias apresentam aos países diversas opções a serem consideradas e adotadas, conforme apropriado, para melhorar seus sistemas e serviços de saúde mental. Apresenta um menu de opções de boas práticas ancoradas em sistemas de saúde de base comunitária e revela um caminho para melhorar os serviços de saúde mental de forma inovadora e baseada em direitos. Existem muitos desafios para realizar essa abordagem dentro das restrições que muitos serviços enfrentam. No entanto, apesar dessas limitações, os exemplos dos serviços de saúde mental aqui apresentados mostram concretamente o que pode ser feito.

Exemplos de boas práticas em serviços de saúde mental de base comunitária

Muitos países disponibilizam serviços de saúde mental de base comunitária que oferecem uma ampla gama de serviços: atenção à crise, serviços móveis na comunidade, suporte de pares, internação hospitalar, serviços residenciais de apoio e centros de saúde mental de base comunitária. Os exemplos apresentados aqui abrangem contextos tão diversos como o serviço móvel de saúde mental na comunidade Atmiyata, na Índia; o serviço de saúde mental de base comunitária da Clínica Aung, em Mianmar; e o Banco da Amizade, no Zimbábue, todos os quais empregam agentes comunitários de saúde e atuam no sistema de atenção primária à saúde. Outros exemplos são serviços de base hospitalar, como a unidade BET, na Noruega, com forte ênfase em *recovery*, e serviços para atenção à crise, como Tupu Ake, na Nova Zelândia. Esses guias também apresentam serviços de apoio, como as *KeyRing Living Support Networks* no Reino Unido, e serviços de suporte de pares, como os grupos de Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria no Quênia e os grupos de Ouvidores de Vozes em todo o mundo.

Apesar de terem características únicas, todas essas iniciativas promovem uma abordagem aos sistemas e serviços de saúde mental com foco em *recovery*, centrada na pessoa e baseada nos direitos. Nenhuma delas é perfeita, mas são exemplos inspiradores que dão esperança demonstrando que é possível adotar medidas concretas alinhadas à CDPD.

Para cada exemplo de serviço de saúde mental aqui contido, são apresentados seus princípios básicos, incluindo o compromisso de respeito à capacidade jurídica^d do usuário, uso de práticas não coercitivas, inclusão comunitária, participação e foco em *recovery*. Vale ressaltar que todas as iniciativas contam com um método de avaliação, o que é fundamental para avaliar continuamente a qualidade, o desempenho e o custo-efetividade desses serviços. Também são apresentados custos dos serviços e análises comparativas com serviços nacionais ou regionais equivalentes.

Esses exemplos de serviços de saúde mental com boas práticas serão úteis aos países que desejem instituir novos serviços ou modernizar aqueles já existentes. As descrições detalhadas dos serviços apresentadas nos pacotes de medidas técnicas incluem análises práticas dos desafios enfrentados na implementação, e as soluções desenvolvidas como resposta. Essas estratégias ou abordagens podem ser reproduzidas, transferidas ou ampliadas em serviços em outros contextos. O Guia sugere práticas e recomendações para instituir ou transformar serviços de saúde mental baseados em boas práticas, para que possam funcionar com êxito em diferentes ordenamentos jurídicos, ao mesmo tempo em que protegem os direitos humanos, evitam a coerção e respeitam a capacidade jurídica e os direitos das pessoas.

Mudanças significativas no setor social também são necessárias

Em um contexto mais amplo, os principais determinantes sociais que afetam a saúde mental das pessoas – como violência, discriminação, pobreza, exclusão, isolamento, precarização do trabalho e desemprego, falta de acesso à moradia, às redes de apoio social e a serviços de saúde – são normalmente desconsiderados ou subestimados no discurso e na prática de saúde mental. De fato, as pessoas que vivem com condições de saúde mental e deficiências psicossociais enfrentam obstáculos desproporcionais para efetivar seus direitos fundamentais de acesso à educação, a emprego, à moradia e a benefícios sociais; portanto, muitas delas vivem na pobreza.

Por esse motivo, é importante criar serviços de saúde mental que estejam comprometidos em abordar esses importantes aspectos da vida e assegurar que os serviços disponíveis para a população em geral também sejam acessíveis às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais.

Prestar bons serviços de saúde por si só não é suficiente para atender às necessidades de todos, sobretudo daqueles que vivem na pobreza ou em situação de moradia precária, sem acesso à educação ou a meios de subsistência. Desse modo, é fundamental que os serviços sociais e de saúde mental interajam e colaborem, de maneira prática e construtiva, para prestar apoio integral.

Muitos países já obtiveram grandes avanços na diversificação dos serviços de saúde mental e integração desses à comunidade como um todo. Tal abordagem exige uma participação ativa e a coordenação com diversos serviços e atores na comunidade, notadamente os setores de assistência social, de saúde e judiciário, as autoridades regionais e municipais, bem como iniciativas culturais e esportivas, entre outras. Essa colaboração só é possível se houver mudanças radicais de estratégia, política e sistema não só no setor da saúde, mas também no setor social.

Ampliação das redes de serviços de saúde mental

Este Guia demonstra que é indispensável ampliar as redes de serviços de saúde mental com vínculo direto com o setor de assistência social para oferecer uma abordagem integral e integral que abranja todo o conjunto de serviços e funções.

^d **Nota de tradução:** capacidade jurídica corresponde, no direito brasileiro, à aptidão da pessoa para adquirir direitos e contrair obrigações na vida civil. Embora o termo *legal capacity* tenha sido traduzido para o português em documentos oficiais como “capacidade legal”, optou-se por utilizar o termo “capacidade jurídica” por ser considerado juridicamente mais apropriado.

Em várias partes do mundo, há países, regiões ou cidades que instituíram redes de serviços de saúde mental que contemplam os determinantes sociais da saúde supracitados e abordam os desafios enfrentados diariamente por pessoas com condições de saúde mental e psicossociais.

Alguns dos exemplos apresentados são redes consolidadas, bem estruturadas e avaliadas que reformaram e reorganizaram profundamente o sistema de saúde mental; outros são de redes ainda em transição, mas que já alcançaram marcos importantes.

As redes consolidadas são fruto de um compromisso político firme e sustentado durante décadas com a reforma do sistema de saúde mental para adotar uma abordagem com foco em *recovery* (e) nos (direitos humanos). O sucesso dessas iniciativas advém de novas leis e políticas, com a destinação de mais recursos aos serviços comunitários. O exemplo das redes de saúde mental de base comunitária no Brasil demonstra como um país pode implantar serviços em larga escala com foco em *recovery* e baseados nos direitos humanos. Outro exemplo é a rede criada na região leste de Lille, na França, que demonstra ser possível fazer a transição da atenção hospitalar para intervenções comunitárias diversificadas com investimento comparável ao dos serviços mais tradicionais.

Por fim, a rede de serviços de base comunitária de Trieste, na Itália, também está fundada em uma abordagem baseada nos direitos humanos para proporcionar atenção e apoio em saúde mental visando a desinstitucionalização. É uma rede de serviços profundamente integrados nas comunidades, que conecta as partes interessadas de diversos setores, como assistência social, saúde, emprego e sistema judiciário, entre outros.

Experiências mais recentes em outros países, como Bósnia e Herzegovina, Líbano e Peru, também buscam expandir rapidamente, e em larga escala, as redes recém-criadas e oferecer serviços comunitários e de apoio com foco em *recovery* e baseados nos direitos. O objetivo central é transferir os serviços de saúde mental dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, visando a participação plena e inclusão das pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial. Embora sejam necessários mais tempo e esforço, já estão ocorrendo mudanças concretas importantes. Essas redes são uma fonte de inspiração, demonstrando o que pode ser alcançado com vontade política, determinação e uma sólida base de direitos humanos para sustentar as ações em saúde mental.

Principais recomendações

Em todo o mundo, os sistemas de saúde dos países de baixa, média e alta renda reconhecem cada vez mais a necessidade de oferecer serviços de saúde mental de alta qualidade, centrados na pessoa e orientados para o *recovery*, que protejam e promovam os direitos humanos dos usuários. Governos, profissionais de atenção à saúde e assistência social, ONGs, organizações de pessoas com deficiência (OPD) e outros agentes da sociedade civil e partes interessadas podem dar passos importantes para a melhoria da saúde e do bem-estar da população por meio de ações decisivas para introduzir e expandir serviços de saúde mental e de apoio com boas práticas no marco de sistemas sociais mais amplos, ao mesmo tempo em que protegem e promovem direitos humanos.

Este Guia apresenta recomendações importantes para países e organizações, mostrando ações e mudanças específicas necessárias nas áreas de política e estratégia de saúde mental, reforma jurídica, prestação de serviços, financiamento, capacitação de pessoal, intervenções psicológicas e psicossociais, medicamentos psicotrópicos, sistemas de informação, sociedade civil, participação da comunidade e pesquisa.

É imprescindível que os países façam um esforço significativo para alinhar seus ordenamentos jurídicos às determinações da CDPD. Também é necessária uma profunda reforma de políticas, estratégias e sistemas. Por meio do desenvolvimento de políticas conjuntas e forte colaboração entre os setores da saúde e de proteção social, os países estarão mais bem preparados para responder aos principais determinantes da saúde mental. Muitos empreenderam, com êxito, reformas políticas, legislação e financiamento para alavancar a extensa transformação dos sistemas de saúde mental. Reformar esses sistemas para que priorizem o *recovery* e os direitos da pessoa traz consideráveis benefícios sociais, econômicos e políticos aos governos e às comunidades.

Para integrar uma abordagem à saúde mental com foco em *recovery*, centrada na pessoa e baseada nos direitos humanos, os países devem adotar uma nova visão, combater a estigmatização e pôr fim às práticas coercitivas. Os sistemas e serviços de saúde mental precisam ampliar seus horizontes além do modelo biomédico e adotar um enfoque holístico que envolva todos os aspectos da vida humana. A prática mundial atual está centrada no tratamento com medicamentos psicotrópicos, quando também deveriam ser oferecidas e tentadas intervenções psicossociais e psicológicas e suporte de pares com foco em *recovery*, centradas na pessoa e baseadas nos direitos. Para tal, é fundamental que ocorra uma transformação de conhecimento, competências e habilidades da força de trabalho dos serviços de saúde e assistência social.

Em uma perspectiva mais ampla, também são necessários esforços para criar sociedades e comunidades inclusivas onde a diversidade seja aceita e os direitos de todas as pessoas sejam respeitados e valorizados. Eliminar atitudes negativas e práticas discriminatórias é essencial não apenas na prestação de serviços de saúde e assistência social, mas também na comunidade como um todo. As campanhas para sensibilizar o público quanto aos direitos das pessoas com experiência vivida são essenciais nesse sentido, e os grupos da sociedade civil têm um papel estratégico a cumprir na defesa desses direitos.

Além disso, como a pesquisa em saúde mental foi dominada pelo paradigma biomédico nas últimas décadas, há uma escassez de pesquisas que visam a estudar as abordagens de saúde mental baseadas em direitos humanos. Em todo o mundo, é necessário um aumento considerável dos investimentos em pesquisas que investiguem condutas baseadas em direitos, comparem os custos da prestação de serviços e avaliem os desfechos de *recovery* em comparação com o modelo biomédico. Essa reorientação das prioridades de pesquisa criará uma base sólida de evidências para uma abordagem verdadeiramente baseada em direitos nos sistemas e serviços de saúde mental e proteção social.

Por fim, não é possível desenvolver uma agenda de direitos humanos e uma abordagem baseada em *recovery* sem a participação ativa de pessoas com condições da saúde mental deficiência psicossocial. As pessoas com experiência vivida entendem bem o problema e são os parceiros ideais para defender o respeito aos seus direitos e a criação de serviços e oportunidades que possam atender suas reais necessidades.

Os países que tiverem um forte e permanente compromisso político com o aperfeiçoamento contínuo de serviços de saúde mental de base comunitária, que respeitem os direitos humanos e adotem uma abordagem voltada para o *recovery* melhorarão muito não apenas a vida das pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, mas também de suas famílias, das comunidades e da sociedade como um todo.

O que é a iniciativa Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS?

A iniciativa Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS tem a finalidade de melhorar a qualidade da atenção e do apoio em serviços de saúde mental e assistência social e de promover os direitos humanos de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas em todo o mundo. A iniciativa utiliza uma abordagem participativa para atingir os objetivos listados a seguir.

1

Capacitar para combater o estigma e a discriminação, bem como promover os direitos humanos e *recovery*.

- [Módulos de capacitação presencial da iniciativa Direito é Qualidade da OMS.](#)
- Capacitação *on-line* da iniciativa Direito é Qualidade da OMS em saúde mental e deficiência: vencer o estigma e promover os direitos humanos.

2

Melhorar a qualidade da atenção e o respeito aos direitos humanos nos serviços sociais e de saúde mental.

- [Kit de ferramentas de avaliação da iniciativa Direito é Qualidade da OMS.](#)
- [Módulo sobre transformação de serviços e promoção de direitos da iniciativa Direito é Qualidade da OMS.](#)

3

Criar serviços de base comunitária, com foco no *recovery*, que respeitem e protejam os direitos humanos.

- [Orientações e pacotes técnicos da OMS sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos.](#)
- [Módulo de orientação da iniciativa Direito é Qualidade da OMS sobre suporte de pares individualizado por e para pessoas com experiência vivida.](#)
- [Módulo da iniciativa Direito é Qualidade da OMS sobre grupos de suporte de pares por e para pessoas com experiência vivida.](#)
- [Instrumento da iniciativa Direito é Qualidade da OMS para o planejamento de *recovery* centrado na pessoa para saúde mental e bem-estar.](#)

4

Fomentar o desenvolvimento de movimentos da sociedade civil para promover *advocacy*^e e influenciar a formulação de políticas.

- [Módulo de orientação da iniciativa Direito é Qualidade da OMS sobre *advocacy* em saúde mental, deficiência e direitos humanos.](#)
- [Módulo de orientação da iniciativa Direito é Qualidade da OMS sobre organizações da sociedade civil para proteger os direitos humanos em saúde mental e áreas relacionadas.](#)

5

Reformar as políticas e leis nacionais de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e os princípios internacionais dos direitos humanos.

- Orientação da OMS em fase de elaboração.

Para mais informações, consulte o site da iniciativa Direito é Qualidade da OMS.

e Nota de tradução: o termo original em inglês *advocacy* tem sido traduzido para o português como advocacia, incidência e defesa de causa, e corresponde às ações de defesa e promoção de causas e direitos geralmente relacionadas a grupos em situação de vulnerabilidade, frequentemente visando à formulação e implementação de políticas públicas. Nesse documento adotou-se o termo original em inglês por ser considerado mais abrangente e de utilização recorrente.

Orientações e pacotes técnicos da OMS sobre serviços comunitários de saúde mental

O propósito destes materiais é informar e orientar todos os interessados incumbidos de fomentar o desenvolvimento ou a transformação dos sistemas e serviços de saúde mental. Também fornecem orientação com informações detalhadas sobre os aspectos que contribuem para o desenvolvimento de serviços com boas práticas que cumprem os padrões internacionais dos direitos humanos e favorecem uma abordagem centrada na pessoa, com foco em *recovery*. Os serviços de saúde mental que adotam tal abordagem não trabalham com práticas coercivas, são receptivos às necessidades das pessoas visando o *recovery* e protegem a autonomia individual e a inclusão, contando com a ajuda de pessoas com experiência vivida para aperfeiçoar, monitorar e prestar serviços.

Existem muitos serviços em países de todo o mundo que adotam um modelo de *recovery* e têm como base os princípios de direitos humanos, mas eles permanecem à margem e desconhecidos de muitas partes interessadas, incluindo formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde e usuários dos serviços, entre outros.

Os exemplos de serviços aqui apresentados não foram selecionados pela OMS com o intuito de endossá-los, mas sim de ilustrar casos reais implementados em contextos bem diversos. Esses serviços não são os únicos com foco em *recovery* e pautados nos direitos das pessoas, mas foram selecionados porque passaram por avaliação e ilustram a ampla gama de opções que podem ser implementadas.

Demonstrar que existem serviços inovadores eficazes é essencial para dar apoio aos formuladores de políticas e outras partes interessadas em criar serviços (ou transformar os já existentes) tendo como base os padrões dos direitos humanos, como parte integral da cobertura universal de saúde.

Esse documento também pretende destacar o fato de que um serviço de saúde mental por si só, mesmo que obtenha bons resultados, não é suficiente para atender todas as necessidades de apoio das muitas pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais. Assim, é essencial que diferentes tipos de serviços de saúde mental de base comunitária atuem conjuntamente para suprir as diferentes necessidades das pessoas, como apoio em situações de crise, tratamento e cuidados permanentes, convivência comunitária e inclusão.

Os serviços de saúde mental também precisam estar vinculados aos outros setores, como proteção social, moradia, emprego e educação, para assegurar o direito dos usuários à inclusão comunitária plena.

As orientações e os pacotes técnicos da OMS compreendem uma série de materiais de referência, a saber:

- **Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos** – Esse documento abrangente contém uma descrição detalhada de abordagens em saúde mental orientadas para o *recovery*, centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos. Apresenta exemplos resumidos de serviços com boas práticas em todo o mundo, que promovem os direitos humanos e o *recovery*, e descreve as medidas necessárias para a prestação de serviços integrais, que levem em consideração a moradia, a educação, o emprego e os benefícios sociais. Contém ainda exemplos de redes abrangentes e integradas de serviços e apoio, além de

fornecer orientações e medidas destinadas a introduzir, integrar e expandir os serviços de saúde mental com boas práticas dentro dos sistemas de atenção à saúde e assistência social dos países a fim de promover a cobertura universal de saúde e proteger e promover os direitos humanos.

- **Sete pacotes técnicos sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos** – Cada pacote técnico aborda uma categoria de serviços de saúde mental e está vinculado ao Guia geral de orientações. Os tipos de serviços de saúde mental abordados são: serviços de saúde mental para atenção à crise, serviços de saúde mental de base hospitalar, centros de saúde mental de base comunitária, suporte de pares, serviços móveis de saúde mental na comunidade, serviços residenciais de apoio e redes integradas de serviços de saúde mental. Cada pacote contém exemplos descritivos aprofundados de boas práticas para dar uma visão completa do serviço, entender como ele funciona e como são respeitados os princípios dos direitos humanos. Também são abordados os desafios enfrentados, as soluções encontradas e as principais considerações ao implementar tais serviços em contextos distintos. Na parte final de cada pacote, os conhecimentos e o conteúdo aprendidos são transformados em um guia prático com uma série de ações para passar do conceito à implementação de um serviço-piloto ou serviço-modelo com boas práticas.

Especificamente, os pacotes técnicos:

- apresentam uma descrição aprofundada de iniciativas em diferentes países que prestam serviços e apoio em saúde mental alinhados ao princípio de *recovery* e aos direitos humanos;
- demonstram como as boas práticas contribuem para o respeito aos princípios internacionais de direitos humanos – capacidade jurídica, práticas não coercitivas, participação e inclusão comunitária e foco em *recovery*;
- descrevem os resultados positivos que podem ser obtidos pelos usuários de serviços de saúde mental que adotam boas práticas;
- apresentam análises comparativas do custo das boas práticas em serviços de saúde mental em comparação a serviços convencionais equivalentes;
- abordam os desafios para instituir e operar tais serviços e as soluções implantadas para contorná-los; e
- apresentam uma série de ações para fomentar boas práticas centradas na pessoa, com foco em *recovery* e respeito aos direitos humanos que sejam adequadas ao contexto socioeconômico local.

Cabe ressaltar que nenhum serviço se encaixa perfeitamente em uma única categoria, porque as inúmeras funções executadas pelo serviço se entrecruzam em uma ou mais categorias. Isso se reflete na categorização apresentada no início da descrição de cada serviço de saúde mental.

Esses documentos concentram-se especificamente em serviços para adultos com condições de saúde mental e deficiências psicossociais. Não abrangem serviços específicos para pessoas com deficiências cognitivas ou físicas, transtornos neurológicos ou uso de substâncias, tampouco incluem serviços altamente especializados, como aqueles voltados para transtornos alimentares. Outras áreas não incluídas são: intervenções por meios eletrônicos; serviços telefônicos (como linhas diretas); programas de prevenção, promoção e intervenção precoce; serviços com base em ferramentas específicas (p. ex., planejamento antecipado); capacitação; e *advocacy*. O material de orientações também não discorre sobre serviços prestados em contextos de saúde não especializados, embora muitas lições aprendidas com os serviços descritos nesse documento também se apliquem a esses contextos.

Como consultar o material

Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos é o principal documento de referência para todas as partes interessadas. Os leitores interessados em uma categoria específica de serviço de saúde mental podem consultar o pacote técnico correspondente, que contém mais informações e orientações específicas para criar um novo serviço no contexto local. Entretanto, cada pacote técnico deve ser lido em conjunto com o Guia mais amplo, *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental*, que contém as informações necessárias para também integrar os serviços aos sistemas de saúde e assistência social do país.

Público-alvo do material

- Ministérios competentes (saúde e assistência social) e formuladores de políticas.
- Gestores de saúde em geral, de saúde mental e de serviços sociais.
- Trabalhadores comunitários, da saúde mental e outras áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, pares, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, trabalhadores de apoio comunitário, cuidadores ou curandeiros tradicionais e religiosos.
- Pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais.
- Usuários ou ex-usuários de serviços de saúde mental e serviços sociais.
- ONGs e pessoas que atuam na área de saúde mental, direitos humanos ou outras áreas relevantes, como associações de pessoas com deficiência, grupos de usuários/sobreviventes de psiquiatria, organizações de *advocacy* e entidades de curandeiros tradicionais e religiosos.
- Familiares, pessoal de apoio ou envolvido nos cuidados.
- Outras entidades e partes interessadas relevantes, como simpatizantes de causa, advogados e entidades de apoio jurídico, acadêmicos, estudantes universitários e líderes comunitários e espirituais.

Uma nota sobre terminologia

Os termos “pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial”, “pessoas que usam serviços de saúde mental” ou “usuários de serviços” são usados ao longo deste Guia e nos pacotes técnicos.

Entende-se que a linguagem e a terminologia usadas refletem a constante evolução da conceitualização de deficiência e que, com o tempo, termos diferentes são usados por diferentes pessoas em diversos contextos. Cada pessoa deve estar livre para escolher o vocabulário, as expressões e as descrições que mais correspondem à sua própria experiência, situação ou sofrimento mental. No campo da saúde mental, por exemplo, alguns empregam termos como “pessoas com diagnóstico psiquiátrico”, “pessoas com transtornos mentais” ou “doenças mentais”, “pessoas com condições de saúde mental”, “consumidores”, “usuários de serviços” ou “sobreviventes da psiquiatria”. Outros acreditam que alguns desses termos (ou todos eles) são estigmatizantes, preferindo usar outras expressões para se referir às próprias emoções, experiências ou sofrimento.

O termo “deficiência psicossocial” tem sido adotado para englobar as pessoas com um diagnóstico de saúde mental ou que se identificam com esse termo. Empregar o termo “deficiência” é importante nesse contexto porque chama atenção às enormes barreiras que impedem a participação plena e efetiva na sociedade de pessoas com desabilidades reais ou percebidas, bem como o fato de estarem protegidas sob a égide da CDPD.

O termo “condição de saúde mental” é empregado de maneira análoga ao termo “condição de saúde física”. Uma pessoa com uma condição de saúde mental pode ter um diagnóstico formal ou não, mas ela se identifica como alguém que tem ou teve problemas ou dificuldades com a saúde mental. O termo foi adotado aqui para que os profissionais da saúde geral, de saúde mental e de assistência social e outros profissionais que trabalham em serviços de saúde mental (que possivelmente desconhecem o termo “deficiência psicossocial”) entendam que os valores, direitos e princípios mencionados se referem às pessoas que eles atendem e às quais prestam serviços.

Nem todas as pessoas que se identificam com os termos acima enfrentam estigmatização, discriminação ou desrespeito aos direitos humanos. Alguns usuários de serviços de saúde mental não têm problemas de saúde mental, e algumas pessoas com condições de saúde mental não enfrentam restrições nem barreiras à sua participação plena na sociedade.

A terminologia adotada neste Guia visou à inclusividade. Identificar-se com certas expressões ou conceitos é uma escolha pessoal, mas os direitos humanos se aplicam a todos, onde quer que seja. O mais importante é que o diagnóstico ou a deficiência não devem jamais definir uma pessoa. Somos todos indivíduos inseridos em um contexto social único, com personalidade, autonomia, sonhos, metas, aspirações e relacionamentos próprios.

1.

Introdução

Os serviços móveis de saúde mental na comunidade prestam assistência e apoio à população em domicílio ou em outros locais, como espaços públicos ou nas ruas. Os serviços móveis na comunidade normalmente consistem em equipes móveis formadas por agentes de saúde, assistentes sociais e membros da comunidade.

As opções de apoio fornecidas por meio do contato com a comunidade variam. Como descrito aqui, os serviços podem prestar apoio emocional e aconselhamento, bem como apoiar o uso de medicamentos, realizar atividades diárias e atender necessidades básicas (moradia assistida), ou permitir que as pessoas sejam esclarecidas das decisões relativas ao próprio tratamento e a outros aspectos da sua vida. Os serviços comunitários ajudam o indivíduo a prosseguir na sua jornada de *recovery* e conquistar ou recuperar o senso de controle da própria vida. Também são úteis para conectar as pessoas aos serviços fornecidos na comunidade e ajudá-las a transitar dentro dos sistemas de saúde e de assistência social. Os serviços móveis na comunidade geralmente promovem informações sobre saúde mental e podem contribuir para o engajamento em iniciativas de prevenção e promoção de saúde mental.

Os serviços comunitários se caracterizam pela versatilidade, pelo dinamismo e pela capacidade de adaptar-se ao prestar atenção à saúde mental a grupos marginalizados que de outra forma não teriam acesso a eles. Vários dos serviços aqui descritos servem especificamente às populações rurais ou pessoas em situação de rua.

As boas práticas ilustradas neste material descrevem a importância que os prestadores dos serviços comunitários dão ao respeito ao direito de capacidade jurídica. Os usuários têm autonomia para tomar decisões próprias sobre onde e quando o serviço será prestado, o que ele compreenderá e outros aspectos relacionados. A prioridade é facilitar o *recovery* da pessoa e permitir que ela priorize uma vida independente.

Os serviços descritos nesse pacote técnico foram preparados após ampla pesquisa e seleção de serviços identificados por meio de revisões da literatura, buscas na internet, consulta *on-line* e contribuições de redes e colaboradores existentes da OMS. Uma descrição detalhada da metodologia é fornecida no anexo do Guia *Orientações sobre os serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos*. O processo de seleção se baseou nos cinco critérios de direitos humanos e *recovery*, a saber respeito à capacidade jurídica; práticas não coercitivas; participação; inclusão comunitária; e foco em *recovery*. Quando possível e/ou apropriado, deu-se prioridade a serviços prestados em países de baixa renda ou regiões geográficas com pouca representatividade e a serviços com dados de avaliação disponíveis. Um dos principais desafios identificados durante a revisão dos serviços foi a falta de dados robustos para avaliação. Investir mais na avaliação dos serviços é uma das recomendações feitas na seção de orientação e ações práticas no guia *Orientações sobre os serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos*. Os serviços descritos nesse pacote técnico não devem ser interpretados como melhores práticas, e sim como forma de ilustrar o que pode ser feito e demonstrar o potencial mais amplo de serviços de saúde mental de base comunitária que promovam uma abordagem de *recovery*, centrada na pessoa e baseada em direitos.

A prestação de serviços de saúde mental de base comunitária que cumprem os princípios de direitos humanos representa uma mudança significativa na prática de todos os países e estabelece padrões muito elevados em contextos de investimento insuficiente de recursos humanos e financeiros na saúde mental. Alguns países de baixa renda podem presumir que os exemplos dos países de renda alta não são apropriados ou úteis. O mesmo pode acontecer com países de alta renda que examinam exemplos dos países de baixa renda. Novos tipos de serviços e práticas também podem gerar diversas perguntas, desafios e preocupações em diferentes interessados diretos, sejam formuladores de políticas, profissionais, famílias e cuidadores, sejam indivíduos que usam os serviços de saúde mental. A intenção dessa orientação não é sugerir que esses serviços sejam reproduzidos integralmente, e sim que sejam usados para aproveitar e aprender princípios e práticas relevantes e transferíveis para o próprio contexto, na oferta de serviços de saúde mental de base comunitária que sejam centrados na pessoa e promovam os direitos humanos e o *recovery*.

2.

**Serviços comunitários
de saúde mental
– descrição e análise**

2.1

Atmiyata

Gujarat, Índia



Classificação primária: serviço móvel na comunidade

Outras classificações:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de saúde mental de base comunitária | <input type="checkbox"/> Serviços móveis de saúde mental na comunidade | <input type="checkbox"/> Suporte de pares |
| <input type="checkbox"/> Serviço para atenção à crise | <input type="checkbox"/> Serviço de base hospitalar | <input type="checkbox"/> Serviço residencial de apoio para saúde mental |

Oferecido em outros locais:

- | | |
|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|---|------------------------------|

Evidências:

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Literatura publicada | <input checked="" type="checkbox"/> Literatura cinzenta | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
|--|---|----------------------------------|

Financiamento:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sistema público de saúde | <input type="checkbox"/> Sistema público de assistência social | <input type="checkbox"/> Seguro-saúde |
| <input type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | |

Contexto

O *Atmiyata*^f (1) é um serviço comunitário de atenção primária à saúde, prestado às comunidades no distrito de Mehsana, em Gujarat, na região oeste da Índia. O estado de Gujarat tem uma população de 60 milhões (2). Mehsana está localizado no norte do estado, com uma população predominantemente rural de 1,52 milhão vivendo em 645 povoados distribuídos em dez subdistritos ou bairros (3). Agricultura é a atividade exercida por 53% da população; quase metade da população rural de Mehsana tem um padrão de vida baixo, segundo o índice de padrão de vida (4).

Mehsana possui 56 postos de atenção primária à saúde (APS), 11 centros comunitários de saúde (CCS) e um hospital distrital onde trabalham dois psiquiatras em período integral. No programa de saúde mental do distrito de Mehsana trabalham um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social psiquiátrico e quatro enfermeiros. Lá também são fornecidos programas informativos, educacionais e de comunicação. Além de atender pacientes no ambulatório do hospital distrital de Mehsana, esses profissionais de saúde mental prestam serviços ambulatoriais em quatro centros comunitários de saúde e em três hospitais subdistritais, atendendo os pacientes uma vez ao mês em turnos de três a quatro horas.

O serviço *Atmiyata* identifica e dá apoio a pessoas com sofrimento nas comunidades rurais. Funciona em colaboração com o programa de saúde do distrito de Mehsana, coordenado pelo Departamento de Saúde e Bem-estar da família do governo de Gujarat e é financiado pela ONG *Altruist* e o Instituto TRIMBOS, sediado nos Países Baixos. A colaboração entre o *Atmiyata* e o programa de saúde mental do distrito proporcionou uma via clara de encaminhamento. Os voluntários do serviço auxiliam as pessoas, seus cuidadores e familiares a ter acesso aos serviços do programa do distrito ou aos serviços psiquiátricos no hospital do distrito. Se alguém, em situação de sofrimento, recorre diretamente aos serviços especializados de saúde mental, o voluntário não participa das conversas com os profissionais da saúde mental.

f *Atmiyata* significa empatia ou compaixão compartilhada em marata, o idioma local do estado indiano de Maharashtra, onde o programa foi inicialmente implementado.

O *Atmiyata*, portanto, utiliza os recursos existentes na comunidade para reforçar os vínculos entre o serviço e o sistema público de saúde ao criar um relacionamento de trabalho e vias de encaminhamento e fazer o elo entre as comunidades rurais e os hospitais rurais do distrito, postos de atenção primária à saúde e ONGs.

O *Atmiyata* é um serviço relativamente novo que foi implementado com sucesso em Gujarat e Maharashtra^g, o que indica a possibilidade de transpor essa estrutura a outras partes do país.

Descrição do serviço

O *Atmiyata* fornece apoio a quem apresenta sofrimento mental. Partindo da empatia e do trabalho voluntário, o serviço facilita o acesso gradual e contínuo à assistência de saúde mental em locais com poucos recursos (5).

O serviço é prestado por dois níveis de voluntários da comunidade. O primeiro nível, denominado *Atmiyata Mitras*, é formado por voluntários oriundos dos povoados de diferentes castas e religiões habilitados a identificar pessoas com sofrimento mental. O segundo nível, denominado *Atmiyata Champions*, é composto por membros da comunidade conhecidos e acessíveis, como ex-professores ou líderes comunitários, com aptidão de liderança e comunicação, e que são habilitados a identificar pessoas que apresentam sofrimento mental intenso, além daqueles enviados pelo pessoal do primeiro nível, e a dar aconselhamento estruturado (6.7). Apesar das muitas barreiras sociais de gênero, casta e religião, os voluntários *Mitras* e *Champions* empenham-se em assegurar o acesso ao serviço a todos no povoado.

As intervenções seguem um enfoque de atenção e apoio graduais. Os voluntários nas comunidades recebem capacitação, orientação e supervisão para exercer quatro funções: identificar quem apresenta sofrimento mental e prestar aconselhamento psicológico com técnica comprovada (quatro a seis sessões); encaminhar quem apresenta condições severas de saúde mental sério aos serviços públicos de saúde, se necessário; conscientizar os membros da comunidade com a exibição de vídeos no celular sobre os determinantes sociais de saúde mental; e facilitar o acesso a benefícios sociais e aumentar a estabilidade financeira da pessoa.

Sessões de aconselhamento baseadas em evidências

Como conhecem bem os membros da comunidade, os voluntários *Atmiyata Champions* podem abordar quem está sofrendo. Eles também recebem pessoas de outras partes do povoado enviados pelos voluntários *Mitras*. No primeiro encontro, o voluntário inicia a conversa perguntando como a pessoa que buscou ajuda está se sentindo, e que observou que ela lhe parece aflita. Ele explica no que consiste o seu trabalho como voluntário *Champions* e oferece ajuda para aliviar seu sofrimento, usando a competência adquirida durante a capacitação.

Após o voluntário criar um vínculo de afinidade e confiança mútua com a pessoa, se houver interesse, ele obtém o consentimento da pessoa para prosseguirem e eles marcam o local e o horário do encontro seguinte. O ideal é um encontro em local reservado, onde a pessoa possa sentir-se à vontade (na própria casa ou no campo próximo ao local de trabalho), ou pode ser combinado um passeio. Quando a pessoa se sente suficientemente segura para partilhar da própria experiência de sofrimento, o voluntário inicia

g O programa de Maharashtra foi expandido a 100 povoados em outro distrito junto com o Mahila Arthik Vikas Mahamandal (MAVIM), o órgão estadual de desenvolvimento da mulher do governo de Maharashtra.

as sessões estruturadas, respeitando sempre o sigilo e o consentimento. É um processo flexível e varia de pessoa a pessoa. Para alguns, um único encontro é suficiente para criar um vínculo de afinidade e confiança, enquanto outros precisam de mais tempo. O mais importante é fazer com que a pessoa sinta que ela está no controle, é ela quem decide prosseguir com as sessões ou parar e retomar em outro momento. Se a pessoa prefere não interagir com o voluntário *Champions*, essa decisão é respeitada e não há pressão para outro encontro.

No segundo encontro, o voluntário procura saber mais sobre o sofrimento vivido pela pessoa e aprofundar-se nas possíveis causas. No terceiro encontro, dependendo das metas estabelecidas, podem ser utilizadas diferentes técnicas de ativação comportamental, como realização de atividades e resolução de problemas.

Na intervenção de ativação comportamental, o voluntário trabalha com a pessoa para que ela realize atividades que visem a diminuir o sofrimento mental. Eles podem falar sobre as atividades que a pessoa realiza no presente, sobre as atividades que o indivíduo tem evitado durante esse período de desordem emocional, conversar sobre o que ela gostava de fazer antes e programar atividades significativas prazerosas para ajudar a retomar a rotina diária (8). Por exemplo, a pessoa pode voltar a participar de atividades agradáveis, como reunir-se com amigos e familiares, retomar a rotina de trabalho ou frequentar grupos informais. O voluntário estimula a pessoa a refletir sobre as próprias emoções e estado de humor, e sobre quais atividades deram certo para atualizar o plano de atividades baseado na experiência prévia.

Na técnica de resolução de problemas, o voluntário incentiva a pessoa a realizar ações práticas para atingir metas e reduzir o sofrimento, como encontrar um trabalho, resolver um conflito doméstico ou ajudar seus familiares.

Os voluntários são habilitados a realizar de quatro a seis sessões de aconselhamento psicológico ao longo de seis a 12 semanas, sem um intervalo pré-definido entre as sessões. Cada sessão tem uma duração de 20 a 40 minutos, conforme combinado. No último encontro, eles conversam sobre o que mudou na vida do participante, as intervenções que mais ajudaram e como ela pode utilizar suas habilidades para lidar com o sofrimento em outros momentos.

O voluntário utiliza técnicas baseadas em evidências que são continuamente avaliadas quanto ao seu efeito. Porém, ele deve estar aberto à flexibilidade e à criatividade, e garantir que a pessoa mantenha o controle do processo. Se ela não está aproveitando as sessões, ou se aborrece com o processo, a estratégia deve ser reavaliada e as sessões suspensas, se necessário. O voluntário *Champions* deve dar apoio à pessoa mesmo se ela não quiser seguir o plano de atividades e de resolução de problemas.

Os voluntários *Champions* às vezes se deparam com questões desafiadoras, como violência doméstica e uso de drogas. Mesmo quando não é possível abordar as causas do sofrimento, eles propõem a ajudar a pessoa a aumentar a sua própria capacidade de buscar por mudança e progresso, reduzir sua angústia/seu sofrimento e aumentar o suporte de pares.

Nos casos de violência doméstica, o voluntário *Champion* não apenas promove apoio e tranquiliza a pessoa, mas busca compreender melhor sobre o problema. Ele irá trabalhar com a mulher/pessoa para definir os objetivos das sessões de aconselhamento psicológico, ajudá-la a atingir as metas (por exemplo, como encontrar trabalho) e aumentar sua confiança para que ela possa lidar com a violência em casa. Além disso, os voluntários *Champions* seguem um protocolo de encaminhamento a outros

serviços de apoio na comunidade, como a central de atendimento à crise por telefone, abrigos e centros de desenvolvimento de habilidades/capacitação. Eles explicam, se necessário, como entrar em contato com a polícia e solicitar outros tipos de assistência. O serviço não intervém sem o consentimento da pessoa, e ainda, o voluntário *Champion* nunca toma decisões pela mulher/por ela.

Os facilitadores comunitários, encarregados de supervisionar e orientar os voluntários do nível *Champions*, são capacitados a: realizar avaliações para garantir a qualidade das sessões; conhecer a dinâmica de poder entre o voluntário *Champion* e o participante; e assegurar o respeito à vontade e às preferências do participante e que as metas sejam definidas pela própria pessoa que está sofrendo. Os facilitadores comunitários realizam reuniões quinzenais com os voluntários *Champions* para discutir quaisquer problemas.

Encaminhamento para serviços especializados

As sessões de aconselhamento destinam-se a ajudar quem apresenta sofrimento mental ou tem problemas de saúde mental de grau leve a moderado. Para o restante dos casos, como condições agudas graves de saúde mental, dependência química, ideação suicida ou tentativa de suicídio, os voluntários do nível *Champion* fazem o encaminhamento a um psiquiatra do serviço de saúde mental do distrito ou do hospital distrital ou um dos ambulatórios de saúde mental comunitários. Caso a pessoa e seus familiares desejem receber atenção de saúde mental especializada, o voluntário *Champion* pode promover informações sobre os serviços disponíveis na região – incluindo horários de funcionamento e números para contato. O voluntário jamais violará o sigilo comunicando-se diretamente com os profissionais do serviço especializado sem consentimento do participante. A pessoa não é forçada a comparecer ao serviço indicado; a decisão cabe, exclusivamente, à pessoa e aos seus familiares. Os facilitadores comunitários podem auxiliar com os encaminhamentos, sem ter acesso à informação que possa identificar a pessoa. O voluntário *Champion* irá discutir os desafios apresentados enquanto realiza o encaminhamento com o facilitador comunitário. O facilitador comunitário deve ajudar modelando a conversa por meio da simulação de uma situação real. No entanto, se a pessoa consentir, o facilitador pode conversar diretamente com ela na presença do voluntário *Champion*.

Exibição e discussão de filmes sobre os determinantes sociais de saúde mental

Os voluntários *Champions* exibem quatro filmes de curta-metragem de dez minutos de duração, dublados em *Gujarati*, para as pessoas em seus povoados. Os filmes têm o propósito de suscitar o debate em pequenos grupos de pessoas – três ou quatro de cada vez – nos espaços de encontro na comunidade (por exemplo, templo ou sítio). Os conteúdos dos vídeos abarcam questões sociais comuns a essas populações como desemprego, conflitos familiares, violência doméstica e alcoolismo, e seu impacto na saúde mental. Quem comparece à sessão pode estar passando por sofrimento ou conhecer alguém que está sofrendo, e encaminhá-lo ao serviço. Essa é uma atividade para os membros da comunidade e não tem finalidade de treinamento ou terapia.

Facilitar o acesso a benefícios de assistência social

Os voluntários *Champions* ajudam as pessoas em situação de sofrimento mental e suas famílias a ter acesso a vários benefícios sociais do governo, como aposentadoria por viuvez, subvenção para trabalhadores rurais, auxílio por invalidez e outro auxílio financeiro para pessoas com deficiência, auxílio previdenciário para trabalhadores informais e atestado de invalidez. Os voluntários *Champions*

ajudam a identificar quem preenche os requisitos para receber os benefícios e a reunir a documentação necessária, como documentos de identidade e informes bancários. Também ajudam no preenchimento e envio dos formulários preenchidos ao órgão local e acompanham o andamento do processo. Podem também ajudar a pessoa a obter acesso à licença remunerada subsidiada pelo governo.

Os voluntários do nível *Champions* do serviço *Atmiyata* são indicados pelos facilitadores comunitários. O facilitador comunitário é normalmente um residente local com qualificação profissional (mestrado em assistência social ou área afim) que conhece a dinâmica comunitária. Além disso, o facilitador comunitário faz várias visitas a um povoado para familiarizar-se com a estrutura local, mapear os grupos da comunidade (por exemplo, a associação de agricultores) e interagir com os agentes comunitários de saúde e líderes locais. Por meio desse processo, ele identifica os melhores candidatos ao nível *Champions*. O facilitador comunitário interage com os moradores do povoado de forma individual, e em grupo, para sondar os possíveis voluntários, que serão selecionados com base em uma lista de critérios de qualificação para se tornar um *Champion*. Cada candidato é examinado criteriosamente para garantir que exista equidade de casta, gênero, religião, idade e outros fatores, entre os selecionados, e que o serviço seja acessível a todos na comunidade. Na conversa inicial com os candidatos, o facilitador comunitário explica as funções de um voluntário e anota a disponibilidade de tempo e disposição da pessoa em participar. O candidato é então convidado a participar de um curso de treinamento. Uma vez capacitado, o facilitador comunitário se reúne duas vezes ao mês com o voluntário no povoado – um encontro individual e um encontro em grupo com três a quatro voluntários *Champions*. Durante esses encontros, o trabalho do voluntário *Champion* é revisado, os desafios são discutidos e as soluções são sugeridas. Os voluntários *Champions* e os facilitadores comunitários podem conversar por telefone quando precisarem de orientação adicional.

Cada facilitador comunitário está encarregado de supervisionar 40 a 50 voluntários *Champions* (ou seja, há um facilitador comunitário para cada 1.000 moradores). Cada voluntário *Champions* apoia de quatro a cinco voluntários *Mitras*. Os facilitadores comunitários são recrutados e treinados por gerentes de projeto; cada um deles é responsável por supervisionar o trabalho de sete a oito facilitadores comunitários.

A capacitação dos voluntários (*Mitras* e *Champions*) compreende sessões práticas, simulação de situações reais e discussões. Os *Mitras* recebem quatro horas de treinamento de um voluntário *Champions* do mesmo povoado. Eles são treinados para entender os sinais e os sintomas do sofrimento, bem como sobre como fazer o encaminhamento/referência a um voluntário *Champion*. Os *Champions*, por sua vez, recebem treinamento em um local central no bairro ou povoado. Seu treinamento é focado no entendimento do funcionamento do serviço, necessidades para o cuidado em saúde mental, sinais e sintomas de sofrimento, técnicas baseadas em evidência e protocolos e procedimentos. Os gerentes de projeto e facilitadores comunitários passam, ao todo, por 55 horas de capacitação em cinco semanas, com sessões adicionais de oito horas de duração para os que querem ser instrutores (*master-trainers*). O treinamento é baseado em uma metodologia reflexiva, interativa e participativa.

Os voluntários *Champions* participam de sessões trimestrais de aperfeiçoamento com duração de quatro horas e é uma oportunidade para aprender com os companheiros, desenvolver novas técnicas para atrair um número maior de pessoas no povoado e melhorar o aconselhamento psicológico.

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

O *Atmiyata* desenvolve suas atividades baseadas no modelo de sofrimento – não no modelo centrado na doença – porque é mais aceito e viável para a utilização com a comunidade. O modelo de sofrimento dita como os voluntários *Champions* devem abordar e prestar assistência às pessoas. Eles são orientados a trabalhar de acordo com as preferências e vontades da pessoa que recebe os serviços. O consentimento esclarecido é obtido ao início de cada sessão, sendo necessário para qualquer atividade. Os voluntários aprendem a obter o consentimento, uma prática que é supervisionada pelos facilitadores comunitários nas visitas. A pessoa participante tem o direito de deixar de receber apoio e interromper as sessões quando lhe convier. O voluntário pode conversar com seu orientador se estiver enfrentando dificuldades nas sessões, mas ele não pode revelar a identidade da pessoa atendida, e deve suprimir qualquer informação que identifique a pessoa atendida ao documentar seu trabalho. Da mesma maneira, o voluntário *Mitras* pode revelar a identidade da pessoa em sofrimento mental somente ao encaminhá-la a um voluntário *Champions*; este, por sua vez, somente recomenda à pessoa buscar ajuda em serviços especializados se necessário, mas sem entrar em contato direto com os profissionais.

Práticas não coercitivas

As intervenções dos voluntários *Atmiyata Champions* visam atender às necessidades sociais e de saúde mental baseadas em princípios não coercitivos. Elas consistem em aconselhamento psicológico de baixa intensidade baseado em evidência, como escuta ativa, resolução de problemas e agenda de atividades (9).

Inclusão comunitária

O serviço é prestado no povoado, dentro da comunidade. As sessões de aconselhamento psicológico são realizadas em espaços comunitários onde o participante possa se sentir seguro (por exemplo, em casa, no campo, no local de trabalho ou em uma cafeteria). O serviço funciona por meio das redes de relacionamentos existentes no povoado, sem criar outras redes. O apoio prestado para obter acesso ao auxílio para deficiência ou desemprego e outros recursos que reduzem a pobreza, inclusive licença remunerada subsidiada pelo governo, também promovem a inclusão da pessoa na comunidade.

Participação

Apesar da experiência vivida não ser pré-requisito para entrar como voluntário *Champions*, a experiência pessoal de sofrimento mental é em geral uma motivação para o voluntariado. Quando convém, o voluntário partilha a própria experiência vivida porque transmite esperança e apoio, como um suporte de pares. Os voluntários *Champions* são instruídos pelos orientadores a contar a própria história de maneira positiva.

Abordagem de Recovery

O serviço *Atmiyata* oferece cuidado voltado para *recovery* focado em empatia, esperança e apoio a quem passa por sofrimento mental. Os voluntários *Champions* são estimulados a partilhar as próprias experiências pessoais durante as sessões de aconselhamento e contar como superaram a situação difícil em que se encontravam. Partilhar experiências cria confiança mútua e serve de consolo e inspiração. As sessões de aconselhamento reforçam a capacidade do participante de reagir diante da dificuldade,

assumindo o controle da própria vida. O apoio prestado pelo serviço tem o objetivo de fortalecer os pontos fortes da pessoa, estimulando-a a levar uma vida independente e participar das atividades comunitárias, e estar em pé de igualdade aos outros membros da própria comunidade.

Avaliação do serviço

O serviço *Atmiyata* de Gujarati foi avaliado em um estudo controlado randomizado por conglomerados com implementação escalonada que incluiu 645 povoados no distrito de Mehsana, com população rural adulta de 1,52 milhão. O desfecho primário do estudo foi a melhoria da saúde geral, avaliada com o Questionário de Saúde Geral (QSG-12) (10) em um acompanhamento de três meses. Os desfechos secundários foram avaliados com diversas escalas de qualidade de vida, redução dos sintomas, função social e sintomas de depressão (11-15).

Os resultados mostraram que o percentual de *recovery*, para pessoas com sofrimento mental, foi clínica e estatisticamente maior em pessoas participando do serviço *Atmiyata*. Ainda, foi evidenciada melhora nos sintomas de depressão, ansiedade e gerais de sofrimento mental ao final de três e oito meses. Também houve uma melhora significativa do funcionamento, da participação social e da qualidade de vida ao final de oito meses. Em termos gerais, os resultados indicam que o serviço *Atmiyata* proporcionou uma melhora considerável da qualidade de vida e dos níveis de deficiência, assim como dos sintomas relacionados a problemas de saúde mental (16). A avaliação do *Atmiyata* no distrito de Mehsana reforça os resultados anteriores de um estudo de prova de conceito realizado em Peth Block, no distrito de Nashik, Maharashtra, entre 2013 e 2015 (1).

Custos e comparações de custo

O *Atmiyata* foi inicialmente financiado pela ONG *Grand Challenges Canada*, mas foi subsidiado com verbas da Iniciativa de Saúde Mariwala até março de 2022 (1, 17). O orçamento cobre os salários dos funcionários, como os facilitadores comunitários e gerentes de projeto. As despesas incorridas são relativas aos cursos de capacitação para a equipe, *smartphones* para os voluntários *Champions* e despesas de viagem e custos administrativos para implementação efetiva e garantia da qualidade do serviço. Todos os serviços são prestados localmente sem custos ao usuário final. Os *Champions* e *Mitras* realizam um trabalho voluntário não remunerado, mas suas despesas de viagem e outros gastos são cobertos.

O custo total anual para a execução do projeto *Atmiyata* em 500 povoados, cobrindo uma população adulta de um milhão de pessoas, foi de US\$ 120 mil em 2019. Entre 2019 e 2020, o serviço atendeu 12.758 pessoas em situação de sofrimento mental ou com sintomas relacionados a problemas de saúde mental ([Kalha J], Ordem dos Advogados da Índia, dados não publicados, [2021]). O custo anual não inclui os *smartphones* fornecidos aos voluntários (eles têm uma vida útil de dois anos e, portanto, não constam do custo anual).

Desafios e soluções

Fomentar o apoio e engajamento da comunidade como um todo

A falta de apoio das autoridades do governo e do público em geral foi o maior problema. Várias estratégias foram empregadas para vencer esse obstáculo. As autoridades locais e estaduais foram convidadas a participar de reuniões em que o conteúdo da intervenção e possíveis benefícios associados foram

apresentados. As partes interessadas do povoado foram também chamadas a participar de encontros para apresentar intervenção e estabelecer alianças e a construção de confiança. O serviço também trabalhou em colaboração com outras entidades de base comunitárias para fazer o levantamento dos povoados, entender sua estrutura e angariar apoio.

Superar a discriminação de casta, classe e gênero

Um enorme desafio a ser vencido foram as questões de casta, classe e gênero, entre outras, que representaram um obstáculo à prestação de uma intervenção efetivamente equitativa. Também faltou às comunidades confiança para participar da reformulação do serviço.

Houve a colaboração do serviço com entidades envolvidas em questões intersetoriais, como discriminação de casta e gênero, procurando-se sensibilizá-las quanto aos direitos das pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial. O serviço buscou atrair grupos marginalizados e vulneráveis e chamá-los a participar da reformulação do serviço.

Dificuldades de financiamento

O serviço enfrentou enormes dificuldades de financiamento. Os subsídios eram restritivos e não permitiram expandir o serviço. Para contornar esse problema, o serviço buscou ativamente obter recursos de diversas organizações financiadoras com o compromisso a longo prazo para expandir o serviço.

Formar um quadro de pessoal efetivo

Selecionar o pessoal local foi, em determinados momentos, um processo complicado. Ter formação educacional e mesmo experiência de trabalho anterior não foram bons indicativos de desempenho no trabalho em saúde mental ou adesão aos valores e princípios do serviço. Parte do material usado no treinamento não era didático.

O pessoal admitido para trabalhar no serviço recebeu farta orientação dos coordenadores. Houve supervisão, monitoramento e garantia da qualidade que permitiu ao pessoal realizar as intervenções apropriadas, independentemente de formação profissional ou experiência anterior. O formato e os materiais didáticos do curso de capacitação foram adaptados para suprir o conhecimento necessário aos recém-chegados; o treinamento ficou menos teórico e mais participativo, com práticas de habilidades e simulação de situações reais.

Principais considerações para contextos diversos

Os principais pontos a serem considerados ao implementar ou expandir esse serviço em outros contextos são:

- planejar com antecedência imaginando como será o serviço ampliado e quais os recursos humanos e financeiros necessários;
- preparar protocolos padronizados para incorporar o que foi aprendido com a experiência;
- examinar os índices de resultados mais relevantes aos usuários do serviço (como participação na comunidade e qualidade de vida), e não apenas o percentual de redução de sintomas;
- empregar técnicas “baseadas em evidência”, mas estar aberto a adaptá-las ao contexto local;

- trabalhar em estreita colaboração com os serviços, apoio e recursos existentes do serviço social e de saúde pública;
- ter um sólido processo de avaliação para gerar confiança com relação ao impacto do serviço e obter o financiamento contínuo; e
- considerar usar esquemas de trabalho voluntário e remunerado, condizentes com a tradição sociocultural local.

Mais informações e recursos:

Site

<https://cmhlp.org/projects/atmiyata>

Vídeos:

Atmiyata: A rural and community led mental health and social care model (Atmiyata: um modelo de atenção de saúde e assistência social em comunidade rural)

<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1300301510190927872>

What is the role of an Atmiyata Champion? (Qual é a função do voluntário de nível *Champion* no *Atmiyata*?) <https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1331822246575280128>

Madina Ben, voluntária *Champion* do *Atmiyata*, Mehsana, Gujarat

https://www.youtube.com/watch?v=2Rlter_9Mpl

Dr. Animesh Patel, psiquiatra graduado do distrito, fala sobre a repercussão do *Atmiyata*

<https://www.youtube.com/watch?v=V2w-PkbJxxA>

Contato:

Jasmine Kalha, gerente de programas e bolsista de pesquisa,
Centro de Direito e Políticas de Saúde Mental, Ordem dos Advogados da Índia (ILS), Pune,
Índia.

E-mail: jasmine@cmhlp.org

Kaustubh Joag, bolsista sênior de pesquisa,
Centro de Direito e Políticas de Saúde Mental, Ordem dos Advogados da Índia (ILS), Pune,
Índia.

E-mail: kaustubh@cmhlp.org

2.2

Banco da Amizade

Zimbábue



Classificação primária: serviço móvel na comunidade

Outras classificações:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de saúde mental de base comunitária | <input checked="" type="checkbox"/> Serviços móveis de saúde mental na comunidade | <input type="checkbox"/> Suporte de pares |
| <input type="checkbox"/> Serviço para atenção à crise | <input type="checkbox"/> Serviço de base hospitalar | <input type="checkbox"/> Serviço residencial de apoio para saúde mental |

Oferecido em outros locais:

- | | |
|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|---|------------------------------|

Evidências:

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Literatura publicada | <input checked="" type="checkbox"/> Literatura cinzenta | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
|--|---|----------------------------------|

Financiamento:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sistema público de saúde | <input type="checkbox"/> Sistema público de assistência social | <input type="checkbox"/> Seguro-saúde |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | |

Contexto

O Zimbábue é um país de baixa renda na África subsaariana com uma população de 13 milhões de pessoas, que predominantemente vivem em áreas rurais (18). A capital Harare tem 1,6 milhão de habitantes.

O país possui quatro unidades psiquiátricas de atenção terciária, duas unidades de saúde mental forense e leitos reservados para pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial em quatro dos sete hospitais gerais nas províncias (18). A Associação Nacional de Saúde Mental do Zimbábue (ZIMNAMH) é uma ONG que administra seis centros residenciais de reabilitação psiquiátrica e duas residências de transição (19). O trabalho da ZIMNAMH também envolve *advocacy* e educação. Muitas pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial no Zimbábue consultam curandeiros tradicionais ou religiosos (20).

O Zimbábue perdeu muitos profissionais de saúde que deixaram o país e enfrenta sérios desafios para prestar atenção à saúde mental na comunidade. Fundado em Harare, em 2006, o *Banco da Amizade* (*Friendship Bench*) atua com um quadro de pessoal não profissional para superar a falta de prestadores de serviço qualificados. O serviço proporciona terapia para a resolução de problemas de curto prazo a pessoas com problemas comuns de saúde mental no nível de atenção primária. Elas são conhecidas como *kufungisisa*, que significa “pensar demais” em xona, a língua usada pela maioria da população do país.

O conceito de *Banco da Amizade* está sendo aplicado em outros países de baixa renda na África subsaariana, com projetos desenvolvidos em Malauí, Quênia e Zanzibar (21, 22). Também foi introduzido em comunidades de baixa renda no Bronx e Harlem, em Nova York, nos Estados Unidos (23), e é citado no Objetivo 3.4 do *Plano de Ação Global das Nações Unidas para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS) como intervenção de atenção de saúde mental recomendada (24).

Descrição do serviço

O *Banco da Amizade* oferece empatia, que se vale do entendimento da cultura e da comunidade local, habilidades e técnicas formais de resolução de problemas (25) para ajudar pessoas que apresentam sofrimento mental intenso.

O nome do serviço, *Banco da Amizade*, vem de *chigaro chekupanamazano*, que significa um banco para sentar e trocar ideias (26). Ele é um serviço gratuito, normalmente prestado com a pessoa sentada em um banco de madeira do lado de fora do posto de saúde. O interessado chega ao serviço por conta própria ou vem encaminhado pelo pessoal das escolas, da polícia ou do posto de saúde. O público pode obter informações sobre questões de saúde mental e sobre os serviços prestados pelo *Banco de Amizade* durante encontros matinais no posto de saúde ou diretamente dos conselheiros do *Banco da Amizade*, ou de outras equipes de saúde.

O serviço é prestado por um grupo local de mulheres empregadas como agentes de saúde não profissionais pelas autoridades sanitárias locais. A iniciativa *Banco de Amizade* faz parte das suas funções no trabalho e, entre outras tarefas, elas também se dedicam a realizar atividades de promoção da saúde (por exemplo, campanhas de vacinação) e conscientizar a população sobre doenças e surtos.

Além de entenderem bem a dinâmica da economia e da sociedade local, as mulheres do serviço conhecem a língua e a cultura *xona* e sabem como usar provérbios para ajudar no seu trabalho (25, 26). Elas são residentes da comunidade e costumam interagir informalmente com as pessoas atendidas pelo serviço fora das sessões de terapia, aproveitando a oportunidade para dar apoio/fornecer incentivo (25). O fato de o serviço estar integrado na cultura local contribui enormemente para sua sustentabilidade (27).

Após serem habilitadas, essas agentes de saúde não profissionais realizam o trabalho de maneira flexível. Elas normalmente realizam visita domiciliar aos clientes e aos familiares para orarem; a oração é realizada de maneira conjunta e dura, em média, 15 a 30 minutos. A oração é uma prática social comum no Zimbábue, em particular para confortar o doente com problemas de saúde e seus familiares (28).

As agentes de saúde não profissionais do *Banco da Amizade* são, na sua maioria, idosas. A idade avançada é chave nesse serviço porque os idosos são muito respeitados no Zimbábue e vistos como guardiões da comunidade. Elas têm, em média, 58 anos de idade e são conhecidas como agentes de saúde *avós* (*utano ambuya*) ou “avós” (28). Como muitas também tiveram de superar dificuldades na própria vida, elas demonstram muita empatia no atendimento (25) e usam a própria experiência para ajudar as pessoas, deixando-as à vontade para falar dos próprios problemas.

As agentes de saúde não profissionais recebem oito dias de treinamento que engloba o reconhecimento de sintomas, o uso dos instrumentos de triagem, a psicoeducação e a terapia de resolução de problemas (28). As alunas recebem um manual de orientação para conduzir a terapia, mas o mais importante é a experiência adquirida na prática sob a supervisão dos instrutores. Elas praticam técnicas de aconselhamento psicológico em pequenos grupos e simulam situações reais na frente da turma toda. São realizadas várias sessões práticas para que possam ganhar confiança como agentes de saúde não profissionais. No trabalho, no posto de saúde, uma apoia a outra e as calouras são orientadas pelas mais experientes. O grupo se reúne uma vez por semana para discutir os casos e recebe o apoio contínuo da equipe de treinamento do *Banco da Amizade* por contato presencial ou por telefone.

A terapia com técnica de resolução de problemas é conduzida em seis sessões ou mais. Um questionário de sintomas (em língua xona) (29) é aplicado para identificar quem precisa de terapia. O uso da língua xona foi uma decisão tomada com base no *feedback* das agentes de saúde não profissionais, porque se verificou que facilita a triagem, deixa a pessoa mais receptiva à terapia e garante a continuidade da prestação de serviços de saúde (30).

A terapia com técnica para resolução de problemas consiste em três componentes principais:

- abrir a mente (*Kuvhura pfungwa*): o objetivo é investigar a situação do cliente. A agente de saúde não profissional pede ao cliente para que conte a “própria história” e, em seguida, eles elaboram juntos uma relação de problemas e dificuldades enfrentados. O cliente escolhe um problema da lista para ser trabalhado. Por exemplo, Tatenda, um jovem de 19 anos, está aflito porque precisa pagar o equivalente a US\$ 20 em taxas escolares;
- reerguer (*Kuzimudzira*): o objetivo é criar um plano de ação para a resolução do problema. Voltando ao exemplo anterior, Tatenda decide conversar com um tio que o ajudou em outra ocasião e pedir um empréstimo. O rapaz explicará a situação, dirá o valor do empréstimo e indicará como pretende devolver o dinheiro. Com a ajuda da agente de saúde não profissional, Tatenda calcula que conseguiria pagar a dívida oferecendo-se para trabalhar no sítio do tio aos fins de semana. Ele se propõe a fazer uma visita ao tio em casa em uma tarde de sábado, e irá a pé para economizar o dinheiro do transporte; e
- fortalecer (*Kusimbisisa*): o cliente recebe apoio e é orientado a retornar para acompanhamento e outras sessões de terapia. A proposta inicial do *Banco da Amizade* era oferecer apenas seis sessões de aconselhamento psicológico, mas o serviço evoluiu. Muitas sessões informais continuam a ser realizadas porque as agentes de saúde não profissionais encontram os clientes na comunidade e aproveitam para dar apoio.

A intervenção oferecida pelo serviço começa no posto de saúde, em um banco do lado de fora. Porém, sessões individuais podem ser realizadas na casa do cliente ou da agente de saúde não profissional ou fora, no mercado local ou área próxima ao poço de uso público. Pelo menos uma sessão de terapia – ou mais, se solicitado – é em geral realizada na casa do cliente (26). Além disso, conversas por telefone e mensagens de texto ajudam a reforçar a abordagem terapêutica (31). Dependendo do tamanho do serviço de saúde, até 25 pessoas são atendidas por dia.

Os clientes do *Banco da Amizade* em terapia também podem participar de um grupo de suporte de pares, conhecido como “De mãos dadas” (*Circle kubatana tose*). Eles realizam encontros semanais em que os participantes partilham suas experiências em um ambiente seguro e essa atividade é mediada por ex-usuárias do serviço treinadas em dinâmica de grupo (31). Durante os encontros, as mulheres, às vezes, tecem bolsas de crochê ou fazem bolsas de material reciclado para vender, o que confere ao projeto uma dimensão de geração de renda (26). O participante é quem decide por quanto tempo quer participar deste grupo.

O *Banco da Amizade* também colabora com entidades estabelecidas no país, a saber: Zvandiri (32), uma ONG nativa que apoia jovens com HIV; Solidarmed (33), uma ONG suíça que atua em parceria com ONGs locais em cinco países africanos para melhorar a atenção primária à saúde às populações rurais; e o Centro de Saúde Sexual e Pesquisa de HIV/AIDS do Zimbábue (CeSHHAR Zimbábue) que fomenta iniciativas de pesquisa e outras intervenções em HIV e saúde sexual (34).

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

A participação no *Banco da Amizade* é totalmente voluntária. O serviço é oferecido a quem apresenta sofrimento relacionado à ansiedade ou depressão. O objetivo é empoderar o participante por meio de apoio para que possa encontrar maneiras de superar seus problemas, tomar decisões e agir para resolvê-los.

Práticas não coercitivas

O pessoal do *Banco da Amizade* não recorre a práticas coercitivas. O trabalho é desenvolvido com a participação voluntária e consensual. Os funcionários não providenciam a internação involuntária do cliente em serviços públicos de saúde mental. Porém, se ele for identificado como sendo de alto risco, a conselheira o encaminha ao responsável pelo posto de saúde, que pode optar por enviar o cliente a uma unidade de internação.

Participação

O grupo de suporte de pares reúne participantes com experiência vivida que se apoiam mutuamente, criando um senso de solidariedade. Os líderes do grupo não são particularmente habilitados no suporte de pares. O grupo é mais uma oportunidade para ajudar a pessoa a resolver seu problema com as sugestões recebidas dos colegas. Existem grupos nos postos de saúde e na comunidade. A geração de renda é a dimensão prática do serviço porque muitos participantes têm sérias dificuldades financeiras.

Inclusão comunitária

O serviço está profundamente inserido na comunidade: funciona localmente, está vinculado aos recursos da comunidade e conta com conselheiras não profissionais que são membros da comunidade há 15 anos ou mais. As conselheiras passam por um processo de seleção em encontros comunitários com as principais partes interessadas, como líderes religiosos, integrantes da polícia e membros da direção das escolas e outros representantes da comunidade (26).

A terapia de resolução de problemas é normalmente reforçada pelo componente de agendamento de atividades em que o participante é encorajado a agendar atividades significativas e que tornam sua vida mais agradável. Algumas pessoas com necessidades financeiras são encaminhadas a trabalhar em projetos de geração de renda na comunidade. Por exemplo, em Harare, elas participam do preparo da manteiga de amendoim e da reciclagem (28).

Abordagem de Recovery

Termos e expressões idiomáticas em xona são utilizados nas conversas com os clientes sobre seus problemas. Ao usar o questionário de sintomas em xona na triagem, o cliente é assegurado de que suas experiências são legítimas e comuns a outras pessoas. As agentes de saúde não profissionais não fazem diagnósticos psiquiátricos e o serviço não fornece medicamentos nem tratamento médico. O objetivo é ajudar as pessoas a estabelecer metas pessoais e encontrar formas de concretizá-las. A intervenção procura empoderar o cliente a resolver melhor os próprios problemas, contribuindo assim para melhorar a própria comunidade.

Avaliação do serviço

O *Banco da Amizade* é atualmente oferecido em três cidades do Zimbábue e em 25 postos de saúde em duas regiões rurais como parte da atenção primária. Ao todo, o serviço está disponível em 70 postos de saúde no país (27) e atende 50 mil pessoas após ser expandido em 2016.

Um estudo inicial indicou bons resultados com a abordagem básica do *Banco da Amizade* (28), com redução da pontuação no questionário de sintomas após três a seis sessões de intervenção. Essa pesquisa avaliou 320 pessoas que concluíram a terapia; mais da metade dos participantes era HIV-positivo.

O *Banco da Amizade* foi subsequentemente avaliado em um ensaio clínico controlado randomizado por conglomerados (31). Ao todo, 573 pessoas foram aleatoriamente designadas ao grupo “intervenção” (*Banco da Amizade*) ou ao grupo “controle”. Os participantes alocados no grupo controle receberam o atendimento usual reforçado, que consistia em psicoeducação sobre sintomas, medicamentos se indicado e/ou encaminhamento à unidade de atendimento psiquiátrico. Eles também receberam dois ou três contatos de apoio, por mensagem de texto ou telefone, sendo o último para lembrá-los de comparecer à avaliação de seis meses. Os clientes do *Banco da Amizade* também foram avaliados aos seis meses. Aqueles que participaram das sessões do *Banco da Amizade* e do grupo de suporte de pares mostraram melhora significativa na saúde mental, considerando o questionário de sintomas em xona, quando comparados ao grupo que recebeu o tratamento usual reforçado.

Dentre os componentes básicos da intervenção oferecida pelo *Banco da Amizade*—empatia, conhecimento da cultura local, suporte de pares com geração de renda e técnica formal de resolução de problemas – os dois primeiros componentes demonstraram ter maior importância em um estudo qualitativo (26). Porém, não foi possível mensurar a importância relativa de cada componente no ensaio clínico controlado randomizado por conglomerados porque os componentes não foram controlados (31).

As conselheiras também relataram grande satisfação com o trabalho, afirmando sentirem-se muito gratificadas e satisfeitas em promover mudanças. O treinamento em saúde mental e terapia de resolução de problemas também lhes ajudou a enfrentar melhor suas dificuldades e ajudar suas famílias. Esses benefícios pessoais serviram de motivação, apesar dessas mulheres serem muito mal remuneradas no trabalho (26).

Custos e comparações de custo

O *Banco da Amizade* é um serviço prestado como parte da atenção primária à saúde no Zimbábue. As conselheiras são empregadas pelas autoridades locais e recebem salário mensal. Segundo dados de 2019, o custo da primeira sessão do serviço era de US\$ 5. Os custos incluem a sensibilização do grupo ao programa, triagem, tempo do pessoal do posto de saúde, tempo das conselheiras não profissionais e materiais necessários para executar o programa. O serviço é gratuito aos clientes cadastrados no posto de saúde, que precisam apenas apresentar o documento de identidade e endereço para se cadastrar. Mesmo quem não for cadastrado pode receber serviços na comunidade porque as avós estão à disposição para conversas informais.

O programa do *Banco da Amizade* teve sua importância reconhecida e, em 2019, passou a integrar a estratégia nacional de saúde mental, coordenada pelo Ministério da Saúde e Bem-estar Infantil (18). Os serviços serão incorporados em todos os postos de saúde da rede pública do país nos próximos anos e financiados pelos municípios e distritos.

Agentes comunitários de saúde de unidades de saúde serão capacitados para exercer a função de conselheiros. O treinamento será realizado com o auxílio da *Friendship Bench Trust*, uma entidade que destina verbas ao *Banco da Amizade* para o preparo de materiais de treinamento e fornece material para a montagem dos bancos. Essa entidade é financiada com doações privadas e subvenções para pesquisa. O treinamento visa habilitar as alunas a realizar o aconselhamento e ensinar noções básicas de saúde mental, HIV, conduta da ideação suicida, autossuficiência e suporte de grupo.

Desafios e soluções

Fazer a transição do atendimento psiquiátrico hospitalar ao aconselhamento na comunidade

No Zimbábue, a atenção psiquiátrica envolvia apenas a prescrição de medicamentos e o encaminhamento a hospitais psiquiátricos. O serviço instituído como uma alternativa ao tratamento convencional foi mal compreendido e enfrentou a resistência dos prestadores de atenção primária e profissionais de saúde mental. Além disso, a transição ao aconselhamento na comunidade foi difícil. Empregar avós como conselheiras não profissionais foi considerado falta de profissionalismo e pouco ético. Havia muito estigma na comunidade quanto aos problemas de saúde mental.

Para superar esses obstáculos, procurou-se desenvolver o trabalho em colaboração e parceria com as autoridades sanitárias locais e reforçar os serviços existentes. Campanhas de sensibilização foram realizadas na comunidade sobre o serviço, seus benefícios e a saúde mental em geral.

Dificuldades de financiamento

A falta de financiamento nos primeiros quatro anos do serviço foi agravada pela instabilidade econômica do país. Obter financiamento para pôr o serviço em funcionamento foi um dos principais desafios.

Um estudo de prova de conceito demonstrou os benefícios da intervenção, o que atraiu financiadores e permitiu empregar uma equipe forte com profissionais comprometidos a expandir o programa.

Outras prioridades

O sucesso do programa fez com que ele crescesse muito rapidamente e os encarregados pelo aconselhamento psicológico têm tido dificuldade em conciliar suas outras responsabilidades. Devido à ocorrência de surtos de doenças, o serviço teve de ser interrompido, comprometendo o trabalho do pessoal que o mantém funcionando. Foi preciso flexibilizar o trabalho em resposta aos desafios externos; por exemplo, realizar o aconselhamento por telefone durante a pandemia de Covid-19.

Enfrentar a situação socioeconômica geral

A terapia de resolução de problemas é bastante útil a muitas pessoas, mas não pode se esperar que repercuta positivamente nas dificuldades socioeconômicas da população. Pobreza, HIV e violência doméstica não são resolvidos com psicoterapia. Trata-se de um grande desafio. As agentes de saúde disseram que, diante desses problemas, seus clientes ficam impotentes e pessimistas e se desestimulam a comparecer a outras sessões (26). O serviço, portanto, introduziu um componente de geração de renda, inserido no suporte de pares, para dar apoio para lidarem com problemas familiares e outros conflitos interpessoais.

Principais considerações para contextos diversos

Os principais pontos a serem considerados ao implementar ou expandir o serviço em outros contextos incluem:

- contratar pessoal local, como conselheiros não profissionais, o que pode ser mais econômico e culturalmente aceitável;
- garantir pessoal em número suficiente para implementar o programa;
- usar uma abordagem participativa e atraente contemplando a perspectiva e as necessidades dos beneficiários do programa;
- assegurar transporte adequado para o cliente comparecer às sessões e apoio institucional;
- entender a perspectiva e as necessidades dos beneficiários do programa;
- realizar uma avaliação com metodologia científica rigorosa, o que requer a capacitação constante da equipe e parcerias com institutos de pesquisa respeitados;
- publicar avaliações com metodologia científica rigorosa em periódicos com revisão por pares para aumentar a credibilidade no trabalho e garantir o investimento de financiadores e apoio; e
- buscar assessoria de um especialista em comunicação em mídias para divulgar os resultados da pesquisa aos formuladores de políticas, ao público em geral e à comunidade médica e científica internacional.

Mais informações e recursos:

Site:

www.friendshipbenchzimbabwe.org

Vídeos:

The Friendship Bench: grandmothers boost mental health in Zimbabwe (Banco da Amizade: vovós dinamizam a saúde mental no Zimbábue)

<https://www.youtube.com/watch?v=qfSTUHCNocl>

Why I train grandmothers to treat depression (Por que habilitar avós a tratar depressão) | Dixon Chibanda

https://www.youtube.com/watch?v=Cprp_EjVtwA

Contatos:

Dixon Chibanda, diretor-geral, *Banco da Amizade*, Zimbábue.

E-mail: dixon.chibanda@friendshipbench.io

Ruth Verhey, diretora de programa, *Banco da Amizade*, Zimbábue.

E-mail: ruth.verhey@zol.co.zw; ruth.verhey@friendshipbench.io

2.3

Home Focus

West Cork, Irlanda



Classificação primária: serviço móvel na comunidade

Outras classificações:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de saúde mental de base comunitária | <input type="checkbox"/> Serviços móveis de saúde mental na comunidade | <input checked="" type="checkbox"/> Suporte de pares |
| <input type="checkbox"/> Serviço para atenção à crise | <input type="checkbox"/> Serviço de base hospitalar | <input type="checkbox"/> Serviço residencial de apoio para saúde mental |

Oferecido em outros locais:

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|---|

Evidências:

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Literatura publicada | <input checked="" type="checkbox"/> Literatura cinzenta | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
|---|---|----------------------------------|

Financiamento:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sistema público de saúde | <input type="checkbox"/> Sistema público de assistência social | <input type="checkbox"/> Seguro-saúde |
| <input type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | |

Contexto

A Irlanda, apesar de ser um país de alta renda, se caracteriza pelo alto índice de pobreza e carência da população rural que vive em áreas pouco povoadas e marginalizadas (35). A prestação de serviços públicos, inclusive dos serviços de saúde, acompanhou a tendência populacional das últimas décadas e agora está concentrada nas áreas urbanas (36).

West Cork tem uma população de 55 mil habitantes vivendo em áreas dispersas e, devido ao êxodo rural, é a região que possui o maior percentual de idosos no país (37). A infraestrutura de transporte local está estagnada, o que dificulta o acesso aos serviços nos municípios para quem não tem veículo próprio ou não tem condições de dirigir.

O serviço público de saúde mental de West Cork é organizado pelo Serviço de Saúde Mental de West Cork (WCMHS), que integra o serviço nacional de saúde da Irlanda, o *Health Service Executive* (HSE). O componente de saúde mental para adultos do WCMHS está sediado no Centro de Atenção de Saúde Mental e *Recovery* no Hospital Geral de Bantry. São 18 leitos para internação, com atendimento completo de saúde mental para adultos, como emergências em saúde mental, atenção ao idoso e desintoxicação. O serviço também presta atendimento em ambulatórios todas as semanas em seis municípios e dispõe de três equipes pequenas de saúde mental comunitária distribuídas geograficamente. A área de abrangência possui várias unidades residenciais de longa permanência, e dois centros de recursos comunitários estão sediados nos municípios maiores. O serviço de saúde mental para adultos não inclui serviço comunitário de atenção à crise, como atendimento domiciliar ou reabilitação em saúde mental. Os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes são prestados por outro grupo.

O WCMHS trabalha com ONGs locais e nacionais e outros parceiros para encontrar soluções criativas, criando várias intervenções com foco no *recovery* e incentivo ao suporte de pares (38). O serviço de West Cork foi um dos participantes de *Advancing Recovery Ireland*, uma iniciativa do HSE para transformar a cultura e a estrutura organizacional dos serviços para aumentar o foco no *recovery*. West Cork também possui um programa *Open Dialogue* (Diálogo Aberto) há alguns anos, dois grupos de Ouvidores de Vozes e diversas iniciativas artísticas em saúde mental (39, 40).

O *Home Focus* (em casa) foi criado em West Cork em 2006, especificamente, para atender às necessidades de uma população rural dispersa com infraestrutura de transporte deficiente. Essa é uma iniciativa conjunta do WCMHS e de entidades parceiras que oferecem serviços prestados por pessoas com experiência vivida junto com profissionais de saúde mental especializados em treinamento profissionalizante. Trata-se de um serviço complementar ao WCMHS. Embora receba verbas do HSE, as atividades diárias da iniciativa são coordenadas pela Rede Nacional de Aprendizagem (NLN), que faz parte do grupo REHAB (41). É o único serviço com essa finalidade oferecido pela NLN e o único no gênero na Irlanda.

Descrição do serviço

Os objetivos do *Home Focus* em West Cork são: promover a saúde mental e o bem-estar dos moradores; habilitar as pessoas a levar uma vida independente; fortalecer o vínculo das pessoas com suas comunidades; facilitar o acesso a oportunidades de capacitação, educação e emprego; e apoiar as pessoas a planejarem o futuro. O serviço combina iniciativas de apoio domiciliar e comunitário. As intervenções são determinadas de acordo com as necessidades e as circunstâncias da pessoa, não segundo o problema diagnosticado. O serviço trabalha com a filosofia de *recovery*, respeitando o ritmo de cada um, e procura ser prático, confiável e acomodar-se às circunstâncias. Reconhece a importância do suporte de pares.

O *Home Focus* é prestado por um grupo pequeno de profissionais e pares habilitados. Trabalham em esquema de período integral um enfermeiro de saúde mental comunitária e um apoiador em *recovery* e desenvolvimento e, em esquema de meio período, dois instrutores para capacitação reabilitativa e um agente de apoio em *recovery*. O enfermeiro de saúde mental comunitária é um profissional treinado para promover apoio específico em saúde mental às pessoas, e trabalhar com seus familiares e outras redes de apoio. Embora tenha um bom conhecimento dos medicamentos psicotrópicos, ele não está autorizado a prescrever tratamento farmacológico. Os instrutores para capacitação reabilitativa auxiliam com questões de emprego e treinamento e são habilitados em Planejamento de Ações para Recuperação do Bem-estar (WRAP), um programa que visa dar apoio às pessoas para vencerem os desafios de saúde mental e realizarem seus sonhos e metas na vida (42). O agente de apoio em *recovery* é capacitado em terapia com foco no *recovery*, centrada na pessoa em abordagens com base no diálogo, como o *Open Dialogue* e Ouvidores de Vozes. Além do apoio individual, o agente faz a intermediação entre os dois grupos de Ouvidores de Vozes da região.

O apoiador em *recovery* e desenvolvimento é uma função especialmente criada para ser ocupada por alguém com experiência vivida. O apoiador recebeu treinamento no Programa WRAP e em liderança de pares na rede de suporte de pares de Kerry (43). Além de atuar com o grupo, ele trabalha com as pessoas e suas famílias visando o progresso da comunidade e colabora com o *49 North Street* (ver adiante), centros de recursos locais e iniciativas comunitárias, como o mês do bem-estar de Clonakilty. O apoiador está atualmente formando grupos de suporte de pares em outras áreas de West Cork, como Skibbereen, Bantry e Clonakilty.

Os prestadores de serviços do *Home Focus* são qualificados em saúde mental, mas uma boa parte do trabalho que realizam é de caráter geral, buscando encontrar soluções criativas e acomodar o serviço às necessidades dos usuários.

Toda a equipe comparece às reuniões multidisciplinares das três equipes de saúde mental comunitária do WCMHS, o que demonstra plena integração do *Home Focus* com o serviço de saúde mental local. As equipes comunitárias são encarregadas de todos os encaminhamentos ao *Home Focus* e o contato entre as ONGs e os serviços comunitários de apoio e voluntários reforça a atuação colaborativa.

Quem tiver interesse e vontade de utilizar o serviço é aceito se um ou mais destes critérios forem preenchidos:

- história de internação frequente/não planejada em serviços psiquiátricos (duas ou mais internações em 12 meses);
- crise aguda recente de saúde mental;
- isolamento social e comprometimento da capacidade de realizar as atividades da vida diária dentro da comunidade;
- padrão de utilização esporádica dos serviços; ou
- dificuldade de comparecer ou acessar serviços de saúde mental ou de deficiência, como consultas psiquiátricas ambulatoriais e enfermeiro de saúde mental comunitária, ou centros de capacitação.

O *Home Focus* não se destina a dar apoio a pessoas cujo principal problema é o uso de substâncias químicas nem a quem têm acesso a outros cursos de capacitação da rede nacional de aprendizagem. Porém, existe o compromisso em procurar acomodar e avaliar individualmente cada usuário. O serviço é disponibilizado para aqueles que utilizam tratamentos voltados à saúde mental. Se a pessoa não é admitida no serviço, ela continua a receber apoio da equipe comunitária. Até o momento, ninguém foi convidado a deixar o serviço e os que saem são encaminhados de volta à equipe comunitária. O encaminhamento é necessário para entrar no serviço e quem tiver interesse pode pedir à equipe comunitária para ser encaminhado.

O serviço funciona das 9h às 17h, em dias úteis. O período de prestação de apoio varia entre três e 18 meses. A equipe tem um orçamento para trabalhar simultaneamente com até 34 pessoas e admite 23 novos usuários ao ano (44). A frequência de acompanhamento e apoio individual depende exclusivamente da necessidade de cada um. Os membros da equipe são valorizados por serem confiáveis e dedicarem seu tempo aos usuários do serviço. Como disse um dos participantes: “*Nem tenho como dizer o quão importante é saber que tenho essa conexão aí, sabe, eles cumprem com a palavra e vêm até a gente conversar e passam duas a três horas, se necessário, até as coisas ficarem resolvidas. Os problemas que tive na segunda-feira, que eu queria conversar com o psiquiatra, já não sinto que são tão urgentes assim hoje.*” (44)

As intervenções envolvem:

- trabalhar a saúde mental individual e familiar enfocando os pontos fortes;
- incentivar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, literacia, habilidades sociais, estabelecer metas, resolver conflitos e lidar com o estresse;
- dar apoio e orientação para manejar os medicamentos e, se necessário, servir de intermediário entre o usuário e o psiquiatra caso haja mudança na medicação;
- ajudar com o acesso a oportunidades de educação e capacitação, inclusive treinamento domiciliar;

- dar ajuda prática e orientação para integração na comunidade, atividades sociais e interesses pessoais;
- ajudar a participar de grupos de suporte de pares, como Alcoólicos Anônimos (45); GROW (entidade comunitária que oferece um plano de *recovery* de 12 passos) (46); *Shine* (ONG irlandesa que apoia pessoas com condições de saúde mental e suas famílias (47) e Ouvidores de Vozes da região;
- ajudar a comparecer a consultas de assistência social, clínica geral e serviços de moradia, entre outros;
- ajudar a solicitar subsídios, auxílio-moradia e oportunidades de emprego e candidatar-se a capacitação, emprego, contratos de locação e benefícios;
- ajudar a participar de atividades culturais e artísticas da região de West Cork, como atuar na iniciativa *49 North Street* (ver adiante); e
- ajudar a participar de atividades na comunidade, como grupos de caminhadas e jardinagem.

Desenvolvimento da comunidade: Rede de Bem-estar e 49 North Street

O HSE, WCMHS e NLN recentemente criaram a Rede de Bem-estar em colaboração com a comunidade de artistas e músicos de West Cork. Ela oferece várias iniciativas de saúde física e mental (48) e incentiva projetos comunitários inclusivos que promovem o bem-estar, com participação aberta a todos na comunidade (49).

A equipe do *Home Focus*, sobretudo o apoiador em *recovery* e desenvolvimento, trabalha com essa comunidade para criar um espaço inclusivo onde as pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial possam participar coletivamente de projetos artísticos e terapêuticos. Um exemplo é o *49 North Street* (50), um espaço de aprendizagem em que se desenvolvem atividades terapêuticas, expressão criativa e diversidade. A filosofia do projeto está em correr riscos, fortalecer os pontos fortes de cada um e cooperar para criar uma comunidade que estimule a *recovery* e o bem-estar. Coro comunitário, banda de *rock*, oficina de música e de contar histórias, meditação, grupos de caminhada e jardinagem, oficina de artes, curso de língua irlandesa e orquestra de percussão (51) são algumas das atividades realizadas atualmente. Elas são abertas a todos, mas as pessoas com condições de saúde mental são incentivadas a participar. Um dos grupos de suporte de pares, criado pelo apoiador em *recovery* e desenvolvimento da equipe *Home Focus*, também se reúne no espaço do *49 North Street*.

O apoiador em *recovery* e desenvolvimento se dedica especialmente a criar várias outras iniciativas de inclusão comunitária. O Festival Anual de Artes de Skibbereen e o Festival de Comida de West Cork são eventos que agora incorporam uma dimensão de saúde mental buscando eliminar barreiras à participação de pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial (52).

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

O serviço tem o compromisso de apoiar as pessoas a fazer escolhas e tomar decisões. Cada futuro usuário deve assinar um termo de direitos e responsabilidades que afirma “que os usuários do serviço participam de todo o processo para tomar decisões sobre o próprio futuro”. E que eles sempre serão “ajudados a fazer escolhas esclarecidas” quanto aos tratamentos e às intervenções.

O usuário do serviço prepara um plano de ação individual estabelecendo metas e prioridades pessoais com o apoio de um membro da equipe. O plano ajuda o usuário a deliberar sobre a própria vida, escolher os serviços que gostaria de receber e a conduta a ser adotada em caso de crise. Os planos de crise do Programa WRAP (42) também servem a esse propósito. Embora na Irlanda as diretivas antecipadas de vontade não tenham caráter vinculativo, o plano de ação individual e os planos de crise do Programa WRAP são respeitados e cumpridos pelo serviço de West Cork. Esse plano é reavaliado de seis em seis meses.

Práticas não coercitivas

A participação no *Home Focus* é voluntária. Quem deixa de frequentar o serviço não é penalizado e a participação não está condicionada à adesão ao tratamento medicamentoso. O usuário recebe apoio e decide se deve tomar os medicamentos, considerar outras opções de tratamento, solicitar a revisão do plano de medicamentos ou, se for o caso, pedir ajuda para reduzir gradualmente a medicação. Não se insiste para que a pessoa frequente outros serviços, como psicoterapia, terapia ocupacional ou assistência social.

A equipe do *Home Focus* procura resolver conflitos e está qualificada no uso de técnicas e enfoques diversos para evitar a escalada do conflito, como *SafeTalk* (53), *Assist* (54) e WRAP. O serviço se baseia na filosofia de “dá para fazer”, apoiando o usuário nas suas escolhas para evitar maior frustração e sofrimento mental. Porém, houve casos de usuários do serviço que tiveram de ser internados contra a própria vontade. A decisão da internação involuntária não é tomada pela equipe do *Home Focus*, mas pelos familiares do usuário, clínico geral e psiquiatra do hospital em Bantry.

Inclusão comunitária

O *Home Focus* visa a inclusão comunitária. O usuário do serviço é incentivado a tomar parte em atividades na própria comunidade, como capacitação, trabalho, atividades culturais e de interesse pessoal e promoção da saúde, como caminhar e nadar. Ele recebe ajuda para planejar o próprio orçamento e, quando apropriado, solicitar benefícios.

Se necessário, a equipe do serviço auxilia a encontrar uma moradia alternativa. Se houver interesse, também ajuda a buscar cursos formativos e de capacitação, emprego e atividades sociais.

A equipe se esforça em aproximar as pessoas das suas famílias e comunidades, ajudando o usuário a expandir sua rede de relacionamentos. O objetivo é intervir cada vez menos à medida que a pessoa adquire confiança e independência e está mais integrada na comunidade.

O serviço serve de ponte entre o Conselho do Condado de Cork e entidades comunitárias, como centros de recursos comunitários, fundação de saúde mental de Cork, GROW (46), Grupo de Bem-estar de Clonakilty, Novas (55) e agricultura social (56). O *49 North Street* é um projeto comunitário de inclusão que visa eliminar barreiras à participação de pessoas com condições de saúde mental, permitindo que tomem parte em atividades criativas, eventos e festivais na comunidade.

Participação

O apoiador em *recovery* e desenvolvimento da equipe do *Home Focus* é uma pessoa com experiência vivida que passou por um curso de capacitação profissional de oito semanas em facilitação por pares e coordena os grupos de suporte de pares de West Cork. Vários moradores locais qualificados nesse

programa se reúnem regularmente para apoio mútuo e planejar ações. O apoiador também dedica parte do seu tempo aos usuários do serviço, tirando proveito da própria experiência e procurando ter flexibilidade no trabalho.

A equipe do *Home Focus* e os dois grupos de Ouvidores de Vozes desenvolvem um trabalho colaborativo em West Cork, contando com um facilitador que atua em ambos os grupos.

Um dos parceiros que ajudou a instituir o *Home Focus* foi a Rede Irlandesa de Promoção de Causa, criada e gerida por pessoas com experiência vivida. Há representação de pares em todos os níveis administrativos do WCMHS que contribuem com os gestores do serviço *Home Focus*.

Abordagem de Recovery

O serviço trabalha com foco explícito no *recovery*. Procura fortalecer os pontos fortes da pessoa e criar um plano de *recovery* de acordo com o que ela almeja para o futuro. A equipe dá prioridade ao relacionamento de apoio e respeito e trabalha de maneira flexível. Todas as atividades do programa visam promover o relacionamento, a esperança, a identidade, a atuação significativa e o empoderamento (57).

A equipe emprega o método WRAP ao ajudar o usuário do serviço a planejar sua jornada de *recovery*. O apoiador em *recovery* e desenvolvimento também está encarregado de desenvolver e apoiar várias iniciativas comunitárias para reforçar essa jornada.

Avaliação do serviço

Em 2008, uma avaliação qualitativa do serviço foi realizada pelos pesquisadores do Departamento de Estudos Sociais Aplicados da *University College Cork* (UCC) (44). Foram entrevistados 14 participantes, além de funcionários e outros envolvidos, para avaliar o impacto da intervenção nos usuários, nos prestadores do serviço e na comunidade como um todo.

O serviço surtiu ótimos resultados. As temáticas identificadas nas entrevistas qualitativas foram: inspirar esperança; ser tratado com respeito; ser ouvido; ser valorizado, ter escolhas, tempo e disponibilidade do pessoal; bem como a constância do trabalho do pessoal e a continuidade da atenção.

Vale destacar que 89% dos entrevistados relataram melhora nas funções pessoal e social, sobretudo na tomada de decisão e qualidade do sono, interações mais positivas com familiares e redes de relacionamentos e reforço nas habilidades sociais; 72% informaram maior participação social, como utilizar o transporte pessoal e público ou participar de atividades físicas locais; e 71% disseram levar uma vida mais independente. Por exemplo, eles informaram ter se mudado para uma moradia independente e adquirido mais confiança ao fazer compras e maior conhecimento sobre seus direitos e benefícios. Sessenta e nove por cento informaram ter havido melhora da saúde mental com redução da ideação paranoide e suicida; entendiam melhor o tratamento medicamentoso; e melhoraram sua capacidade de falar sobre problemas de saúde mental. Por fim, 40% informaram ter um vínculo mais forte com os grupos comunitários e as entidades de apoio. Os pesquisadores verificaram que os participantes valorizaram sobretudo o tempo que a equipe dedicava a eles, a flexibilidade no trabalho e o apoio prático prestado.

O pessoal do *Home Focus* também salientou a liberdade de atuar de forma individualizada na recuperação. “Pessoas com o mesmo diagnóstico no papel têm jornadas de recuperação completamente distintas (...) e, se para alguns ajuda abordar o passado, para outros pode ser o que há de pior. O caráter e a flexibilidade do projeto é que permitem lidar com algumas das situações”, afirmou um membro da equipe (44).

Os pesquisadores verificaram que a parceria entre serviços públicos, ONGs e entidades de promoção de causa produziu resultados muito positivos nas relações entre os diferentes serviços.

O serviço foi avaliado pelo Órgão de Supervisão de Serviços de Saúde Mental em 2011, que descreveu a equipe do *Home Focus* como “inovadora na composição dos membros e na prestação dos serviços”. Ressaltou que o aspecto distintivo do serviço era sua “capacidade de prestar um serviço efetivamente com foco no *recovery*, e não ser apenas algo da boca para fora”. A equipe interinstitucional demonstrou flexibilidade e capacidade de resposta em diversos domínios psicossociais e prestou assistência centrada na pessoa. A atuação profissional, intervenções com base no diagnóstico ou o trabalho fragmentado das entidades não interferiu na flexibilidade (37).

O serviço obteve reconhecimento nacional como exemplo de boas práticas, com destaque ao suporte de pares como modelo a outros serviços (58).

Custos e comparações de custo

O serviço é totalmente financiado por meio do HSE e o custo anual aproximado é de € 260 mil (US\$ 313.394^d) (€ 7.600, ou US\$ 9,162, por pessoa por ano^h). Esse montante cobre a folha de pagamento e outros gastos empregatícios, taxas do curso de capacitação, materiais de treinamento, licenças de *software* e produtos de TI (tecnologia da informação), subsídios da comunidade, despesas relacionadas a viagens e transporte para cobrir uma grande área de abrangência do serviço e custos administrativos e operacionais gerais. O serviço é gratuito ao usuário e nada é cobrado das seguradoras de saúde.

Desafios e soluções

Desafios financeiros

O término da fase inicial do projeto-piloto coincidiu com a crise econômica de 2008, o que acarretou grande dificuldade de obter financiamento. Este enorme obstáculo foi vencido com o esforço incansável e a confiança na abordagem do programa que, após uma série de tentativas, conseguiu convencer as autoridades a prosseguir financiando o projeto. A avaliação independente da fase-piloto foi fundamental para garantir o apoio contínuo dos gestores. O apoio político e da comunidade local e a colaboração entre o HSE e a NLN foi essencial para garantir a sobrevivência do serviço durante um período de austeridade quando muitos outros serviços foram cortados no país.

Aumentar a confiança na Abordagem de Recovery

Um contingente significativo do pessoal nos serviços de saúde mental e usuários desses serviços resistiram em aderir ao foco no *recovery*. A existência de um grupo de coordenação não hierárquico formado por diversos funcionários permitiu vencer os primeiros desafios. Ademais, o serviço se empenhou ativamente em melhorar o relacionamento com aqueles já existentes, como serviços públicos

h Câmbio da moeda em março de 2021.

e ONGs de atuação local. A equipe do serviço participou de reuniões com equipes multidisciplinares locais de saúde mental e recebeu pacientes encaminhados por esse pessoal e *feedback* direto. O serviço também trabalhou com outras iniciativas, como o *Open Dialogue* e grupos Ouvidores de Vozes, que também atuam com foco em *recovery*. Isso fez com que a abordagem ganhasse credibilidade e ajudou a criar uma forte união nessa área, ajudando a sustentá-la.

Superar os desafios de infraestrutura

Um dos principais obstáculos foi a logística para prestar serviços em uma área extensa com infraestrutura precária. A má qualidade das estradas rurais e a infraestrutura limitada de transporte público continuam problemáticos. Para procurar contornar isso, o serviço se associou a iniciativas de transporte local, como Transporte Rural de West Cork, e organizou um esquema de transporte com outras entidades.

Principais considerações para contextos diversos

Os principais pontos a considerar ao implementar ou expandir o serviço em outros contextos são:

- realizar reuniões periódicas com a equipe do serviço para ajudar a preservar a filosofia e os ideais do programa;
- utilizar a estrutura CHIME (relacionamento, esperança, identidade, atuação significativa e empoderamento) para conceitualizar os resultados quando é difícil realizar a avaliação de custo-benefício em serviço centrado na pessoa;
- empregar o modelo de equipe comunitária flexível ao combinar componentes de profissionalização e saúde mental;
- ser criativo e aberto à colaboração com outras entidades e grupos comunitários para chegar às pessoas e famílias que precisam de ajuda;
- ter um membro da equipe com experiência vivida é um importante diferencial porque permite validar o foco em *recovery* e legitima o trabalho da equipe com pares e iniciativas locais por pares; e
- realizar sessões de prática reflexiva e reuniões periódicas da equipe para apoiar e manter a filosofia e os ideais do serviço.

Outras informações e recursos:

Contato:

Kathleen Harrington, gerente de área, Rede Nacional de Aprendizagem, Bantry, Condado de Cork, República da Irlanda.

E-mail: kathleen.harrington@nln.ie

Jason Wycherley, Rede Nacional de Aprendizagem, Donemark, Bantry, Condado de Cork, República da Irlanda.

E-mail: Jason.wycherley@nln.ie

2.4

Naya Daur

Bengala Ocidental, Índia



Classificação primária: serviço móvel na comunidade

Outras classificações:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de saúde mental de base comunitária | <input type="checkbox"/> Serviços móveis de saúde mental na comunidade | <input type="checkbox"/> Suporte de pares |
| <input type="checkbox"/> Serviço para atenção à crise | <input type="checkbox"/> Serviço de base hospitalar | <input checked="" type="checkbox"/> Serviço residencial de apoio para saúde mental |

Oferecido em outros locais:

- | | |
|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|---|------------------------------|

Evidências:

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Literatura publicada | <input checked="" type="checkbox"/> Literatura cinzenta | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
|---|---|----------------------------------|

Financiamento:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sistema público de saúde | <input type="checkbox"/> Sistema público de assistência social | <input type="checkbox"/> Seguro-saúde |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | |

Contexto

Calcutá é a capital do estado de Bengala Ocidental no nordeste da Índia. Catorze milhões de pessoas vivem na região metropolitana, uma área de alta densidade populacional (59). Na cidade, dois hospitais psiquiátricos e seis hospitais-escola prestam serviços de saúde mental, além das ONGs (60). Não existe um programa público de base comunitária e cabe à pessoa e sua família obter acesso a intervenções de saúde mental (59). Estima-se que 70 mil pessoas vivem nas ruas da cidade com elevado percentual de problemas de saúde mental.

A ONG Iswar Sankalpa serve os moradores da cidade. Criada em 2007, a entidade presta serviços à população que vive nas ruas com problemas crônicos de saúde mental e deficiência psicossocial (61). O programa comunitário *Naya Daur* (nova era) foi o primeiro projeto da Iswar Sankalpa e continua sendo o principal. Vários outros serviços foram criados em colaboração com a polícia, o governo local e a divisão de saúde e família, e divisão de bem-estar social de Bengala Ocidental, como um centro de atendimento de saúde geral e uma unidade de emergência. Com a ajuda do governo municipal, foi criado, em 2010, o Sarbari, um abrigo feminino para pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial e, em 2015, o Marudyan, um abrigo masculino. Em 2018, com a cooperação das autoridades locais, o *Naya Daur* se expandiu a 20 distritos em Calcutá.

O *Naya Daur* não faz parte do sistema oficial de saúde mental, mas coopera com o sistema público de saúde, autoridades municipais e polícia e tribunais de justiça da cidade (62). O serviço negociou a abertura de um espaço para atendimento geral de clientes dentro da delegacia de polícia de Hastings, melhorando a atenção de saúde mental oferecida com respeito à autonomia das pessoas em situação de rua.

Descrição do serviço

O objetivo principal do *Naya Daur* é prestar apoio, tratamento e atenção a pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental ou deficiência psicossocial para sua inclusão na comunidade.

O programa se pauta no princípio básico de que ninguém deve ser forçado a se mudar do bairro onde vive para receber tratamento. A finalidade é criar um relacionamento significativo com os membros da comunidade, evitar a segregação e os maus-tratos e dar apoio para que essas pessoas levem uma vida digna e com propósito.

O *Naya Daur* atualmente presta serviços a 60 distritos municipais de Calcutá com uma equipe multidisciplinar formada por dez assistentes sociais, dois psiquiatras, dois conselheiros, um coordenador, funcionários de apoio e um motorista. Até agosto de 2020, haviam sido prestados serviços a mais de três mil pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental ou deficiência psicossocial (62, 63).

Qualquer pessoa em situação de rua com problemas de saúde mental ou deficiência psicossocial é aceito no programa. Porém, as exceções são os que circulam por vários bairros, têm comportamento agressivo ou violento ou problemas de saúde sérios que não permitem o apoio na comunidade (por exemplo, uma infecção que requer atendimento) e os que recusam os serviços oferecidos por mais de três meses.

A equipe multidisciplinar do *Naya Daur* trabalha para atrair e construir um relacionamento com pessoas em situação de rua com idade entre 16 e 80 anos. O trabalho de atração, feito com o consentimento da pessoa, pode levar vários meses e o objetivo é criar um vínculo. A equipe faz exames periódicos de saúde física e mental, oferece roupas, alimentos, acesso a benefícios e visitas por conselheiros e assistentes sociais. Os agentes de campo, em consulta com os profissionais da saúde mental, procuram identificar os clientes dentro da área de abrangência, ou seja, quem parece, ou expressa, ter necessidades de apoio de saúde mental e pode beneficiar-se dos serviços.

Se o cliente consente, um esforço é feito para forjar um relacionamento por meio de conversas, provisão de alimentos, serviços de higiene pessoal e atenção médica quando necessário (64). Em duas semanas, após o consentimento para receber os serviços do *Naya Daur*, os novos clientes passam por uma avaliação completa de saúde mental realizada pelo psiquiatra da entidade. Essa avaliação é feita no local onde a pessoa vive. As atividades de reabilitação e *recovery* são iniciadas, com o planejamento de metas para *recovery* e intervenções de inclusão social. O tratamento medicamentoso também é conversado e prescrito para quem aceita tomar medicamentos. Porém, às vezes, é preciso negociar a internação hospitalar, por exemplo, quando ele causa danos a si mesmo ou aos outros, necessita de atenção médica urgente, faz uso de substâncias químicas que causam sérios danos à saúde ou não apresenta melhora com o apoio comunitário. A internação normalmente ocorre com o apoio dos membros da comunidade que são conhecidos da pessoa. De acordo com a experiência do pessoal do programa, a internação involuntária pode ser evitada com uma conversa franca dando espaço para a pessoa decidir.

O trabalho voluntário é essencial ao *Naya Daur*. Os voluntários que ajudam com apoio adicional ao cliente são residentes do bairro. Eles não são pagos e, em geral, não têm qualificação profissional; costumam ser donos de barraquinhas de venda, restaurantes ou lojas nas ruas de Calcutá. Eles normalmente conhecem a pessoa, preocupam-se com ela, mas não sabem como poderiam ajudá-la.

Ao entrarem no *Naya Daur*, os voluntários adquirem segurança para oferecer apoio prático e pessoal. A responsabilidade de prestar apoio é dividida entre a equipe multidisciplinar, o cliente e os voluntários da comunidade. Eles são treinados e supervisionados pelos agentes comunitários de saúde. Eles aprendem a atender as necessidades básicas do cliente, realizar psicoeducação, ajudar no manejo dos medicamentos, auxiliar o cliente a ter acesso a serviços públicos de saúde e facilitar sua integração social com a oferta de abrigo ou emprego. Na maioria das vezes, o treinamento é realizado onde o

cliente e o voluntário residem e ministrado por meio de diálogo e discussão. Os voluntários aprendem a responder de maneira apropriada ao comportamento que é difícil de entender às vezes e praticam ter paciência na comunicação. Também são convidados a participar de reuniões com outros prestadores de atenção visando estimular o suporte de pares (64).

O cliente interessado tem acesso aos centros diurnos e atividades. Ele pode receber apoio para trabalhar, ser empregado pelos voluntários comunitários e é consultado sobre a possibilidade de encontrar-se com sua família, mediante o consentimento de ambas as partes. Caso seja solicitado, o cliente é encaminhado ao abrigo temporário feminino ou masculino (Sarbari e Marudyan), onde recebe serviços básicos de alimentação, água, roupas, material de higiene e espaço para dormir. Diversas intervenções biopsicossociais são oferecidas. No abrigo, assistência é normalmente oferecida às clientes em risco de maus-tratos e violência de gênero na comunidade. O pessoal continuamente reavalia o risco e toma providências se acredita que há risco à segurança e ao bem-estar de uma cliente.

As atividades paralelas do serviço incluem seminários mensais de conscientização sobre saúde mental e vivência nas ruas com o objetivo de combater o estigma e sensibilizar a comunidade quanto às dificuldades diárias enfrentadas por essa população. As jornadas de conscientização são ministradas em espaços comunitários próximos ao local onde os clientes do *Naya Daur* residem.

O pessoal do *Naya Daur* recebe treinamento e orientação rigorosa conforme o procedimento operacional padrão definido (64). Eles acompanham a equipe mais experiente nas visitas de campo e assistem a aulas práticas para conhecerem a fundo os passos da intervenção: construir empatia; reconhecer sinais e sintomas; realizar atendimento e intervenção psicossocial; desenvolver prática centrada no cliente; utilizar medicamentos e quais são os efeitos colaterais; bolar estratégias para enfrentar os desafios; desenvolver prática em liderança para formar uma rede de contatos e relacionamento com as partes interessadas; exercer comunicação não violenta; e trabalhar na formação de equipes e *mindfulness* (atenção plena). Além do treinamento e reforço continuados, os prestadores de atenção na comunidade participam de um curso anual para saberem identificar os clientes em potencial, lidar com o estresse do trabalho de cuidador e conscientizar a comunidade da necessidade de auxiliar as pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial (65). Outros tópicos a serem futuramente incluídos no treinamento são técnicas de exame físico e estratégias para atrair voluntários e interessados.

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

O preceito central do *Naya Daur* é a autonomia do cliente. Respeitar suas vontades e preferências é primordial ao prestar os serviços. Quem opta por utilizá-lo não precisa deixar o local onde vive nas ruas para receber atenção e apoio. Os mais vulneráveis que precisam de atendimento urgente são encaminhados a um abrigo – que faz parte de outro programa – ou ao hospital. Se a pessoa não concorda, ela não é forçada e continua-se negociando. Os clientes decidem como será o processo de *recovery* e se querem interagir com o assistente social e obter ajuda. Qualquer decisão e intervenção depende inteiramente da escolha do cliente: ele decide se quer aceitar alimentos e medicamentos, como interagir com a equipe e o grau de ajuda prestada, se será feito o contato com seus familiares e se quer trabalhar.

O pessoal é orientado, habilitado e avaliado trimestralmente pela equipe mais experiente para garantir o respeito à capacidade jurídica do cliente na prestação do apoio. Qualquer contato e tudo o que é

comunicado e observado por ele são registrados. A equipe prepara o plano de atenção individual junto com o cliente, auxiliando-o a tomar cada decisão, em um processo de consentimento esclarecido. O plano individual é elaborado com base nas metas pessoais do cliente e reavaliado trimestralmente para aferir o progresso. Se necessário, as metas e o plano podem ser alterados. A equipe entende que o cliente pode não ser capaz de tomar certas decisões em algumas circunstâncias; e verifica constantemente se houve mudança nas preferências e, se for o caso, informa as decisões do cliente às partes interessadas. A equipe multidisciplinar discute os casos e realiza reavaliações trimestrais e uma avaliação anual das necessidades de cada cliente, incorporando a vontade e as preferências dele ao plano de apoio e tratamento.

Não existe uma orientação oficial de como lidar com uma crise ou situação em que o cliente não tem condições de tomar uma decisão. A equipe procura observar os sinais não verbais e a linguagem corporal, e leva em consideração o conhecimento do caso, para interpretar da melhor maneira possível a vontade e as preferências do cliente. Eles anotam todos os detalhes da crise e examinam o problema, que é sempre discutido com o cliente; cada caso serve de lição para aprender a como lidar melhor com crises futuras. Existe um plano para documentar as diretivas antecipadas da vontade de todos os clientes em cumprimento à Lei de Assistência de Saúde Mental da Índia.

Práticas não coercitivas

A filosofia básica do programa é proporcionar atenção e apoio na comunidade. Até mesmo o psiquiatra atende os clientes nas ruas. O processo para criar uma relação de confiança e entendimento mútuos é lento, o que permite à pessoa em situação de rua interagir com o assistente social no seu próprio ritmo. O cliente pode desligar-se do programa ou retirar seu consentimento, quando quiser. A inscrição no programa é feita com o consentimento da pessoa, que comunica a própria vontade de forma verbal ou não verbal, o que às vezes é necessário porque podem falar um dialeto ou idioma distinto ou ter um problema sério de saúde física ou mental.

Sempre que possível, procura-se evitar o encaminhamento a serviços que utilizam práticas coercitivas (por exemplo, hospitais) e a internação involuntária. Caso seja necessário, a situação é explicada ao cliente de antemão. Os voluntários comunitários aprendem práticas não coercitivas e a importância de não recorrerem à coerção em oficinas de sensibilização e sessões individuais de psicoeducação e supervisão. O trabalho de apoio do voluntário é supervisionado e monitorado para garantir a segurança do cliente.

As dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental são discutidas pela comunidade em oficinas de sensibilização. Essas atividades visam ajudar a comunidade a entender melhor os problemas vivenciados e evitar o uso da força. O assistente social recorre à rede de relacionamentos e de apoio da pessoa em situação de rua dentro da comunidade, como os voluntários, para evitar a coerção e conhecer a história pessoal e de saúde do cliente. Em um caso recente, o voluntário negociou com os agentes da polícia ferroviária e conseguiu evitar a internação involuntária de um cliente. Outros membros da comunidade intervieram para evitar a agressão de um cliente por um grupo de homens à noite.

Inclusão comunitária

Os cuidadores são selecionados na comunidade para coordenar a atenção e o apoio prestado no *Naya Daur*. Quando a pessoa em situação de rua se sente disposto e tem condições de trabalhar,

ele é empregado em lojas e pequenas empresas na comunidade. Os agentes comunitários de campo e conselheiros fazem visitas mensais aos clientes e se encontram com os cuidadores para lhe dar apoio e ajudar a resolver questões práticas.

Se o cliente está em situação de rua em um local bem distante da sua antiga residência, é feita a intermediação para marcar um encontro familiar com o consentimento mútuo das partes. No estágio final da intervenção do *Naya Daur*, procura-se fazer a ponte com os cuidadores da comunidade, transferindo-se a tarefa de prestar apoio diário e social aos clientes dos agentes comunitários aos voluntários. Uma rede de atenção é criada para coordenar o trabalho dos serviços de saúde, funcionários locais, polícia, ONGs, prestadores de assistência e membros comunitários.

O *Naya Daur* também atua em defesa dos direitos dos clientes, solicitando benefícios e assistência de saúde. O serviço forma um vínculo direto com a comunidade por meio de programas de conscientização em postos de saúde, escolas, faculdades e clubes locais de jovens. Também ajuda a sensibilizar a comunidade sobre a situação de vida das pessoas vivendo nas ruas, a deficiência psicossocial e a saúde mental em geral.

Participação

Muitos ex-clientes do *Naya Daur* assumem a função de dar suporte de pares e alguns até mesmo prestam cuidados a novos clientes. As opiniões e o *feedback* dos clientes são incorporados de modo informal ao planejamento e à execução dos serviços. Porém, o serviço não tem instrumentos, métodos ou políticas formais para incluir os clientes como empregados ou utilizar o *feedback* recebido para aperfeiçoar o serviço ou solucionar problemas.

Abordagem de Recovery

A abordagem integral com foco em *recovery* utilizada pelo *Naya Daur* põe a pessoa no centro do processo de atenção visando promover a recuperação social e resolver as queixas de saúde. As pessoas em situação de rua com condições de saúde mental e deficiência psicossocial recebem auxílio em todas as esferas da vida. A comunicação diária é objetiva e serve para motivar o cliente a tomar decisões para ter boa saúde, domínio da própria vida e esperança no futuro. A equipe trabalha sobre os pontos fortes do cliente e as interações visam ajudá-lo a identificar os recursos disponíveis – materiais ou sociais – e os pontos fortes e aptidões a serem desenvolvidos. Os conselheiros e os cuidadores habilitados fazem rondas quase que diariamente para dar orientação motivacional e apoio. Eles costumam fazer intencionalmente revelações pessoais, partilhando suas experiências, dificuldades e conquistas, para dar esperança, melhorar a autoaceitação e ajudar o cliente a ter metas de vida. O processo para obter benefícios, restabelecer relacionamentos familiares e sociais e garantir o próprio sustento na comunidade permite ao cliente reintegrar-se na vida comunitária.

Avaliação do serviço

Uma análise do *Naya Daur* realizada entre 2007 e 2011 pela Iswar Sankalpa reuniu estudos de casos de clientes reabilitados e estatísticas sobre o serviço (62). Não há uma avaliação ou pesquisa de opinião dos clientes, mas existem informações sobre as pessoas atendidas, reintegradas e que conseguiram moradia. No período considerado, 1.015 clientes do serviço receberam alimentos, 765, roupas e serviços de higiene pessoal, 615, atenção médica e 69, moradia. De 2011 a agosto de 2020, o serviço manteve contato com 2.003 pessoas em situação de rua, dos quais 65% foram diagnosticados com

problemas de saúde mental, na sua maioria psicose. Medicamentos e serviços de aconselhamento foram fornecidos a 1.122 clientes e 197 obtiveram moradia. Em média, por ano, 90 a 100 clientes de rua recebem o apoio de prestadores de assistência comunitários ([Das Roy S], [Iswar Sankalpa], dados inéditos, [2021]). O *Naya Daur* conta hoje com 250 prestadores de assistência comunitários e pretende expandir esse círculo de atenção.

Custos e comparações de custo

O *Naya Daur* gasta 107 rupias por pessoa ao dia (US\$ 1,50 por diaⁱ ou US\$ 45 por mês), em comparação a US\$ 60 mensais por pessoa nos abrigos geridos pela Iswar Sankalpa (66) e US\$ 150 mensais por pessoa para o apoio institucional em centros particulares mais caros. Todas as estimativas de custo cobrem alimentos, medicamentos, tratamento, materiais de higiene, roupas, recursos humanos e despesas gerais (67) ([Das Roy S], [Iswar Sankalpa], comunicação pessoal, [2020]).

Os custos do serviço são baixos, porque em vez de utilizar recursos tradicionais de saúde mental, como psiquiatras, psicólogos e hospitais, o modelo comunitário criou um serviço basicamente formado por assistentes sociais que atendem os clientes no local onde vivem e transmitem conhecimentos básicos aos membros da comunidade para esse apoio diário. Até mesmos os comerciantes de rua pobres que participaram do *Naya Daur* sentiram-se gratificados em contribuir para ajudar outras pessoas na comunidade. Formar uma comunidade horizontal contribuiu para reduzir parte das despesas do projeto, diminuindo a necessidade e o custo de um programa formal profissionalizante ou de reintegração no mercado de trabalho em comparação aos serviços de abrigo.

Os clientes de *Naya Daur* não pagam pelos serviços. No entanto, quando passam a ganhar dinheiro e conseguem suprir suas necessidades básicas de alimentação, material de higiene e roupas, o auxílio dado pelo serviço é reduzido. Mais de 60 clientes do serviço obtiveram acesso a benefícios concedidos pelo governo desde 2015.

As análises comparativas de custo indicam que esse modelo de apoio na comunidade consome menos recursos e é uma abordagem mais receptiva para auxiliar as pessoas em situação de rua com deficiência psicossocial. O serviço é atualmente financiado por entidades privadas, como *Hope Foundation*, iniciativas filantrópicas Azim Premji e *Tides Foundation*.

Desafios e soluções

Falta de conscientização sobre a ausência de moradia

Uma das maiores dificuldades do serviço foi a incapacidade, por parte das autoridades, de reconhecerem que existia uma população em situação de rua com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial. Ninguém conhecia a dimensão do problema por falta de dados. Nenhum dos setores do governo assumiu a responsabilidade de dar atenção a essa população; o setor de assistência social alegava que pessoas com condições de saúde mental estavam fora da sua competência e a divisão de saúde informou que, se uma pessoa não era capaz de dar o próprio nome, ou do pai ou marido, ou o próprio endereço, ela não podia receber tratamento nos serviços de saúde.

Várias estratégias foram testadas para contornar esses problemas. Uma pesquisa ponto a ponto foi realizada em 144 distritos da cidade de Calcutá para identificar as pessoas em situação de rua com

ⁱ Câmbio da moeda em 2021.

problemas de saúde mental, sendo identificadas 466 pessoas. Além disso, descobriu-se que existia uma disposição na Lei de Saúde Mental de 1987 que estabelecia que a polícia era responsável por essa população. Assim, o serviço passou a trabalhar com o Comissariado de Polícia. Foi solicitada uma autorização do prefeito da cidade para criar um abrigo noturno feminino e, nesse meio tempo, a Suprema Corte da Índia determinou a criação de abrigos noturnos em todas as cidades do país. O prefeito concordou e, em 2010, foi inaugurado o primeiro abrigo especial para pessoas em situação de rua com deficiência psicossocial.

Vencendo a desconfiança da comunidade

Os membros da comunidade demonstraram ceticismo e até mesmo desconfiaram das intenções do serviço. Alguns questionaram os medicamentos receitados, enquanto outros queriam que as pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental fossem retiradas das ruas e institucionalizadas.

O serviço pacientemente respondeu a esses questionamentos com informações ao público. O trabalho com as partes interessadas da comunidade trouxe resultados com o tempo. Além disso, como estratégia, foi convocado um médico para esclarecer o uso de medicamentos. Cultivar um espírito de filantropia entre as pessoas que ganhavam o sustento nas ruas foi também vital para o sucesso do projeto.

Assegurar o financiamento

O financiamento do serviço continua sendo um desafio. Para vencer esse obstáculo, a doação de alimentos, roupas e medicamentos é solicitada diretamente à comunidade.

Apoiando as pessoas para manter os vínculos sociais

Uma dificuldade importante foi que os beneficiários se desligaram do serviço após receberem ajuda de *Naya Daur*. Uma parte pôde voltar a circular e desapareceu por completo; alguns conseguiram lembrar onde residiam e voltaram às suas famílias; e outros foram apreendidos em ações municipais para “limpar as ruas”. Alguns usuários do serviço tiveram melhora e voltaram a trabalhar, mas gastaram o dinheiro com álcool e drogas nas ruas, o que afetou negativamente sua capacidade de receber auxílio do serviço.

Para não perder o contato, os beneficiários são estimulados a falar da própria família; o serviço busca reuni-los de forma planejada, se possível. Eles passam algumas noites em um dos abrigos para poderem habituar-se ao ambiente doméstico e garantir que o encontro planejado com a família aconteça. Eles também são orientados sobre os riscos do uso de álcool e drogas de rua.

Principais considerações para contextos diversos

Os principais pontos a serem considerados ao implementar ou expandir o serviço em outros contextos são:

- reconhecer que o programa para pessoas em situação de rua com condições de saúde mental não pode ser gerido de cima para baixo como o serviço ambulatorial;
- permitir que o serviço tenha ritmo próprio condizente com o ambiente sociocultural local;
- demonstrar à comunidade que as pessoas em situação de rua com problemas crônicos de saúde mental e deficiência psicossocial conseguem se recuperar com o apoio adequado e poucos recursos. Isso combate o estigma e o mito de que não existe recuperação, e inspira esperança;

- envolver todas as partes interessadas na atenção é prática central. Isso garante sustentabilidade para assegurar a continuidade do cuidado ao criar uma família substituta para a pessoa;
- promover a “equidade filantrópica” para que todos possam contribuir; e
- concentrar a avaliação em *recovery*, e não na recuperação clínica tradicional, contribui para combater o estigma porque a comunidade pode ver que as pessoas se saem bem quando recebem vê a pessoa recuperada após receber apoio.

Mais informações e recursos:

Site:

<https://isankalpa.org/>

Vídeos:

Community of Care: The Ashoka Fellow Bringing Mental Healthcare To Kolkata's Homeless (comunidade de atenção: uma simpatizante da Ashoka presta atenção de saúde mental a pessoas em situação de rua de rua em Calcutá)

<https://www.ashoka.org/en-IN/story/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>

Contato:

Sarbani Das Roy, diretora e cofundadora, Iswar Sankalpa, Índia.

E-mail: sarbani@isankalpa.org

2.5

Ombudsman pessoal

Suécia



Classificação primária: serviço móvel na comunidade

Outras classificações:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de saúde mental de base comunitária | <input type="checkbox"/> Serviços móveis de saúde mental na comunidade | <input type="checkbox"/> Suporte de pares |
| <input type="checkbox"/> Serviço para atenção à crise | <input type="checkbox"/> Serviço de base hospitalar | <input type="checkbox"/> Serviço residencial de apoio para saúde mental |

Oferecido em outros locais:

- | | |
|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|---|------------------------------|

Evidências:

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Literatura publicada | <input checked="" type="checkbox"/> Literatura cinzenta | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
|--|---|----------------------------------|

Financiamento:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sistema público de saúde | <input checked="" type="checkbox"/> Sistema público de assistência social | <input type="checkbox"/> Seguro-saúde |
| <input type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | |

Contexto

A função de ombudsman pessoal (OP) foi introduzida na Suécia em 2000. A Suécia é um país de alta renda com 10,3 milhões de habitantes e possui um sistema de saúde mental bem desenvolvido, com um orçamento anual de US\$ 6,74 bilhões em 2017 (10% do orçamento da saúde) (68, 69).

Em 1995, o governo sueco introduziu uma lei de reforma da atenção psiquiátrica para melhorar a qualidade e condição de vida de pessoas com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial. O objetivo era melhorar a participação na comunidade e dar acesso à atenção à saúde e ao apoio social. O comitê encarregado de preparar a reforma observou que havia a necessidade de uma função do tipo de defensor público, com responsabilidades claras para apontar as necessidades individuais e coordenar o apoio prestado (70, 71). Assim, dez projetos-piloto de serviço de OP foram realizados entre 1995 e 1998. Após a avaliação de um projeto-piloto de OP demonstrar bons resultados tanto qualitativos quanto quantitativos, inclusive com redução significativa da necessidade de atenção em regime de internação, em 2000, o governo sueco destinou verbas para estabelecer uma estrutura de OP independentes e permanentes (70-72). O OP foi introduzido como uma profissão da área social recém-reconhecida e passou a figurar nos serviços sociais na maioria dos municípios suecos. A introdução da função de OP no país coincidiu com a transição do atendimento em esquema de internação para os cuidados comunitários, inclusive com alocação orçamentária. Com a aprovação da legislação em 1995, 15% do orçamento de saúde mental (orçamento anual de US\$ 1,5 bilhão, com 75% designados ao atendimento em regime de internação) foram transferidos aos municípios para subsidiar alternativas comunitárias à internação hospitalar (73).

Em 2018, o serviço dispunha de 336 OP que atendiam 9.517 usuários, com o serviço oferecido em 87% dos 290 municípios do país (74). Os serviços de OP na Suécia são primariamente prestados pelo município, embora de forma independente do sistema principal de saúde e do sistema de assistência social do município. Outras partes interessadas não governamentais, como associações de usuários, também podem prestar serviços de OP (71). A Suécia tem seis entidades independentes de OP, duas

das quais são geridas por associações de usuários. Essas associações podem ser contratadas pelo município para prestar o serviço de OP, que são, em parte, financiados pelo governo por meio do Comitê Nacional de Questões Sociais e de comitês administrativos distritais (70, 75).

O serviço de OP é um exemplo prático de modelo de tomada de decisão com apoio que foi expandido a toda a Suécia. Modelos semelhantes com os mesmos princípios estão sendo desenvolvidos no Reino Unido (76), na Finlândia (77, 78) e na Noruega (79), porém sem reproduzir exatamente o sistema sueco.

Descrição do serviço

A função de ombudsman pessoal

O OP tem a função de ajudar os clientes – como são conhecidas as pessoas com acesso a esse serviço – a levar uma vida ativa e autônoma. A ajuda prestada pode ser em assuntos familiares, assistência de saúde, moradia, questões financeiras, integração comunitária e acesso e apoio a serviços ou emprego. A via trilhada depende das necessidades e das preferências do cliente, zona de residência (rural ou urbana) e disponibilidade de atenção, apoio e serviços. Além disso, o OP trabalha para assegurar que as autoridades atuem em conjunto para atender da melhor maneira as necessidades do cliente (74). No entanto, o princípio básico é que a atenção ou o auxílio seja prestado com a colaboração e o consentimento pleno do cliente.

O OP pode ter qualificações diversas, com experiência profissional e vivida. Ele é habilitado a exercer a função, mas trabalha fora de uma estrutura rígida, podendo acomodar e inovar para ajudar o cliente da melhor maneira. Tal abordagem é especialmente bem aceita pelos clientes.

Para chegar a bons resultados, o OP deve estabelecer uma relação de confiança mútua desde o início. O OP ouve o cliente e, juntos, eles identificam o que o cliente quer ou precisa e preparam um roteiro para atingir essas metas. A fase introdutória inicial, em que o cliente conhece o OP e entende o papel que ele desempenha, é fundamental porque o cliente normalmente está habituado a adotar uma atitude passiva com pessoas em posição de autoridade. Ele pode estar acostumado, por exemplo, a que outras pessoas assumam o controle e tomem decisões por ele, como tratamento involuntário ou internação hospitalar. Portanto, o cliente precisa de espaço e tempo para poder entender e confiar que o papel desempenhado pelo OP é diferente.

A relação entre o OP e o cliente é descrita como uma amizade profissional. Há o componente profissional que envolve prover e partilhar competências, conhecimentos e apoio, porém existe um equilíbrio de poder, acessibilidade e reciprocidade que normalmente são mais associados a uma relação de amizade (75). Criar uma relação de confiança pode levar tempo, às vezes vários meses, mas isso é importante ao serviço porque efetivamente funciona ao dar apoio a pessoas que são difíceis de acessar ou alcançar.

Diferentemente do gerente de casos de outros contextos, o OP desempenha uma função independente dos serviços de saúde e serviços sociais. É o cliente quem decide trabalhar junto com o OP. É importante ressaltar que o OP presta auxílio mediante a colaboração e o consentimento pleno do cliente – esse é o princípio central do serviço, amplamente reconhecido na relação entre ambos. O enfoque é nas experiências, necessidades e vontades do cliente, não em seu diagnóstico ou tratamento. O cliente – não o OP ou outra pessoa – é quem determina a ordem e a prioridade em que os problemas serão abordados. O OP não adota uma atitude de autoridade em relação ao cliente nem é responsável por assegurar a adesão ao tratamento médico. O papel do OP não é intervir e resolver os problemas para o cliente, mas lhe dar apoio para que se sinta mais seguro e confie na própria capacidade, adquirindo

assim maior controle e poder para resolver os problemas da vida diária. Existe um esforço especial para evitar o desequilíbrio de poder entre as duas partes. Por exemplo, o OP pode optar por atender o cliente fora de ambientes formais, consultórios ou recintos públicos e preferir vê-lo em casa. Eles podem marcar de se encontrar na casa do cliente ou em locais neutros, como cafeterias ou outros espaços públicos. O OP normalmente é encontrado pelo cliente durante o horário padrão de trabalho, mas pode estar disponível após o expediente, se necessário.

Quem tem acesso ao serviço

O serviço do OP é oferecido a adultos com 18 anos de idade ou mais que tenham deficiência psicossocial séria e precisem de atenção e apoio a longo prazo para obter acesso a moradia, reabilitação e emprego. Antecipa-se que os clientes precisam manter um contato prolongado com os serviços sociais e de saúde e outros órgãos relevantes. Seis grupos principais de pessoas cumprem os requisitos para ter acesso ao apoio do serviço (80, 81).

Pode ter acesso ao serviço quem:

- não obteve sucesso em contatar os órgãos do governo ou desistiu de utilizar os serviços públicos. Essas pessoas podem viver isoladas em seus modos de viver ou na comunidade;
- recebe auxílio, mas ele é insuficiente para atender às próprias necessidades;
- recebe auxílio, mas ele não atende suas necessidades;
- recebe auxílio de forma descoordenada;
- percebe as intervenções do órgão encarregado como sendo muito longas ou não mais necessárias (por exemplo, tutela); e
- os sistemas públicos não foram capazes de ajudar.

Quando a demanda pelo serviço de OP excede o número de pessoal disponível, os municípios priorizam os clientes em potencial que:

- têm crianças em casa vivendo em condições precárias de saúde;
- são adultos jovens;
- correm risco de despejo do local onde residem ou não têm moradia;
- são considerados em risco de suicídio; ou
- não contam com nenhuma forma de apoio ou rede de apoio social (74).

Diferentes métodos são empregados para conscientizar a comunidade sobre os serviços do OP. São distribuídos folhetos informativos em locais públicos, como lojas, centros de saúde, igrejas e farmácias ou a equipe realiza visitas em hospitais e serviços de saúde mental, por exemplo, para falar com os usuários e o pessoal que trabalha nos serviços de saúde mental com regime de internação. O público também é informado via boca a boca ou por outros clientes ou em serviços particulares (72).

Não existe um processo formal de encaminhamento. O objetivo é assegurar o maior número de vias de acesso ao OP. O serviço pode ser solicitado diretamente ou por intermédio do serviço social ou de saúde, pela associação de usuários ou um parente ou amigo. O OP pode tomar a iniciativa de abordar possíveis clientes. Como é um serviço não regulamentado por lei na Suécia, não há um processo formal de solicitação para isso.

Após o contato inicial, o serviço telefona à pessoa para dar mais informações e verificar se ela preenche os critérios para obter o serviço. O OP então marca um encontro com a pessoa interessada em um local agradável, como uma cafeteria ou em casa, para uma conversa informal. Eles discutem as dificuldades enfrentadas pela pessoa, bem como expectativas e metas, e o tipo de auxílio que ela quer receber. O OP aproveita essa oportunidade para explicar seu papel e como ele pode prestar apoio aos clientes. Com a conversa, ele confirma se a pessoa satisfaz os critérios para o serviço e identifica se ela tem uma situação de vida complicada ou se perdeu o controle. O OP pode precisar de mais tempo para determinar se existem outros problemas. O primeiro encontro serve também para que a pessoa decida se ela quer trabalhar com o ombudsman. Sempre que possível, procura-se atender as preferências da pessoa (por exemplo, ela pode preferir alguém do sexo feminino ou masculino). Se a pessoa interessada solicita o serviço de OP, mas seu pedido é negado (por não preencher os critérios), ela é encaminhada aos serviços municipais para obter apoio.

Se há um acordo mútuo, o cliente e o OP começam a trabalhar juntos. Alguns serviços têm um contrato por escrito descrevendo como será a colaboração entre o cliente e o ombudsman e definindo metas, tarefas e responsabilidades mútuas. No entanto, a maioria dos serviços prefere evitar fazer um contrato porque isso pode desagradar os interessados. Os documentos preparados, como planos de ação, ficam com o cliente, ou são arquivados em segurança pelo OP e não podem ser requisitados por familiares e serviços social ou de saúde e nem mesmo pela justiça.

O cliente pode se desligar do serviço quando lhe convier e não há prazo definido para a prestação do serviço. Como o cliente e o OP trabalham juntos, eles avaliam os resultados do trabalho e podem decidir consensualmente terminar a colaboração. Nesse caso, o cliente é encaminhado a outros serviços ou auxílio, se necessário. A duração do trabalho conjunto varia enormemente (entre um mês e oito anos), porém, em média, é de 12 a 18 meses. O relacionamento pode ser encerrado a pedido do OP e o cliente segue trabalhando com outro OP, se necessário. A transição é gerenciada com sensibilidade.

O ombudsman pessoal

Muitos OP são assistentes sociais ou advogados ou são formados em medicina, enfermagem, psicologia ou psicoterapia. A maioria tem experiência profissional de trabalhar com pessoas com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial (72). Pessoas com experiência vivida também podem atuar como OP.

O profissional que quer atuar como OP passa primeiro por uma sessão de capacitação *on-line*, seguida por curso presencial de três dias. Ele também pode fazer cursos sobre outros assuntos relacionados, como saúde física e mental, primeiros socorros em saúde mental, prevenção de suicídio, migração e saúde mental, jogo patológico e violência familiar em defesa da honra. Como a formação educacional, além do curso básico, fica a cargo de cada provedor de serviço de OP, a qualificação varia. O OP também aprende com a experiência partilhada nos encontros da rede regional (74). Em nível local, ele pode manter conversas periódicas (em semanas alternadas ou uma vez ao mês) com colegas experientes para falarem acerca do trabalho diário, situações difíceis e soluções possíveis.

Cada OP trabalha simultaneamente com 13 a 20 clientes (são, em média, 13 a 15 clientes) (72). A *Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige* (YPOS) é a entidade profissional dos ombudsmans individuais que foi criada em 2005 para apoio e aperfeiçoamento da profissão.

Órgão gestor dos ombudsmans pessoais

O órgão gestor dos OP é formado por representantes municipais, membros do conselho distrital de atenção primária e de psiquiatria e representantes da secretaria do trabalho e previdência social. Os usuários do serviço e as associações de familiares também são convidados a participar. Por meio do seu representante, os OP informam ao órgão gestor se existem falhas, barreiras e omissões no sistema (70). O órgão é também responsável por analisar as queixas dos clientes. O OP pode atuar sozinho ou em um grupo coordenado pelo órgão. O sucesso desse serviço na Suécia se deve fundamentalmente à adesão em todos os níveis do sistema, garantindo que o OP tenha acesso e possa interagir com os diferentes órgãos para obter ajuda ao seu cliente. Isso também permite lidar com falhas e deficiências do sistema e corrigi-las.

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

O preceito básico do trabalho de OP é o respeito à capacidade jurídica do cliente. Somente a pessoa interessada pode solicitar o serviço, não podendo ser designada a trabalhar contra sua vontade com um OP a pedido de familiares, amigos ou autoridades públicas ou pela justiça. As pessoas que estão em uma situação de tratamento ou internação involuntárias podem solicitar o serviço de OP entrando em contato diretamente com o próprio serviço ou com a ajuda de um amigo ou familiar. Essa pessoa, que passa a ser um cliente ao ser designado a um OP, tem liberdade de encerrar esse relacionamento quando lhe convier. O cliente pode solicitar a troca de OP se estiver insatisfeito e se houver outro profissional disponível. Ele também pode prestar queixa ao coordenador do serviço, ao coordenador da assistência social do município ou ao órgão gestor de OP.

O OP atua mediante o consentimento e a orientação do cliente, mesmo se ele não estiver de acordo. O OP auxilia o cliente a exercer sua capacidade jurídica quando ela é contestada por outros. Tal situação pode ocorrer quando o cliente decide mudar sua situação de vida: passar a viver de modo independente, deixar uma moradia assistida ou contestar a tutela. Nessa circunstância, o OP não apenas apoia o cliente no exercício da sua capacidade jurídica, mas atua para que o sistema reconheça que a pessoa detém esse direito. O OP apenas deve dar apoio e jamais assumir uma posição de autoridade frente ao cliente.

Se o cliente não está satisfeito com o regime de tutela, o OP deve ajudar a encontrar uma solução e apoiar o cliente a conversar diretamente com o tutor, prestar uma queixa ou solicitar a troca de tutor. Se for o caso, o OP ajuda o cliente a entrar com um pedido de tutela. Se um novo tutor é designado, o OP acompanha atentamente para garantir o bom relacionamento. Eles podem encerrar o serviço de OP se for pertinente.

A fase introdutória da relação entre o OP e o cliente é fundamental para valorizar a capacidade jurídica da pessoa. O serviço enfatiza a importância de criar uma relação de confiança mútua e dar tempo suficiente para que a pessoa possa confiar no profissional antes de começarem a abordar as necessidades e trabalhá-las. Reconhece a necessidade de ajudar a pessoa a aprender a identificar e expressar o que ela precisa, sobretudo porque esse direito pode ter sido desrespeitado no passado em decisões de tratamento ou por ter uma deficiência psicossocial. Esse processo reforça a capacidade jurídica dos clientes, dando autonomia para que descubram o que querem e peçam auxílio.

O OP reconhece que pode existir um desequilíbrio de poder entre o cliente e o prestador do serviço, sobretudo nos estágios iniciais, e assim busca evitar a formalidade no trabalho e nos encontros. Ter conhecimentos legais não é um requisito da função, mas o tópico de capacidade jurídica é ensinado no curso introdutório para OP.

Práticas não coercitivas

O uso da força ou coerção é contrário à finalidade e aos princípios do serviço. O OP jamais recorre a essas práticas. Ele auxilia o cliente a utilizar diversos serviços, inclusive tratamento médico, sem insistir nem obrigar. Se o cliente passa por uma situação de crise ou episódio psicótico, o OP deve orientá-lo a buscar os serviços adequados. As preferências do cliente sobre como se deve proceder nessas situações podem ser conversadas com antecedência e anotadas no contrato com o OP. Se a pessoa é forçada a se internar ou receber tratamento, o OP continua dando apoio ao cliente para que respeitem seus direitos, sua vontade e preferências e empodera e auxilia a pessoa a manter o foco no futuro e na recuperação contínua. No entanto, dependendo do estado de saúde do cliente, o trabalho com o OP pode ser temporariamente suspenso.

Se o OP julgar que o comportamento do cliente põe a própria vida e a vida de terceiros em sério risco, ele notifica formalmente os serviços sociais ou outro órgão relevante. Dependendo da situação, ele pode avisar o cliente antes de informar as autoridades, exceto quando crianças estão envolvidas. O OP expõe esse procedimento ao cliente logo no primeiro contato.

Inclusão comunitária

O objetivo principal do serviço é amparar o cliente para que ele tenha domínio da própria vida e seja inserido e participe ativamente da comunidade. O OP trabalha com o cliente para juntos identificarem barreiras ou conflitos que dificultam a inclusão na comunidade, ajudando-o a encontrar soluções e a viver em comunidade. Por exemplo, ele ensina o cliente a como lidar com situações de conflito, indica os serviços de mediação de conflitos existentes ou dá apoio para que o cliente se transfira a outra comunidade. A partir das necessidades e vontades identificadas no trabalho conjunto, o OP reforça o vínculo do cliente com serviços, entidades e atividades da comunidade. Ele também comunica ao órgão gestor as barreiras e deficiências identificadas na comunidade que precisam ser contempladas.

Participação

O serviço estimula os clientes e as associações de usuários e familiares a participarem do órgão gestor e como parte interessada. Eles têm um papel vital para identificar e abordar as barreiras que dificultam o acesso à atenção, o apoio e os serviços disponíveis na comunidade. Vencer essas barreiras é fundamental para atender as necessidades de longo prazo dos clientes. As associações de usuários também podem contribuir informando diretamente os resultados da avaliação do serviço ao “Comitê Nacional Sueco de Saúde e Bem-estar Social”. O PO Skåne é um serviço de ombudsman pessoal coordenado por uma associação de usuários que periodicamente realiza pesquisas de satisfação do cliente cujos resultados são usados para subsidiar o trabalho e a atividade do OP e aperfeiçoar o programa.

Abordagem de Recovery

A relação entre o cliente e o OP é essencial no processo de *recovery*. Uma função primária do OP é apoiar a pessoa para que ela adquira confiança e habilidades e tenha o domínio pleno de seu cotidiano.

Quando o participante consegue influenciar e controlar a própria situação, a chance de *recovery* aumenta. O OP é habilitado a ajudar as pessoas a desempenharem o próprio papel, contribuindo em seus processos de *recovery* (70, 80).

O serviço adota uma abordagem centrada na pessoa ao trabalhar com os clientes e colaborar para que recebam atenção, apoio e serviços. O *recovery* não é visto em termos de superar problemas de saúde mental, mas de estabelecer metas e dar novo significado à vida. Não é uma ação linear, mas um processo de tentar encontrar soluções ou rumos diferentes. O tempo e o apoio necessários variam de acordo com as necessidades do cliente (80).

Avaliação do serviço

O sistema é avaliado de forma contínua. Existem dados quantitativos e qualitativos da eficácia e eficiência do serviço. Em um estudo qualitativo realizado em 2010, Berggren e Gunnarsson (75) acompanharam 23 indivíduos que receberam apoio de um OP por seis meses ou mais. Eles observaram que os usuários do serviço valorizaram o relacionamento que tinham com o OP, definindo-o como um apoio profissional de amizade. Temáticas comuns foram identificadas nas entrevistas. Os usuários afirmaram que o OP criou condições para que pudessem “assumir o domínio da própria vida ao oferecer recursos, reduzir o sofrimento e promover o bem-estar”. Ele deu esperança em situações aparentemente de desespero e ajudou os clientes a se manifestarem, empoderando-os a tomar decisões próprias. O estudo também destacou que o apoio do OP “intensifica os processos de *recovery* e reduz o efeito da exclusão social”. No entanto, o estudo tem a limitação de somente ter incluído clientes que receberam apoio por seis meses ou mais. Os clientes insatisfeitos costumam desistir do serviço logo no começo e possivelmente não foram incluídos no estudo. Também foi concluído que era difícil de avaliar o serviço porque havia pouca documentação, inclusive sobre quem abandonou o serviço.

Um estudo quantitativo de 2007 pesquisou a evolução de um grupo de clientes acompanhados por seis anos (82), estudando especificamente mudanças nos sintomas, necessidade de atenção, função psicossocial, qualidade de vida e rede de relacionamentos. Dos 176 participantes do estudo original, 92 fizeram parte do acompanhamento com uma amostra de clientes atuais e antigos que se considerou ser representativa do estudo original. Os pesquisadores observaram um nível alto de satisfação dos clientes com o serviço: eles tinham menos sintomas psiquiátricos, uma qualidade de vida subjetiva melhor e uma rede de apoio social maior e mais satisfatória. Em comparação aos clientes atuais, os que não usavam mais o serviço de OP na época do estudo relataram um número significativamente menor de sintomas e melhor qualidade de vida, função psicossocial e rede de apoio social, além de utilizarem menos os serviços psiquiátricos em regime de internação.

Resultados semelhantes foram obtidos em uma série de estudos internos sobre a eficácia e eficiência dos serviços de OP do Comitê Nacional Sueco de Saúde e Bem-estar Social. Em 2005, um estudo demonstrou que o serviço de OP proporcionava benefícios socioeconômicos consideráveis porque os usuários precisavam de menos atendimento e apresentavam melhora da situação psicossocial (70, 83). Ao receber o apoio do OP, “ocorre uma transição radical, passando da assistência cara e passiva com a atenção psiquiátrica e o auxílio financeiro a uma ajuda mais dinâmica, com reabilitação, emprego, psicoterapia, ponto de contato, auxílio financeiro, serviços domiciliares, entre outros” (70). Os estudos também revelaram que um grande número de pessoas conseguia bons empregos e tinham mais contatos sociais e menos sintomas de saúde mental. Muitos disseram que estavam recebendo o tipo de atenção, apoio e ajuda que queriam. Outro estudo indicou que os clientes tiveram um maior

empoderamento e puderam criar uma sólida rede de apoio social. O Comitê Nacional de Saúde e Bem-estar Social concluiu que “visto que a ajuda prestada [...] atende melhor às necessidades do cliente e é coordenada, ela favorece o processo de *recovery* da pessoa e melhora sua qualidade de vida”.

Um levantamento de 2014 constatou que houve aumento das intervenções municipais, como auxílio para moradia e assistência domiciliar, o que indica que o serviço de OP funciona bem para facilitar o acesso ao apoio e aos serviços que as pessoas necessitam e querem (72). Os clientes melhoram de situação financeira após entrarem para o serviço; muitos conseguiram pagar suas dívidas e ter uma fonte de renda. Alguns também informaram contar com uma rede social melhor, estarem menos isolados e terem maior contato com familiares, no trabalho ou na escola. Os custos de saúde aumentaram nos três primeiros anos, mas subsequentemente voltaram aos níveis anteriores à entrada no serviço de OP.

Custos e comparações de custo

O sistema de OP está implantado em toda a Suécia. O governo sueco se comprometeu a financiar o serviço indefinidamente. Uma nova regulamentação passou a vigorar em 2013 no país criando um fundo permanente (70, 72). Porém, apenas parte do financiamento vem do governo, por meio do Comitê Nacional Sueco de Saúde e Bem-estar Social. O financiamento global disponível para os serviços de OP aumentou de cerca de 100 milhões de coroas suecas (US\$ 12 milhões), em 2019, para 130 milhões de coroas suecas (US\$ 15,5 milhões), em 2020 ([Bengtsson A], [Socialstyrelsen], comunicação pessoal, [2020]).

Houve também benefícios socioeconômicos com o serviço de OP, com redução dos gastos do governo de cerca de 700 mil coroas suecas (US\$ 83.760)^j por cliente em um período de cinco anos, uma economia equivalente a um custo 17 vezes menor (70, 83).

A verba é repassada aos municípios por meio de uma subvenção pública, destinando-se um montante fixo por OP empregado pelo município. Além disso, os municípios cobrem parte do salário do OP e custos adicionais, como transporte e despesas gerais. O restante é coberto por cada um dos 21 conselhos administrativos distritais e o montante varia bastante entre os distritos (municípios e distritos têm autonomia segundo a constituição da Suécia). Não há custo ao cliente pelos serviços.

Desafios e soluções

Falta de reconhecimento e construção de confiança

Em algumas comunidades, profissionais e usuários desconheciam como o serviço de OP poderia ajudar as pessoas. Como houve certa dificuldade em conseguir clientes, as autoridades acreditaram que havia pouca demanda pelo serviço.

A participação ampla das partes interessadas confere visibilidade ao serviço e é, portanto, fundamental para vencer esses desafios. Uma forma de ganhar a confiança das pessoas, de familiares e dos profissionais é fazer visitas locais onde o OP tem oportunidade de encontrar usuários em potencial e esclarecer o que o serviço oferece.

j Câmbio da moeda em fevereiro de 2021.

A visão que alguns profissionais tinham do papel do OP representou um desafio em particular. Muitos não valorizavam ou respeitavam a profissão e outros se mostraram desconfiados e resistentes. Alguns funcionários dos sistemas de saúde e assistência social acharam que o OP trabalhava contra eles ao atuar em favor do cliente. Um grande esforço foi empreendido para explicar de antemão porque o OP precisa atuar sempre a favor do cliente. Por fim, as autoridades municipais compreenderam que implementar o serviço de OP era um processo e que a falta de interesse imediato não significava necessariamente que não havia necessidade do serviço.

Gerenciar as lacunas na prestação de serviços sociais e de saúde mental

Uma das funções centrais do OP é registrar e informar carências ou deficiências ou falhas no sistema de saúde mental e de assistência social. Foi difícil assegurar que houvesse uma resposta dos responsáveis pela assistência social e fossem feitas as mudanças necessárias.

Uma solução encontrada por muitos OP foi criar um vínculo e aprender a profissão com os mais experientes. Assim, eles puderam aprender maneiras de lidar com os desafios, como a falta de entendimento com outros serviços, ou como atrair a atenção dos responsáveis para resolverem as deficiências. Percebeu-se que, apesar de ser independente, o OP não deveria trabalhar sozinho. Portanto, a criação da entidade profissional YPOS foi fundamental para que os OP pudessem transitar com sucesso pelo sistema e interagir com as autoridades para apoiar seus clientes. E as falhas ou deficiências do sistema puderam ser encaminhadas aos responsáveis para a correção esperada. O sistema de OP foi estruturado de forma que, se não for possível resolver uma questão ao nível local, ela possa ser encaminhada aos canais competentes em nível regional ou nacional.

Preservar o propósito e os valores do OP

Um fator de complicação em todo o sistema de OP na Suécia foi a variabilidade entre os serviços oferecidos em cada município e entre eles. A solução foi prestar o serviço com supervisão e treinamento periódicos. Foi fundamental criar uma entidade profissional, a YPOS, para convocar reuniões, prestar ajuda e informação e fazer o elo com as entidades do governo. Houve também firme participação de associações de pessoas com deficiência psicossocial e movimentos e associações de familiares. Por fim, ao analisar e modernizar as políticas e práticas do serviço, o YPOS contribuiu para que os OP acompanhassem o passo das mudanças sociais e pesquisas e práticas novas preservando os princípios básicos da função.

Criar um serviço sustentável

A subvenção do governo foi mantida por muitos anos após a criação do serviço, e os municípios não tinham obrigação de designar verbas. A falta de financiamento nos municípios significava a possibilidade de cortes ou fechamento do serviço em tempos difíceis de recessão, com o risco de deixar os clientes desamparados e os OP desempregados.

Diante do sucesso do modelo de OP, conforme constatado nas avaliações, o governo sueco reconheceu a importância do serviço e, em dezembro de 2019, autorizou o aumento da subvenção para os anos de 2020, 2021 e 2022.

Principais considerações para contextos diversos

Os principais pontos a serem considerados ao implementar ou expandir o serviço em outros contextos são:

- reconhecer e oficializar o modelo de OP para assegurar a adesão ao sistema e sua sustentabilidade;
- garantir a independência formal da função do OP;
- respeitar o sigilo: por exemplo, não falar sobre o cliente na sua ausência e não repassar informação do cliente a outros profissionais;
- ensinar outros profissionais sobre o serviço de OP e criar uma boa relação de trabalho desde o princípio;
- analisar as políticas, normas e regulamentações existentes para facilitar e transferir o poder a um serviço que seja dirigido pelo usuário;
- limitar o serviço ao grupo de destino na população para torná-lo mais sustentável;
- assegurar a rede de OP, com supervisão e treinamento periódicos;
- instituir uma entidade profissional representativa dos OP;
- criar várias alternativas para lidar com o que falta, conforme identificado pelo OP; e
- pesquisar a opinião dos clientes sobre o serviço e encontrar novas maneiras de obter *feedback*, por exemplo, com mensagens de texto.

Mais informações e recursos:

Sites:

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/personligt-ombud/>
(em sueco)

<https://personligtombud.se> (em sueco)

Vídeos:

Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System (facilitando a recuperação – o sistema de ombudsman pessoal)

<https://www.youtube.com/watch?v=xqma4wK8sCO>

Contatos:

Ann Bengtsson, funcionária do programa, Socialstyrelsen, Suécia.

E-mail: ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se

Camilla Bogarve, diretora geral, PO Skåne, Suécia.

E-mail: camilla.bogarve@po-skane.org

3.

**Seguindo em frente:
do conceito ao serviço
móvel de saúde mental
na comunidade com boas
práticas**

A finalidade desta seção é oferecer para os leitores algumas medidas práticas e recomendações importantes que facilitarão o processo de conceitualização, planejamento e implantação-piloto de um serviço comunitário de saúde mental com boas práticas que estejam em conformidade com os princípios dos direitos humanos. Não se propõe a ser um plano integral e completo para a criação do serviço, pois muitos fatores específicos ao contexto, incluindo fatores socioculturais, econômicos e políticos, têm papel importante nesse processo. Outras informações sobre a integração do serviço aos setores de saúde e assistência social são apresentadas na seção sobre orientação e ações do documento *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*.

Passos para implantar ou transformar serviços móveis de saúde mental na comunidade

- **Criar um grupo com diferentes partes interessadas** cuja especialização seja essencial para criar ou transformar o serviço em seu contexto social, político e econômico. Essas partes interessadas incluem, entre outros:
 - » formuladores de políticas públicas e gestores dos setores social e de saúde, pessoas com experiência vivida e suas organizações, profissionais de saúde em geral e de saúde mental e organizações associadas, juristas, políticos, ONGs, organizações de pessoas com deficiência (OPD), representantes acadêmicos e de pesquisa e guardiões comunitários como chefes locais, curandeiros tradicionais, líderes de organizações de caráter religioso, cuidadores e parentes.
- **Dar a todas as partes interessadas a oportunidade de analisar e discutir os serviços com boas práticas** apresentados nesse documento para obter uma compreensão aprofundada dos respectivos serviços. Essa é uma oportunidade de identificar quais valores, princípios e características dos serviços com boas práticas que você gostaria de ver incorporados aos serviços de seu país, considerando-se o contexto social, político e econômico.
- **Estabelecer contato com os gestores ou prestadores dos serviços** nos quais você está interessado para obter informações e recomendações sobre como implantar ou transformar um serviço semelhante em seu contexto, e para compreender as nuances do serviço. Fazer perguntas específicas sobre o funcionamento desses serviços, tendo em mente o contexto local no qual eles seriam desenvolvidos. Isso pode ser feito por uma visita ao serviço com boas práticas, ou por videoconferência.
- **Oferecer capacitação e educação em saúde mental, direitos humanos e *recovery*** aos grupos que serão mais importantes para implantar ou transformar o serviço, com auxílio do material didático da iniciativa Direito é Qualidade da OMS (disponível em inglês em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>) para cursos presenciais e treinamento a distância. A mudança de atitude e mentalidade das principais partes interessadas é essencial para reduzir a possível resistência a mudanças e para desenvolver atitudes e práticas de acordo com o modelo de saúde mental baseado em direitos humanos.
- **Pesquisar as regulamentações administrativas e jurídicas** relativas à implantação ou à transformação do serviço.

Perguntas específicas para implantar ou transformar serviços móveis de saúde mental na comunidade

- O objetivo é transformar o serviço comunitário existente ou criar outro serviço?
- Onde o serviço comunitário será prestado (em casa, em um espaço público, nas ruas ou outro local)?
- O serviço funcionará de forma autônoma ou será integrado a outro serviço (em hospital geral ou centro de saúde mental de base comunitária)?
- Quem são os beneficiários do serviço? Algum grupo ficará excluído? Como será o acesso ao serviço?
- Que tratamentos e intervenções serão oferecidos? As opções podem ser:
 - » avaliações das necessidades de apoio e diagnóstico, se aceito pela pessoa;
 - » aconselhamento psicológico;
 - » ativação comportamental, incluindo resolução de problemas e programação de atividades;
 - » serviços de apoio à pessoa, como, por exemplo:
 - suporte para tomada de decisão;
 - moradia assistida (com auxílio para realizar atividades da vida diária e suprir as necessidades básicas);
 - ajuda para transitar pelos serviços comunitários e recursos existentes;
 - apoio para encerrar uma situação de tutela ou ordens involuntárias;
 - suporte administrativo (para obter acesso a subvenções, moradia, benefícios sociais e oportunidades de trabalho);
 - planejamento de *recovery* centrado na pessoa;
 - medicamentos psicotrópicos e outros tratamentos (como medicamentos com receita médica e ajuda para suspender o uso de medicamentos com segurança);
 - apoio na transição às pessoas que regressam para casa ou para a comunidade; e
 - diálogo/encontros com familiares, amigos e apoiadores (com a concordância da pessoa que utiliza o serviço), entre outros.
- Como o serviço promoverá o acesso a outros serviços comunitários e de apoio? Por exemplo, o acesso a:
 - » psicoterapia (por exemplo, terapia cognitiva comportamental);
 - » aconselhamento psicológico/terapia individual e em grupo; e
 - » suporte de pares, entre outros.
- Como o serviço avaliará a saúde física das pessoas, proverá assistência ou fará o encaminhamento aos serviços de saúde?
- Qual será a inter-relação entre esse e outros serviços, suportes e recursos na comunidade, incluindo o esquema de encaminhamento interno e externo?

- Quais recursos humanos serão necessários (como médicos, incluindo psiquiatras, clínicos gerais e outros especialistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, agentes de suporte de pares, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários, leigos ou da comunidade, pessoal administrativo etc.)? E que competências e capacitação serão necessárias para que possam prestar serviços de qualidade com resultados comprovados baseados nos direitos humanos?
- Quais são as estratégias e capacitação planejadas para o exercício da capacidade jurídica, práticas não coercitivas, participação, inclusão comunitária e orientações para *recovery*^k?

■ Capacidade jurídica

- Como o serviço assegurará que existam procedimentos para tomada de decisão apoiada de acordo com a vontade e as preferências do usuário?
- Como será o procedimento de consentimento esclarecido pelos usuários do serviço com relação às decisões de tratamento?
- Como o serviço assegurará que a pessoa:
 - seja capaz de tomar decisões e fazer escolhas esclarecidas dentre as diferentes opções no que se refere ao tratamento e à atenção e
 - receba todas as informações essenciais relativas aos medicamentos, inclusive eficácia e possíveis efeitos negativos?
- Quais os processos que o serviço implantará para o apoio constante para que a pessoa possa fazer planos para o futuro?
- Que tipo de instrumentos o serviço implantará para que as pessoas possam prestar queixas?
- Como o serviço facilitará o acesso à assessoria jurídica e representação legal para os usuários (por exemplo, representação legal gratuita)?

■ Práticas não coercitivas

- Como o serviço assegurará o treinamento sistemático de todo o pessoal em respostas não coercitivas e redução gradual de situações de tensão e conflito?
- Como o serviço dará apoio às pessoas para prepararem planos individualizados para responder a questões delicadas e sinais de sofrimento mental?

■ Participação

- Como as pessoas com experiência vivida serão integradas à equipe do serviço no quadro de pessoal ou como voluntários ou consultores?
- Como as pessoas com experiência vivida serão representadas no nível mais alto da tomada de decisão no serviço?
- Como o serviço obterá o *feedback* dos usuários e incorporará os resultados?
- Como os usuários do serviço serão orientados para participar de redes de suporte de pares na comunidade?

^kPara mais informação, consultar a seção 1.3 de *Orientações sobre os serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*.

■ Inclusão comunitária

- Como o serviço dará suporte às pessoas para encontrar trabalho e oportunidades de geração de renda (por exemplo, programa de recolocação profissional, programa de emprego assistido ou trabalho independente)?
- Como o serviço facilitará o acesso aos serviços de moradia assistida?
- Como o serviço facilitará a formação e ajuda educacional para o acesso às oportunidades educacionais e aos recursos nas comunidades para quem quiser continuar estudando?
- Como o serviço facilitará o acesso aos benefícios de proteção social?
- Como o serviço facilitará o acesso a programas sociais e de atividades esportivas?

■ *Recovery*

- Como o serviço assegurará que pessoas serão vistas no contexto de suas experiências de vida e que a atenção e o apoio não se concentrarão exclusivamente no tratamento, no diagnóstico e na redução de sintomas?
- Como o serviço assegurará que as cinco dimensões do *recovery* – relacionamento, esperança e otimismo, identidade, atuação significativa e empoderamento – sejam integrados à prestação de serviços?
- Como as pessoas receberão suporte para preparar planos de *recovery*, ou seja, refletir sobre e documentar expectativas, metas e estratégias para lidar com situações difíceis e com o sofrimento mental e estratégias de bem-estar, entre outros?
- Em relação à conscientização e *advocacy*:
 - » o serviço fará campanhas de conscientização em saúde mental e direitos humanos voltadas a famílias, escolas, empregadores, entidades locais e outros espaços comunitários?
 - » o serviço realizará ações de promoção da saúde mental e defesa dos direitos humanos para pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial e criará oportunidades para as pessoas participarem da comunidade com o objetivo principal de criar uma comunidade em que possam viver de forma autônoma? Pode englobar ações para reduzir o estigma em saúde mental e criar boas oportunidades de participação na comunidade.
 - » o serviço procurará entender a dinâmica social da comunidade local e avaliar os problemas frequentes que mais interferem na vida das pessoas e na saúde mental (por exemplo, violência policial, ameaças relacionadas ao tráfico de drogas e dificuldades econômicas)?

- **Preparar uma proposta ou nota conceitual** sobre o processo, detalhando as etapas de criação do serviço, a visão e o funcionamento da rede de serviços com base em todo o conjunto de serviços que serão oferecidos, abrangendo os seguintes tópicos:
 - » requisitos de recursos humanos, treinamento e supervisão;
 - » relação entre esse e outros serviços locais de saúde mental e assistência social;
 - » estratégias para garantir a implementação dos princípios de direitos humanos da capacidade jurídica, práticas não coercitivas, inclusão comunitária e participação, juntamente com uma abordagem de *recovery*;
 - » detalhes sobre o monitoramento e a avaliação do serviço; e
 - » informações sobre custos do serviço, comparando com os serviços anteriores em operação.
- **Garantir os recursos financeiros necessários** para implantar ou transformar o serviço, explorando todas as opções, incluindo setores públicos de saúde e assistência social, seguradoras de saúde, ONGs, doadores privados etc.
- **Criar e prestar o serviço** de acordo com os requisitos administrativos, financeiros e legais.
- **Monitorar e avaliar o serviço continuamente e publicar pesquisa** com o uso de medidas de satisfação dos usuários do serviço, qualidade de vida, critérios de inclusão comunitária (emprego, educação, geração de renda, moradia, proteção social), *recovery*, redução de sintomas, avaliação de qualidade e condições de direitos humanos (p. ex., com o *kit* de ferramentas de avaliação da iniciativa Direito é Qualidade) e índices de práticas coercitivas (tratamento compulsório e contenção mecânica, química e física).
- **Estabelecer diálogo e comunicação constantes com as principais partes interessadas e a população** pela realização de fóruns e audiências públicas com esses grupos, de modo a permitir que as pessoas expressem abertamente suas visões, ideias e preocupações relativas ao serviço, e a abordar essas preocupações.
- **Defender e promover o serviço** perante todos os grupos de partes interessadas pertinentes (políticos, formuladores de políticas públicas, seguradoras de saúde, meios de comunicação, pessoas com experiência vivida, famílias, ONGs, OPD e comunidade em geral). Isso inclui também a divulgação à comunidade pelas mídias tradicionais e sociais. A valorização pública dos êxitos do serviço pode ser uma boa estratégia para atrair as pessoas.
- **Colocar em prática as estratégias e os sistemas** necessários para garantir a sustentabilidade do serviço.

Referências

1. Shields-Zeeman L, Pathare S, Walters BH, Kapadia-Kundu N, Joag K. Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community champions in rural India: the *Atmiyata* intervention approach. *Int J Ment Health Syst.* 2017;11. doi: 10.1186/s13033-016-0113-3.
2. District Census Hand Book. In: Office of the Registrar General & Census Commissioner [website]. New Delhi: Office of the Registrar General & Census Commissioner; 2011 (<https://www.censusindia.gov.in/2011census/dchb/DCHB.html>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
3. Joag K, Kalha J, Pandit D, Chatterjee S, Krishnamoorthy S, Shields-Zeeman L et al. *Atmiyata*, a community-led intervention to address common mental disorders: Study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials.* 2020;1-13. doi: 10.1186/s13063-020-4133-6.
4. District human development report - Mehsana. Gandhinagar: Gujarat Social Infrastructure Development Society (GSIDS), General Administration Department (Planning), Government of Gujarat; 2016 (https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana_DHDR_2017.pdf, consultado em 6 de janeiro de 2021).
5. Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G. Seeds of prevention: the impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Soc Sci Med.* 2014;120:169--9. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.002.
6. Semrau M, Evans Lacko S, Alem A, Ayuso Mateos JL, Chisholm D, Gureje O et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med.* 2015;13:1--9. doi: 10.1186/s12916-015-0309-4.
7. Chowdhary N, Anand A, Dimidjian S, Shinde S, Weobong B, Balaji M et al. The Healthy Activity Program lay counsellor delivered treatment for severe depression in India: systematic development and randomized evaluation. *Br J Psychiatry.* 2015;208:381-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161075.
8. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action.* New York: W Norton & Co; 2001.
9. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:295--304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
10. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ).* London: GL assessment; 1988.
11. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20:727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
12. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ).* Geneva: World Health Organization; 1994 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1, consultado em 6 de janeiro de 2021).
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
15. van Brakel W. *Participation scale users manual: P-scale Manual.* Netherlands; 2006 (<https://www.infondt.org/toolkits/nmd-toolkit/participation-scale>, consultado em 28 de janeiro de 2021).
16. Pathare S, Joag K, Kalha J, Pandit D, Krishnamoorthy S, Chauhan A et al. *Atmiyata*, a community led psychosocial intervention in reducing symptoms associated with common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Rural Gujarat, India. *SSRN Electronic Journal.* 2020. doi: 10.2139/ssrn.3546059.

17. About us. In: Mariwala Health Initiative [website]. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (<https://mhi.org.in/about/>, consultado em 20 de maio de 2020).
18. National strategic plan for mental health services 2019-2023. Towards quality of care in mental health services. Harare: Ministério da Saúde and Child Care; 2019 (<https://zdhr.uz.ac.zw/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/Zimbábue%20Mental%20Health%20Strategic%20Plan%202019%20to%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
19. Mlambo T, Munambah N, Nhunzvi C, Murambidzi I. Mental health services in Zimbábue - a case of Zimbábue National Association of Mental Health. World Federation of Occupational Therapists Bulletin. 2014;70:18-21. doi: 10.1179/otb.2014.70.1.006.
20. Hendler R, Kidia K, Machando D, Crooks M, Mangezi W, Abas M et al. "We are not really marketing mental health": mental health advocacy in Zimbábue. PLoS One. 2016;11:e0161860. doi: 10.1371/journal.pone.0161860.
21. Udedi M, Stockton MA, Kulisewa K, Hosseinipour MC, Gaynes BN, Mphonda ST et al. The effectiveness of depression management for improving HIV care outcomes in Malawi: protocol for a quasi-experimental study. BMC Public Health. 2019;19. doi: 10.1186/s12889-019-7132-3.
22. Mental Health. In: Health Improvement Project Zanzibar [website]. Taunton: Health Improvement Project Zanzibar; n.d. (<https://hipz.org.uk/mental-health/>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).
23. Rosenberg T. Depressed? Here's a bench. The New York Times. 22 July 2019 (<https://www.nytimes.com/2019/07/22/opinion/depressed-heres-a-bench-talk-to-me.html>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
24. Stronger collaboration, better health: global action plan for healthy lives and well-being for all. Strengthening collaboration among multilateral organizations to accelerate country progress on the health-related Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516433>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
25. Chibanda D. The Friendship Bench [video]. Oxford: Centre for Effective Altruism; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=XWBUf-eTZc>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
26. Abas M, Bowers T, Manda E, Cooper S, Machando D, Verhey R et al. 'Opening up the mind': problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbábue. Int J Ment Health Syst. 2016;10:1. doi: 10.1186/s13033-016-0071-9.
27. Chibanda D. Reducing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders in Africa: lessons from the Friendship Bench in Zimbábue. Epidemiol Psychiatr Sci. 2017;26:342-7. doi: 10.1017/S2045796016001128.
28. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L, Cowan F, Araya R, Abas MA. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbábue: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. BMC Public Health. 2011;11. doi: 10.1186/1471-2458-11-828.
29. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F, Lewis G, Mann A. The Shona Symptom Questionnaire: the development of an indigenous measure of common mental disorders in Harare. Acta Psychiatr Scand. 1997;95:469-75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10134.x.
30. Chibanda D, Cowan F, Verhey R, Machando D, Abas M, Lund C. Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbábue. Community Ment Health J. 2017;53:143-53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.
31. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbábue: A randomized clinical trial. JAMA. 2016;316:2618-26. doi: 10.1001/jama.2016.19102.
32. Africaid Zvandiri [website]. Harare: Africaid Zvandiri; n.d. (<https://www.africaid-zvandiri.org>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).

33. SolidarMed [website]. Lucerne: SolidarMed; n.d. (<https://www.solidarmed.ch/en>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).
34. CeSHHAR Zimbábue [website]. Harare: CeSHHAR Zimbábue; n.d. (<http://ceshhar.org>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).
35. Poverty and social inclusion: the case for rural Irlanda. Moate: Irish Rural Link; 2016 (<http://www.irishrurallink.ie/wp-content/uploads/2016/10/Poverty-and-Social-Inclusion-The-Case-for-Rural-Irlanda.pdf>, consultado em 19 de agosto de 2020).
36. Houston M. Rural living is bad for your health. The Irish Times. 24 April 2007 (<https://www.irishtimes.com/news/health/rural-living-is-bad-for-your-health-1.1203272>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
37. Report on Home Focus Team (HSE South). Cork: Mental Health Commission; 2011 (https://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011_HFTBantry.pdf, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
38. Advancing *recovery* in Irlanda (ARI). In: Health Service Executive [website]. Dublin: Health Service Executive; n.d. (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/advancingrecoveryireland/>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).
39. Twamley I. Reluctant revolutionaries: implementing Open Dialogue in a community mental health team. In: Gijbels H, Sapouna L, Sidley G, editors. Inside out, outside in: transforming mental health practices. Monmouth: PCCS Books; 2019.
40. Arts and Health. In: Uillinn West Cork Arts Centre [website]. West Cork: Uillinn West Cork Arts Centre; n.d. (<https://www.westcorkartscentre.com/arts-for-health>, consultado em 25 de agosto de 2020).
41. National Learning Network - Bantry. In: Rehab Group [website]. Dublin: Rehab Group; 2020 (<https://www.rehab.ie/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
42. WRAP is.... In: Advocates for Human Potential [website]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
43. What we do. In: Kerry Peer Support Network [website]. Tralee: Kerry Peer Support Network; n.d. (<https://www.kerrypeersupportnetwork.ie/about-us>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
44. Sapouna L. Having choices. An evaluation of the Home Focus project in West Cork. Cork: University College Cork; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
45. Alcoholics Anonymous Irlanda [website]. Dublin: Alcoholics Anonymous Irlanda; n.d. (<https://www.alcoholicsanonymous.ie/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
46. What is Grow? In: Grow [website]. Limerick: Grow; 2019 (<https://grow.ie/about-grow/>, consultado em 15 de fevereiro de 2020).
47. Shine [website]. Maynooth: Shine; n.d. (<https://shine.ie/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
48. The Wellbeing Network [website]. Cork: The Wellbeing Network; n.d. (<https://thewellbeingnetwork.ie/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
49. Quinlan Á. West Cork mental health initiative to begin. Irish Examiner. 01 October 2018 (<https://www.irishexaminer.com/news/arid-30872534.html>, consultado em 10 de fevereiro de 2021).
50. 49 North Street. In: The Wellbeing Network [website]. Cork: The Wellbeing Network; n.d. (<https://thewellbeingnetwork.ie/westcork/about-49-north-street/>, consultado em 10 de fevereiro de 2021).
51. Gamelan at Skibbereen Arts Festival [video]. Dublin: Tutty Jackson A; 2019 (<https://vimeo.com/291401941>, consultado em 10 de fevereiro de 2021).
52. First Fortnight [website]. Dublin: First Fortnight; n.d. (<https://www.firstfortnight.ie/>, consultado em 10 de fevereiro de 2021).

53. Learn and practice powerful, life-saving skills in just over four hours. In: LivingWorks [website]. Calgary: LivingWorks; 2020 (<https://www.livingworks.net/safeTALK>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
54. Asist: applied suicide intervention skills training. In: Grassroots [website]. Brighton: Grassroots; 2020 (<https://www.prevent-suicide.org.uk/training-courses/asist-applied-suicide-interventions-skills-training/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
55. What we do. In: Novas [website]. Limerick: Novas; 2020 (<https://www.novas.ie/about-us/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
56. What is social farming? In: Social Farming Irlanda [website]. Drumshanbo: Social Farming Irlanda; 2019 (<https://www.socialfarmingireland.ie/about-us/what-is-social-farming/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
57. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal *recovery* in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
58. A vision for change: nine years on. A coalition analysis of progress. Dublin: Mental Health Reform; 2015 (<https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2015/06/A-Vision-for-Change-web-final-2.pdf>, consultado em 7 de setembro de 2020).
59. Chatterjee D, Roy SD. Iswar Sankalpa: experience with the homeless persons with mental illness. In: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U, editors. *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan; 2017:751-71.
60. Thara R, Patel V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:S389-95. doi: 10.4103/0019-5545.69276.
61. Community of care: the Ashoka fellow bringing mental healthcare to Kolkata's homeless. In: Ashoka [website]. Munich: Ashoka; 2018 (<https://www.ashoka.org/fr-aaw/histoire/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
62. Creating space for the nowhere people. Naya Daur. Community-based treatment and support for the homeless mentally ill. A review. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2011 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-A-Review-@2011-2.pdf>, consultado em 12 de fevereiro de 2021).
63. Analysis of Naya Daur programme data (April 2011-August 2020). Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/ANALYSIS-OF-NAYA-DAUR-PROGRAMME-DATA1.pdf>, consultado em 10 de março de 2021).
64. Naya Daur Standard Operating Processes. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-Statement-of-Protocol.pdf>, consultado em 10 de agosto de 2020).
65. Iswar Sankalpa [website]. Kolkata: Iswar Sankalpa; n.d. (<https://www.isankalpa.org>, consultado em 10 de fevereiro de 2021).
66. Departamento de Women & Child Development and Social Welfare. Scheme of shelter for urban homeless. Kolkata: Government of West Bengal; 2011 (http://wbcddwsw.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme_Urban_Shelter.pdf, consultado em 10 de fevereiro de 2021).
67. Audited financial statement for the year 2019 to 2020. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Consolidated-Audit-report-2019-20-Community-Care-Programme.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
68. Healthcare in Sweden. In: Government of Sweden [website]. Oslo: Government of Sweden; 2019 (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
69. Mental health atlas 2011, Sweden. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/swe_mh_profile.pdf?ua=1, consultado em 6 de janeiro de 2021).

70. A new profession is born - personligt ombud, personal ombudsman. Västerås: Socialstyrelsen; 2008 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
71. Jespersen M. Personal ombudsman - Skåne - a concrete example of supported decision-making. In: Proceedings. OHCHR Symposium on the Human Rights of Persons with Psychosocial Disabilities - Forgotten Europeans Symposium No 5, Brussels: OHCHR Regional Office for Europe; (<https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/MathsJespersen.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
72. Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning, Uppföljning av verksamheten av med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/Personligt%20ombud%20for%20personer%20med%20psykisk%20funktionsnedsattning.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
73. Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish mental health system. Past, present, and future. Int J Law Psychiatry. 2000;23:293-307. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00039-X.
74. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 (S2017/07302/RS). Stockholm: Socialstyrelsens; 2018 (<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2018.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
75. Berggren UJ, Gunnarsson E. User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship'. Disabil Soc. 2010;25:565-77. doi: 10.1080/09687599.2010.489303.
76. General advocacy. In: VoiceAbility [website]. Cambridge: VoiceAbility; n.d. (<https://www.voiceability.org/about-advocacy/types-of-advocacy/general-advocacy>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
77. Suomen Palveluohjausyhdistys SPO ry [website]. Helsinki: Suomen Palveluohjausyhdistys SPO ry; n.d. (<https://www.palveluohjaus.fi/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
78. Palveluohjaus. In: Helmi [website]. Helsinki: Helmi; n.d. (<https://mielenterveyshelmi.fi/palveluohjaus/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
79. PIO-Pårørendesenteret i Oslo [website]. Oslo: PIO-Pårørendesenteret i Oslo; n.d. (<https://piosenteret.no/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
80. Personligt ombud. In: Kunskapsguiden [website]. Stockholm: Kunskapsguiden; 2019 (<https://www.kunskapsguiden.se/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
81. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
82. Björkman T, Hansson L. Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. Int J Soc Psychiatry. 2007;53:12-22. doi: 10.1177/0020764006066849.
83. Innovative policy 2015 on independent living - Sweden's personal ombudsmen. In: Zero Project [website]. Vienna: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/policy/sweden-2/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).

Política, Legislação e Direitos Humanos
Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias
Organização Mundial da Saúde
Avenue Appia 20
1211 Genebra 27
Suíça

