

Pacote
técnico

Serviços residenciais de apoio para saúde mental

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 residenciais de apoio para saúde mental

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

Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches

© Organização Mundial da Saúde, 2021

ISBN: 978-92-4-002582-0 (versão eletrônica)

Serviços residenciais de apoio para saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos

ISBN: 978-92-75-72606-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12606-6 (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 residenciais de apoio para saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em <https://doi.org/10.37774/9789275726068>.

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

Sumário

Prefácioiv
Agradecimentosv
Resumo executivo	xiii
Orientações e pacotes técnicos da OMS sobre serviços comunitários de saúde mental	xx

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

2. Serviços residenciais de apoio para saúde mental – descrição e análise.....	5
---	----------

2.1 Residência <i>Hand in Hand</i> Geórgia	6
2.2 <i>Home Again</i> Chennai, Índia	17
2.3 Redes de residências terapêuticas <i>KeyRing</i> Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte	29
2.4 Programa <i>Shared Lives</i> Sudeste do País de Gales, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte	41

3. Próximos passos: do conceito aos serviços residenciais de apoio para saúde mental 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 residenciais de para saúde mental visam promover uma vida independente ao oferecer às pessoas acomodação ou ajudá-las a manter-se em uma acomodação. Também podem prestar suporte por um período variável para suprir as necessidades básicas de alimentação e vestimentas. São serviços prestados a pessoas com necessidades complexas e crônicas de saúde mental que não têm moradia fixa ou que estejam em situação de rua. Algumas dessas pessoas necessitam de ajuda para poderem se afastar do ambiente domiciliar ou viver de forma independente. Para uma discussão mais detalhada sobre o apoio para moradia, consulte a Parte 3 das *Orientações sobre os serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos*.

Os serviços residenciais para saúde mental devem refletir e responder às diversas necessidades das pessoas. Os exemplos aqui apresentados alinham-se ao princípio básico de respeito ao direito de cada um escolher onde e com quem morar. Os serviços variam na forma como eles são prestados; alguns são residências temporárias, e o usuário decide quando está pronto para fazer a transição e viver em outro local. Em outros contextos, o beneficiário do serviço recebe ajuda para encontrar uma moradia de longa permanência e negociar o contrato de locação. Ambos são ilustrados neste pacote de medidas técnicas.

Alguns dos exemplos são de serviços residenciais prestados em uma casa ou um apartamento na comunidade, onde um grupo de pessoas vive junto, como em família, e outros são exemplos de serviços que proporcionam aos usuários acomodação na residência de outras pessoas da comunidade. Em alguns casos, ainda, as pessoas têm domicílio próprio ou vivem por conta própria em uma moradia provida pelo serviço e recebem o apoio do serviço residencial.

O tipo e a intensidade do apoio prestado variam bastante segundo as necessidades de cada um. Alguns serviços, por exemplo, prestam assistência dia e noite para realizar as atividades diárias e cuidados pessoais. Às vezes, a equipe do serviço residencial e os colaboradores vivem na residência junto com os usuários. Por vezes, as residências oferecem um grau mínimo de atenção e cuidados porque os residentes conseguem levar uma vida independente por conta própria. Em outros casos, o grau de suporte prestado varia com a evolução das necessidades de quem utiliza o serviço.

Em muitos países, os serviços residenciais são tradicionalmente de base hospitalar, com os usuários isolados, impedidos de participar e se engajarem na comunidade. Nesse pacote técnico, são apresentados serviços alternativos que se distanciam desse modelo. São serviços de base comunitária orientados para o *recovery*, fundamentados nos direitos humanos e que respeitam o direito do usuário de exercer sua plena capacidade jurídica.

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 residenciais de
apoio para saúde mental
– descrição e análise**

2.1

Residência *Hand in Hand*

Geórgia



Classificação primária: serviço residencial de apoio terapêutica

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 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 checked="" type="checkbox"/> Seguro-saúde |
| <input type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | |

Contexto

A Geórgia é um país de renda média a alta que teve um crescimento econômico de 4,8%, em média, entre 2010 e 2019 (1). O sistema de saúde mental ainda é predominantemente baseado em hospitais, apesar dos esforços de implantar um Plano Nacional de Ação quinquenal, publicado em 2015, para desinstitucionalização e desenvolvimento de suportes e serviços de saúde mental de base comunitária (2).

A reforma mais recente e expressiva introduzida na Geórgia foi uma emenda à constituição junto com mais de 200 dispositivos legais para abolir a tutela e a tomada de decisão substituta para pessoas com deficiências, inclusive deficiências psicossociais. De acordo com a reforma legislativa, deve ser designado um curador para ajudar as pessoas com necessidades psicossociais, caso elas necessitem de apoio para tomarem decisões. Tal curador só pode ser designado com o consentimento da pessoa em questão, que pode recusar o indicado ou pedir outra indicação. A nova legislação ainda não está em plena aplicação, visto que muitos cidadãos desconhecem esse direito e muitos profissionais, inclusive juízes, não estão adequadamente capacitados a aplicar as novas leis. Além disso, como o trabalho de curador não é remunerado, profissionais de vários serviços costumam ser designados para essa função, mesmo sem ter vínculo com a pessoa a ser apoiada.

O serviços de residenciais mantidos pela ONG *Hand in Hand* (“De Mãos Dadas”) têm a missão de criar melhores condições de moradia para pessoas com deficiência, inclusive para quem tem deficiência intelectual, cognitiva ou psicossocial, e apoiar sua inclusão e integração na sociedade (3). A ONG oferece sobretudo opções de residência independente na comunidade a quem foi institucionalizado. As residências fazem parte de uma rede de serviços de base comunitária que inclui moradia e serviços residenciais de apoio, assistência individual e capacitação de familiares e pessoas que prestam apoio a pessoas com condições de saúde mental e deficiência na comunidade.

Os serviços residenciais de base comunitária estão localizados na capital da Geórgia, Tbilisi, e na cidade de Gurjaani. Em Tbilisi existem dois hospitais psiquiátricos com mais de 300 leitos, uma

ala psiquiátrica com cerca de 60 leitos em dois hospitais gerais, um hospital-dia para pessoas com condições de saúde mental e oito equipes móveis (de um total de 29 equipes móveis no país) que oferecem tratamento em serviços de base comunitária. A cidade de Gurjaani, por sua vez, não possui hospital psiquiátrico nem enfermaria psiquiátrica em hospitais gerais, e o atendimento é feito por um psiquiatra no centro de atenção primária à saúde. Há também uma equipe móvel recém criada em que trabalham um psiquiatra e um enfermeiro. Todos os serviços são públicos.

Descrição do serviço

Quando foi lançado há dez anos, o serviço residencial e de moradia apoiada prestado pela *Hand in Hand* possuía uma única casa para seis ocupantes. Hoje, são quatro residências em Gurjaani e duas em Tbilisi que recebem 30 adultos. Todas têm a mesma estrutura de funcionamento. A *Hand in Hand* pretende inaugurar outra residência na cidade de Batumi, assim que a situação da pandemia de Covid-19 estiver estável.

Cada residência acolhe até cinco adultos. Os residentes são distribuídos em quartos individuais ou duplos, cabendo a cada um deles uma cama e um armário de livre acesso com tranca para guardar os pertences. Embora o serviço receba verbas do governo de acordo com o número de residentes (no máximo seis, segundo as regras), a *Hand in Hand* não aceita hospedar mais que cinco pessoas por vez para poder cumprir a abordagem centrada na pessoa, em que cada um é assistido de forma individual e não apenas como parte de um grupo.

O Fundo Nacional de Atenção, Proteção e Auxílio às Vítimas Legais de Tráfico Humano é o organismo responsável por cadastrar os interessados em participar do serviço e tomar a decisão final. O interessado em ingressar em uma residência da *Hand in Hand* deve preencher uma ficha de inscrição geral para todos os serviços. O candidato deve indicar o tipo de apoio que gostaria de obter e manifestar a intenção em utilizar o serviço, podendo receber ajuda para preencher a ficha de inscrição. Esse processo é supervisionado por um assistente social do estado. Antes de ser tomada uma decisão, um coordenador e um administrador da *Hand in Hand* avaliam o pedido, considerando a personalidade individual, habilidades de comunicação e necessidades de apoio e a compatibilidade geral com os outros residentes.

O serviço residencial dá prioridade a adultos com condições de saúde mental e deficiência psicossocial que vivem em instituições. Também se dá preferência aos candidatos com relação de parentesco com outros residentes, por exemplo, crianças. O serviço também assiste jovens adultos que tiveram de deixar o lar adotivo ao completarem 18 anos e pessoas que residem com familiares ou parentes, mas que não têm apoio deles. Indivíduos com deficiência cognitiva grave (inclusive demência), tuberculose ou sífilis na forma ativa, afecções de pele contagiosas ou outras doenças infecciosas não são aceitos. Devido à falta de verbas e recursos humanos habilitados, o serviço residencial não tem condições de hospedar pessoas com necessidades de suporte em grau elevado, como quem precisa de ajuda para tomar banho, usar o banheiro ou comer.

Aqueles que quiserem deixar o serviço após terem ingressado têm a opção de voltar a uma instituição residencial, transferir-se a um dos serviços residenciais de base comunitária (com capacidade de acolher até 24 pessoas) ou mudar-se para um domicílio próprio.

As pessoas que vivem junto na casa são conhecidas como “família” (4). O residente faz a escolha de ingressar na residência após ter conversado com cada colega e também com o coordenador do

serviço, que está familiarizado com as expectativas, os anseios e as personalidades de cada um. Eles, na sua maioria, passaram anteriormente por outras instituições e conhecem uns aos outros. Antes de tomar uma decisão, a pessoa pode visitar a residência e conversar com os colegas que são acessíveis. O residente tem liberdade de pedir para trocar de residência ou ir morar em outro lugar quando quiser. As “famílias” são formadas por pessoas de diferentes idades e gêneros. Pais e filhos podem morar juntos, independentemente de terem uma deficiência ou não, contanto que esse arranjo seja o melhor para a criança, conforme avaliação do assistente social do estado.

O ambiente é propício à vida independente: os residentes se engajam nas atividades diárias de sua escolha, especialmente aqueles que desenvolvem ou têm autonomia. A inclusão na comunidade é incentivada e apoiada. Eles “preparam as refeições, cuidam da casa e do jardim, fazem compras, interagem com os vizinhos, dedicam-se ao lazer e participam de eventos culturais”. (5).

Cada residente também participa ativamente na criação, no aperfeiçoamento e na reavaliação de seu próprio plano de apoio, e trabalha junto com os colaboradores da *Hand in Hand*, que apoiam os indivíduos na implementação do plano, utilizando as ferramentas de planejamento MAPS ou PATH conforme as necessidades e os anseios da pessoa (6), (7). A ferramenta MAPS engloba as metas gerais e os anseios da pessoa, ao passo que a ferramenta PATH define estratégias e ações concretas para atingir essas metas. Durante uma primeira fase de discussões, a MAPS é mais aplicável; uma vez que foram identificados objetivos concretos, a ferramenta PATH tende a ser utilizada. Os planos são elaborados pelo próprio residente com a ajuda de um colaborador, do coordenador do serviço e de quem mais for chamado a participar.

Uma equipe de três a cinco colaboradores da *Hand in Hand* é designada para cada residência. As equipes trabalham em turnos de 24 horas e há sempre um colaborador presente dia e noite. O grau de suporte prestado varia dependendo das necessidades e dos desejos de cada residente e é modificado segundo sua evolução. Os que precisam de mais atenção e apoio podem receber intervenções médicas ou cuidados pessoais auxiliados por um colaborador extra. Com o tempo, é normal que o grau de apoio necessário diminua. Por exemplo, os residentes da primeira casa da *Hand in Hand*, inaugurada em 2011, têm um nível de independência muito maior que os residentes de outras casas.

O processo de recrutamento de pessoal para a *Hand in Hand* consiste em entrevistas, treinamento e um período de experiência prática. Não há critérios específicos em termos de formação e experiência profissional, mas os candidatos precisam frequentar um curso de treinamento desenvolvido pela *Hand in Hand* em colaboração com o Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. O treinamento consiste em seis módulos sobre as seguintes temáticas: formas e abordagens de atenção em instituições de longa permanência; benefícios da atenção individualizada orientada ao *recovery*, manejo de conflitos e estados de agitação; suporte ativo e níveis de suporte; sexo e deficiência; e gestão do serviço envolvendo financiamento, administração, garantia da qualidade, parâmetros e monitoramento. Os módulos são ministrados em seis dias (com cinco horas diárias), dando-se ênfase ao conhecimento e às habilidades necessárias para garantir que os serviços prestados sejam baseados nos direitos da pessoa e promovam uma vida digna e independente (4).

O serviço da *Hand in Hand* emprega dois gerentes, um coordenador, 18 assistentes, um diretor, um psicólogo, um gerente financeiro e um funcionário de manutenção. Os gerentes organizam e gerenciam o trabalho e as atividades realizadas pela equipe de cada residência na comunidade. O gerente sediado em Tbilisi é atualmente responsável por duas residências e o de Gurjaani é responsável por outras quatro. Eles são encarregados de fazer o planejamento anual do trabalho e preparar os cronogramas

para os colaboradores e outros funcionários, providenciar e gerenciar as provisões para as residências e garantir que as necessidades dos residentes sejam supridas, organizar o treinamento e a supervisão da equipe que trabalha diretamente com os beneficiários, coordenar a recepção e saída dos usuários do serviço, cooperar com órgãos públicos e comunidades locais, bem como são responsáveis pelo aluguel da propriedade onde residem os beneficiários.

O coordenador trabalha no escritório da *Hand in Hand*, em Tbilisi, e fica em contato constante com os residentes por telefone ou por meio de visitas às residências. Da mesma forma que o gerente do serviço, o coordenador procura não interferir no funcionamento diário das casas. O papel do coordenador é o de manter em local seguro as informações de cada residente relativas às necessidades sociais, de saúde e apoio, assim como sobre a personalidade e os interesses, informar-se sobre cada residente e o manejo dos casos quando necessário e ajudar a elaborar, executar e atualizar os planos de apoio centrados na pessoa. Também é responsável por auxiliar o residente a obter assistência de saúde ou suprir outras necessidades. Por exemplo, o coordenador pode ajudar a marcar uma consulta médica e acompanhar o residente ao médico, dar apoio ao tratamento e proteger os direitos da pessoa, caso tenham sido violados. Os coordenadores ajudam a criar um círculo de apoio e promover a inclusão social dos residentes. Por fim, contribuem para melhorar o serviço como um todo.

Os assistentes apoiam os residentes para alcançarem os objetivos definidos nos planos pessoais. Também podem atuar como apoiadores designados da *Hand in Hand* (De Mãos Dadas) se tiverem um forte vínculo com o residente – e forem aceitos como tal. Eles também ajudam nas atividades diárias da residência, seguindo os princípios de Suporte Ativo (8), em que a pessoa recebe o tipo e grau de apoio adequados para poder cuidar bem da própria vida. Por exemplo, o assistente ajuda a formar e manter uma rede de apoio, com habilidades práticas e atividades de trabalho e no desenvolvimento pessoal conforme o plano estabelecido. O apoio recebido varia muito e pode envolver o atendimento por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros prestadores de serviço. Os assistentes incentivam as pessoas a participarem de atividades esportivas ou de lazer, acompanhando-os em atividades ao ar livre, facilita o relacionamento com outros corresidentes e ajuda nas tarefas domésticas, como limpar a casa, lavar a roupa ou cozinhar. Sobretudo, os assistentes dão apoio para que as pessoas exerçam seus direitos e cuidem da própria vida (4). Os residentes podem escolher o que e quando comer, mas os assistentes ajudam a cuidar da alimentação deles. Também faz parte do trabalho dos assistentes comunicar qualquer alteração no estado de saúde e bem-estar do residente para que os problemas possam ser resolvidos junto com o coordenador e outros integrantes da rede de apoio da pessoa.

Gerir o orçamento é responsabilidade do diretor, dos gerentes de serviço e do gerente financeiro. A *Hand in Hand* recebe financiamento do governo proporcional ao número de beneficiários, equivalente a 30 laris (US\$ 9^f) por residente por dia. Existe um único orçamento para todas as residências, e o serviço distribui a verba para cobrir salários, alimentação, contas de luz e água e suprir outras necessidades dos residentes em cumprimento com os padrões do governo.

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

Em vez de tentar controlar ou “corrigir” as pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial, o serviço busca a cooperação com os residentes para que eles desenvolvam as habilidades

^f Conversão da moeda em março de 2021.

necessárias para seguir em frente e levar uma vida plena em todos os aspectos. Qualquer decisão, desde a interação com outros residentes e atividades diárias ao cuidado e tratamento, é conversada e combinada. Nessa perspectiva, a vontade e as preferências da pessoa são, portanto, respeitadas, e os residentes podem utilizar os serviços da melhor forma que lhe convier.

Para garantir que a capacidade jurídica da pessoa seja respeitada e fortalecida, a ajuda é prestada segundo os princípios de Suporte Ativo (9). A equipe das residências recebe treinamento para garantir que os residentes sejam empoderados com as ferramentas para que eles possam tomar as suas próprias decisões e viver de forma autônoma. Isso inclui a oportunidade para decidir e escolher onde e com quem morar e como querem viver. Todos os residentes podem decidir o que comer e quando, embora essa decisão seja, em geral, tomada em conjunto, como no contexto familiar. Se uma pessoa quer uma refeição diferente, ela pode preparar sua comida. Os residentes também têm acesso à toda a sua documentação, guardada em local seguro na residência. As informações pessoais são mantidas em sigilo.

Por fim, as redes de apoio são reforçadas durante a estadia e integradas à jornada de *recovery* da pessoa. Por exemplo, o residente indica quem pode ajudá-lo a elaborar o plano de apoio individual – um amigo, parente, sacerdote, vizinho, outro assistente, o diretor do serviço ou alguém da sua confiança – e o serviço garante que a pessoa indicada possa participar. O residente pode indicar outra pessoa para participar, mas ele deverá refletir primeiro sobre os motivos que o fizeram mudar de ideia. Familiares e amigos também podem participar das sessões de treinamento, aprendendo a dar apoio a pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial, intelectual e cognitiva e promover uma vida digna e independente.

Práticas não coercitivas

A *Hand in Hand* evita o uso da força e coerção. Nenhuma medida é tomada contra a vontade do residente ou sem seu consentimento, inclusive com relação ao uso de medicamentos ou tratamento forçados. Se o bem-estar do residente for prejudicado, todo esforço é feito para ampará-lo de forma aceitável, recorrendo-se às vezes a alguém do seu círculo de confiança. Esse enfoque costuma render bons resultados tanto para a equipe quanto para o residente e raramente ocorre de a pessoa precisar ser internada contra a vontade.

A equipe da residência é habilitada a perceber e identificar os gatilhos e as vulnerabilidades dos usuários e os fatores que contribuem para o comportamento difícil. Nesses casos, os membros da equipe procuram controlar a situação e prevenir que ela se agrave. Treinamento formal em medidas não coercitivas e técnicas para evitar a escalada do conflito é ministrado a cada dois ou três anos. Em um relatório de supervisão apresentado em 2018, verificou-se por meio de entrevistas com os residentes de uma das residências comunitárias que não houve nenhum caso da violência no processo de prestação de serviço (10). Se houvesse uma situação em particular envolvendo risco, a administração do serviço cuidaria do caso e registraria o incidente junto com as decisões tomadas.

Inclusão comunitária

Os serviços da *Hand in Hand* visam promover a inclusão na comunidade. Ani Mgeladze, estagiária de uma das residências comunitárias, descreveu sua experiência ao dar apoio a uma das residentes:

“Visito Kristo todas as segundas, eu a acompanho ao trabalho, ela está muito animada a voltar a trabalhar (...), eu a ajudo a socializar. Vamos juntas até a Dadari (empresa de brinquedos na Geórgia) (11) onde ela trabalha com o polimento de madeira para fabricar brinquedos. (...)

Procuero apoiá-la em tudo” (12).

Os residentes são incentivados a participar de atividades na comunidade, como ir a eventos esportivos ou ao cinema, participar de serviços religiosos ou sair para comer. Um dos residentes faz parte do grupo de teatro integrado Azadaki Garden e atua em peças teatrais (10). Todos os anos, os residentes e os assistentes passam duas semanas de férias em algum balneário turístico.

Metade dos residentes da *Hand in Hand* têm um trabalho porque eles recebem ajuda para encontrar e manter o emprego (12). Nos últimos três anos, muitos beneficiários de diferentes residências foram contratados pela Babale e pela Kodala, empresas sociais que fabricam brinquedos e artigos para casa em madeira e produtos naturais. Os residentes também recebem ajuda para encontrar trabalho na comunidade. Uma residente, Tamara Bitaeva, trabalha como zeladora de um hospital:

“Todos me respeitam muito e gostam de mim. Quando chego ao trabalho pela manhã, todos me cumprimentam [...] É muito bom. Recebo um salário todos os meses e deposito no banco. Estou economizando para comprar uma casa. Estou muito satisfeita”.

Outro beneficiário trabalha com uma ONG em um projeto para implantar uma nova regulamentação para a capacidade jurídica na Geórgia. Ele faz parte de um grupo de suporte de pares e integrará a comissão de uma nova entidade de usuários e sobreviventes no país.

Por fim, a *Hand in Hand* busca criar vínculos com a comunidade por meio de uma estratégia de comunicação para dar visibilidade ao serviço em nível local e nacional, com reportagens em programas de televisão e contribuições para mídias e em artigos publicados por outras ONGs. Tanto a equipe do serviço quanto os residentes participam de todas as etapas do processo, contribuindo para redigir os artigos e participando de entrevistas e *talk shows*. A ONG promove o bom relacionamento com a comunidade no entorno e é comum que os residentes convidem vizinhos para fazer uma visita ou participar de festas de aniversário e outros eventos sociais. As residências da *Hand in Hand* são bem aceitas e recebem o apoio da comunidade em geral.

Participação

Os beneficiários mantêm contato com seus pares em outras residências. Também participam dos processos de tomada de decisão por meio de procedimentos de *feedback* e queixas incorporadas ao serviço. Um relatório de supervisão de 2018 publicado pelo governo (10) demonstrou que os beneficiários do serviço têm conhecimento sobre os procedimentos de *feedback* e queixas. Eles se sentem à vontade para se manifestar sobre suas expectativas, queixas ou considerações aos assistentes ou diretamente à administração (coordenador, diretor ou gerentes). As observações, vontades e opiniões expressas pelos beneficiários são avaliadas pela equipe em reuniões semanais e o *feedback* é usado para melhorar o serviço. Além disso, o número do telefone da Unidade de Supervisão do Estado e do escritório de ouvidoria estão afixados na parede de cada casa para que os residentes possam buscar ajuda independente ao prestar queixas.

Até o momento, nenhuma pessoa com condições de saúde mental e deficiências psicossociais ou ex-residentes da *Hand in Hand* foram contratados para integrar o quadro de pessoal de uma residência ou para atuarem como voluntários ou estagiários da ONG. Porém, os residentes normalmente participam dos debates sobre decisões relacionadas à estruturação e ao aperfeiçoamento do serviço, que em geral ocorrem uma ou duas vezes ao mês, ou conforme necessário. Também podem ser consultados

em reuniões *on-line*.

Abordagem de Recovery

As residências comunitárias da *Hand in Hand* funcionam de forma alinhada à abordagem de *recovery*. Com o apoio recebido, os residentes se sentem empoderados para recuperar o controle da própria vida. O serviço ajuda a fazer a transição ao sair de uma instituição e retomar a vida na comunidade e promove a vida independente do começo ao fim. Cada residente é um promotor da própria recuperação ao fazer escolhas diárias sobre como levar a própria vida e aprender a viver em um ambiente coletivo protegido. O serviço também ajuda a elaborar um plano centrado na pessoa, que é revisto com regularidade, e o residente é incentivado a estabelecer metas condizentes com as próprias expectativas e os desejos. Na preparação do plano, a pessoa é estimulada a refletir bem e registrar suas expectativas e metas, indicando o que evitar e o que conquistar na vida, junto com estratégias para enfrentar o medo e realizar suas aspirações.

As pessoas recebem apoio para adquirir e desenvolver quaisquer habilidades ou atividades que os ajudem a encontrar propósito e satisfação na vida. As atividades ajudam a pessoa a encontrar seu papel na sociedade. Como explicou um dos residentes, Rusudan Khardzeishvili (12):

“Queria ter galinhas. Agora tenho um galinheiro e uma horta e cuido da família [outros residentes na casa]. Solto as galinhas pela manhã, limpo o galinheiro e ponho mais forragem. No fim da tarde, coloco as galinhas para dentro e fecho a porta”.

Um dos fundadores da entidade constatou que “eles [os residentes] são muito melhores que nós em identificar o próprio papel na comunidade”. Tal atitude empodera e ajuda os residentes a desenvolverem o senso de responsabilidade pessoal, identidade e propósito.

O serviço residencial também promove a abordagem de *recovery* ao incentivar uma atitude mais positiva perante os riscos. Ele foca nos pontos fortes da pessoa, incentivando-a a encontrar uma área de interesse, passatempo ou talento. Nas palavras de um dos fundadores da *Hand in Hand* (3):

“Temos de dar às pessoas oportunidade para cometerem erros e aprender com a experiência. Todos cometemos erros, mas somente quem tem alguma deficiência é tratado de maneira diferente e seus erros em geral são atribuídos à deficiência. Certamente estamos aqui para ajudá-los mesmo quando erram. Temos que ampará-los para que adquiram as habilidades necessárias para levar uma vida independente”.

Avaliação do serviço

A *Hand in Hand* realizou um levantamento informal em 2015 coletando informação de 15 residentes ([Dateshidze A], [ONG – *Hand in Hand*], comunicação pessoal, [2020]). Nas questões do levantamento foi perguntado quem tomava as decisões em várias situações da vida cotidiana (por exemplo, sair para dar uma volta, gastar ou guardar o dinheiro, que tipo de corte de cabelo fazer ou quando tomar banho ou comer). Os participantes indicaram que eles mesmos tomavam as decisões, que eram eles quem decidiam o que vestir, quando limpar o quarto ou a casa, a que horas ir dormir ou quando usar o celular. Também informaram que decidiam quem poderia visitá-los e quando visitar seus familiares e amigos.

O *Hand in Hand* faz parte do Programa de Reabilitação Social e Atenção Infantil do governo da Geórgia e seu trabalho é supervisionado e avaliado quanto ao cumprimento dos parâmetros dos serviços. Uma

avaliação realizada em 2018 (10) em uma das residências de Tbilisi chegou a conclusões positivas, constatando que a casa oferecia um padrão de moradia adequado, com boa higiene, condições sanitárias e conforto. Os residentes tinham acesso a uma variedade de serviços na comunidade, participavam de atividades estimulantes e divertidas e adquiriam as habilidades básicas para levar uma vida independente, como arrumar e limpar a casa, cozinhar, realizar cuidados pessoais, usar utensílios domésticos, fazer compras, ir à farmácia e saber controlar o dinheiro.

Os dados do levantamento da *Hand in Hand* e os relatórios de monitoramento do governo são úteis para entender melhor o funcionamento e os benefícios do serviço. Os comentários dos usuários de diferentes residências são construtivos em termos da qualidade do serviço prestado e da importância na vida deles. Um dos residentes, George Gviniashvili, declarou:

“Minha vida está realmente boa. Gosto de morar aqui e não quero ir a outro lugar. Quero ficar aqui porque aprendi tantas coisas e tenho muitos amigos e pessoas ao meu redor” (12).

Custos e comparações de custo

A comunidade *Hand in Hand* conta com um orçamento anual de cerca de 300 mil laris (US\$ 90.361)^g, sendo que os salários representam cerca de 60% do total. Em 2019, o custo médio diário por residente do serviço foi de 33 laris (US\$ 10)^g em comparação a 29 laris (US\$ 9³) das instituições psiquiátricas, não incluídos os diversos custos administrativos.

O governo cobre 80% das despesas da *Hand in Hand*. O Ministério do Trabalho, Saúde e Assuntos Sociais fornece um subsídio mensal (no valor de 30 laris por pessoa por dia) de acordo com o número de pessoas em serviço no mês corrente. Os 20% restantes são obtidos da *Open Society Foundation* na Geórgia, assim como de outras entidades doadoras, instituições beneficentes e pequenas empresas sociais da *Hand in Hand*. Também são feitas doações de mobiliário, utensílios domésticos e livros. Um escritor e pianista famoso do país realizou um concerto beneficente que permitiu à ONG comprar uma casa. Além disso, em Gurjaani, os residentes obtêm uma renda complementar com um pequeno comércio de produtos agrícolas e produção de mel e doces. Alguns residentes produzem peças de artesanato (quadros, tecelagem e bijuterias, entre outros). A ONG ajuda a vender os produtos e organizar exposições ou oficinas quando há interesse. As decisões sobre como utilizar e dividir o lucro são tomadas em conjunto.

Há também um sistema de cofinanciamento em que os residentes pagam um aluguel simbólico mensal de 15 laris (US\$ 4,52), em Gurjaani, e 40 laris (US\$ 12), em Tbilisi. Isso faz com que os beneficiários adquiram um senso de responsabilidade e pertencimento e os empodera para que tenham parâmetros e expectativas mais elevadas sobre o serviço prestado. Apesar de não existirem regras rígidas ou obrigações de cofinanciamento (12), um acordo é assinado entre o beneficiário e a administração de serviços. Na Geórgia, os usuários de residências comunitárias são qualificados como pessoas com deficiência e têm direito a receber do governo seguro de saúde básico e benefício previdenciário mensal de 140 e 250 laris (US\$ 42 e 75), respectivamente, de acordo com a avaliação médica. Essa quantia é suficiente para cobrir o cofinanciamento. Alguns também têm acesso a outros subsídios de programas públicos específicos.

^g Conversão da moeda em março de 2021.

Desafios e soluções

Superar as dificuldades financeiras

Assegurar o financiamento e outros recursos necessários para abrir e manter o serviço foi um grande desafio porque os recursos do governo eram insuficientes. Essa situação foi agravada pela alta inflação no país. A falta de verbas fez com que o serviço ficasse sem profissionais capacitados e foi realmente difícil manter a qualidade do serviço diante das dificuldades financeiras e da falta de pessoal.

Conseguir uma casa para o serviço e garantir o financiamento inicial de uma entidade doadora foram fundamentais para que o projeto decolasse. O financiamento por um doador principal foi acordado por um determinado número de anos de uma só vez, sendo crucial para a estabilidade do serviço. Diversas fontes de financiamento foram asseguradas, havendo esforços contínuos para manter o aporte. Atualmente o financiamento é proveniente do governo municipal, complementada com a venda de produtos artesanais e frutas e verduras produzidas nas residências e a arrecadação de fundos em eventos beneficentes.

A *Hand in Hand* também assegurou financiamento ao ser gradualmente incorporada ao sistema de saúde mental da Geórgia. Foi crucial convencer um número cada vez maior de autoridades e pessoas trabalhando com pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais sobre a importância da desinstitucionalização e dos serviços de saúde mental de base comunitária. Em 2014, o serviço foi reconhecido como sendo parte dos programas sociais financiados pelo Ministério do Trabalho, Saúde e Assuntos Sociais. Mais recentemente, o apoio do governo veio na forma de um aumento substancial de verbas para a *Hand in Hand* aumentando em 2018 de 16 laris (US\$ 4,82) a 30 laris (US\$ 9,03) por pessoa por dia (12).

Superar o estigma e reforçar o compromisso dos atores envolvidos

Um grande desafio foi enfrentar a descrença no êxito e na viabilidade financeira de tal projeto no país como um todo e dentro dos órgãos do governo da Geórgia. O estigma generalizado e profundamente arraigado em questões de saúde mental também contribuiu para aumentar a descrença geral.

A solução da *Hand in Hand* foi encontrar aliados em órgãos do governo e ONGs. Foi fundamental encontrar pessoas que compartilhavam os mesmos valores e queriam apoiar um serviço com uma nova proposta. Também foi crucial trabalhar com os responsáveis pela tomada de decisões para informá-los, mudar de atitude e revisar a regulamentação. A promoção ativa de *advocacy* seguiu uma visão e uma estratégia claras. O serviço promoveu ativamente histórias capazes de transmitir quem se beneficiou do serviço e o quanto as vidas das pessoas foram transformadas. Isso quebrou barreiras.

Resolver o problema da retenção de pessoal

Um dos principais entraves foi contratar profissionais habilitados. As limitações financeiras não permitiram pagar salários adequados ao pessoal. Enquanto o salário médio na Geórgia é de 1.200 laris, o salário de um assistente é de apenas 500 laris (US\$ 162), sem contar o desconto de 20% dos tributos.

A solução foi buscar profissionais generosos, motivados pela ideia de ajudar pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais a adquirir independência e levar uma vida digna e significativa. O foco na qualidade da atenção prestada a cada pessoa no serviço foi fundamental para o sucesso do trabalho.

O serviço também contou com a assessoria de profissionais influentes em nível internacional, sendo formado um núcleo central de profissionais qualificados. Esse núcleo é encarregado de preparar os módulos de treinamento, o que permite dispor de treinamento de qualidade para os novos contratados. Também foram implantados procedimentos para cadastrar as pessoas no serviço, capacitar a equipe e dar início à prestação do serviço.

Principais considerações para contextos diversos

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

- manter a motivação e ter uma visão clara e estratégia para pôr o serviço em funcionamento e mantê-lo funcionando;
- dedicar tempo e investir no quadro de pessoal e nos usuários do serviço, porque isso é fundamental para manter um alto padrão de atenção;
- promover *advocacy* perante as autoridades do governo e a sociedade junto com entidades de defesa dos direitos humanos;
- assegurar a *advocacy* baseada em uma visão clara e estratégia;
- avaliar os resultados funcionais dos usuários do serviço, como qualidade de vida e grau de independência;
- demonstrar os resultados obtidos, porque proporciona boas práticas aos governos e incentiva a reforma das políticas; e
- divulgar o serviço contando a história das pessoas beneficiadas.

Mais informações e recursos

Site:

www.handinhand.ge

Vídeos:

Community For All, Georgia - Mental Health Initiative (Comunidade para todos – Iniciativa de saúde mental da Geórgia) <https://vimeo.com/gralfilm/include/video/336759271>

Contato:

Amiran Dateshidze, fundador, *Hand in Hand*, Geórgia.

E-mail: adateshidzw@yahoo.com

Maia Shishniashvili, fundadora, *Hand in Hand*, Geórgia.

E-mail: maia.shishnia@gmail.com

2.2

Home Again

Chennai, Índia



Classificação primária: serviço residencial de apoio terapêutica

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 checked="" type="checkbox"/> Entidades financiadoras | <input type="checkbox"/> Pagamento direto | <input checked="" type="checkbox"/> Outros |

Contexto

O *Home Again* (“Volta à Casa”) proporciona moradia e serviços de apoio a pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial na Índia. O serviço foi criado em 2015 pela *The Banyan*, uma entidade sem fins lucrativos fundada para dar amparo às necessidades de pessoas com graves problemas de saúde mental e deficiência psicossocial que vivem nas ruas ou na pobreza (13). A entidade já prestou serviços a um milhão de pessoas atuando nas zonas urbanas e rurais em três estados: Tamil Nadu, Kerala e Maharashtra.

O trabalho da *The Banyan* está pautado nos princípios de justiça social, desenvolvimento inclusivo e equidade, e disponibiliza três linhas de serviços a populações marginalizadas. Na primeira linha, são oferecidos serviços de atenção à crise e recuperação a mulheres em situação de rua com condições de saúde mental e deficiência psicossocial em centros de atendimento de emergência e recuperação localizados nos distritos de Chennai e Chengalpet, no estado de Tamil Nadu. Mais um centro foi aberto em Guruvayur, Kerala.

Na segunda linha, são fornecidos serviços ambulatoriais de bem-estar por meio do NALAM, um programa comunitário de saúde mental, com atendimento médico e social em esquema ambulatorial.

E, na terceira linha, são proporcionados serviços de base comunitária de longa permanência dentro das opções da *The Banyan’s Inclusive Living*^h. O *Home Again* é um desses serviços. Os outros incluem o serviço de “moradias coletivas agrupadas” (Clustered Group Home, CGH), situado na Academia *Banyan de Liderança em Saúde Mental (BALM)* em Kovalam (14) (a cerca de 30 km de distância de Chennai), e serviços de moradia independente ou albergue. Em 2017, a *The Banyan* criou uma parceria com a *Ashadeep*, uma instituição de saúde mental, para prestar o serviço *Home Again* no estado de Assam. O programa acolhe pessoas que precisam de assistência institucional de longa permanência; sem endereço fixo, e pessoas que necessitam de atenção prolongada, que não têm o apoio de familiares ou não querem voltar para casa.

^h Em Tamil Nadu, o serviço funciona em dois bairros em Chennai, em Kovandakurichi (próximo de Trichy) e em vários povoados em Thiruporur. Em Kerala, o serviço funciona em Mallappuram, Kozhikode, Palakkad e Thrissur. Em Maharashtra, ele funciona em Navi Mumbai e Ratnagiri.

O conceito do *Home Again* surgiu da convicção de que a miscigenação social e o acesso às experiências são fundamentais não somente para ajudar na superação do sofrimento ou trauma, mas para ter uma vida decente. Segundo esse princípio, é preciso propiciar incondicionalmente um ambiente familiar ou acolhedor. É importante ressaltar que os serviços não são prestados segundo a visão tradicional de deixar as pessoas “aptas para alta” ou avaliar se elas estão “prontas para a comunidade”. Em vez disso, o *Home Again* valoriza a neurodiversidade, miscigenação social e participação.

Descrição do serviço

Inaugurado em 2015, o *Home Again* é um serviço de residência para pessoas com necessidades complexas de saúde mental de longa duração que vivem na pobreza e requerem suporte a longo prazo. O serviço também oferece suporte para permitir às pessoas viverem em bairros comuns e, se possível, participar da vida social, econômica e política quando possível.

Normalmente, as pessoas fazem a transição da assistência institucionalizada em hospitais para viver em uma residência semi-independente ou totalmente independente, na comunidade. O objetivo do serviço é melhorar a inclusão comunitária, saúde mental, qualidade de vida e mobilidade social, proporcionando serviços residenciais e de apoio como intervenção primária. O serviço oferece aos residentes uma escolha e um senso de agência, além de trabalho, atividades recreativas e de lazer e interação social na comunidade (15).

O *Home Again* ajuda a encontrar oportunidades de trabalho, obter benefícios de previdência social do governo e participar de grupos sociais, encontros, festivais e outras atividades recreativas. Proporciona acesso à atenção em saúde e gerenciamento de casos (com avaliações para determinar as necessidades de saúde e de apoio psicossocial e criar planos terapêuticos e de metas pessoais). A equipe do serviço auxilia na realização das atividades diárias. As principais abordagens terapêuticas usadas são o Diálogo Aberto (consultar *Serviços de saúde mental para atenção à crise: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos* para obter mais informações), ativação comportamental e terapia de solução de problemas e outras abordagens orientadas pelo trauma (16).

A filosofia que orienta o *Home Again* é que o simbolismo da casa, a família e a participação contribuem para melhorar a saúde mental e social e servem para criar uma forma única de conforto, sentido e esperança, particularmente para indivíduos em sofrimento e privados de segurança ontológica. Segundo o *Home Again*, ter onde residir dá estabilidade e inspira um senso de independência e promove senso de engajamento em que os indivíduos estão mais propensos a busca por novas experiências que são imprescindíveis para a sua vida e seu crescimento.

A *The Banyan* tem várias casas alugadas na comunidade dando opções de escolha dos usuários do serviço. Não há critérios de exclusão. Porém, os hospitais psiquiátricos públicos de Kerala não permitem que o serviço receba pessoas com histórico de violência extrema.

Em 2019, o serviço atendeu 245 pessoas em 50 residências, com seis delas (cinco para mulheres e uma para homens) geridas pela Ashadeep em Assam. Para atender 60 pessoas, é preciso quatro funcionários – um gerente do programa, dois gerentes de caso e um enfermeiro – e 15 a 24 assistentes pessoais, dependendo do nível de apoio necessário. O pessoal é distribuído entre as várias casas (17).

As residências são alugadas e têm capacidade de acolher de quatro a cinco pessoas em grupos de afinidade. Elas estão localizadas em bairros urbanos ou comunidades rurais, próximos a serviços essenciais como comércio, centros culturais e unidades de saúde. Uma residência comum do *Home*

Again tem dois quartos, uma cozinha, uma sala de estar e dois banheiros, é arejada e tem encanamento e sistema de esgoto. Particularidades culturais e adequação social devem ser levadas em conta ao definir as residências e os bairros, e elaborar os planos terapêuticos. Uma combinação de casas e apartamentos independentes, incluindo condomínios fechados, é ofertada.

É de suma importância que cada pessoa desenvolva, ou construa, uma identidade única e coletiva. Por exemplo, um morador pode ter preferência por dormir em uma esteira no chão porque lhe agrada e evoca recordações e saudades de casa. Dar a opção de escolha é mais importante que oferecer uma cama que é considerada um direito básico e mais cômoda. Se a pessoa prefere comer um prato simples preparado com água, arroz e especiarias, ou de cebolas com o soro da manteiga, em vez de uma refeição saudável, essa decisão é respeitada. A cultura, a necessidade expressa e a identidade da pessoa são valorizadas.

O ingresso no *Home Again* é facultado a quem reside por um período maior que um ano em um dos estabelecimentos da *The Banyan* ou em hospital psiquiátrico público (existem três em Kerala e um em Ratnagiri, Maharashtra) e não existe a opção de retornar à comunidade. Ninguém é forçado e a decisão de utilizar o serviço é voluntária. Se existe a possibilidade de ir morar em uma das casas do *Home Again*, a pessoa pode escolher se quer viver em uma zona urbana ou rural e com quem compartilhar a moradia. A *The Banyan* não impõe regras rígidas e procura incentivar os moradores a criarem uma rotina de vida coletiva e delimitar espaços e limites. Isso costuma ocorrer de forma natural com o tempo, mas às vezes surgem conflitos. Se a situação se agrava, o gerente de caso ou o assistente pessoal intervêm para ajudar a negociar a melhor solução. Em alguns casos, os moradores manifestam o desejo de retornar à situação em que viviam anteriormente e ao círculo de apoio, mesmo se for em uma instituição. As decisões dos usuários são respeitadas.

Cada morador cria sua rotina e decide o grau de envolvimento com os demais residentes da casa. Não há restrição de mobilidade. Visitantes são bem-vindos e com frequência são vizinhos. O espaço é um lar para compartilhar momentos de lazer, diversão e espontaneidade onde as pessoas são incentivadas a construir relacionamentos, cooperar nas tarefas domésticas e manejar e resolver conflitos. Como em qualquer casa, o morador espera que respeitem sua privacidade (15). A identidade de um não vale mais que a do outro. E uma pessoa pode ser ótima cozinheira e estar aberta a se socializar, mesmo tendo alguma deficiência séria em alguma área.

Para cada residência são designados assistentes pessoais, a partir de avaliação das necessidades de suporte realizadas pelos profissionais utilizando o Instrumento de Funcionamento Social. Esse instrumento consiste em dez domínios, que vão de cuidados pessoais e administração da casa a aspirações culturais e espirituais. Algumas residências não contam com pessoal e outras têm uma equipe de serviço diariamente por algumas horas. Há casas que mantêm pessoal apenas durante a noite e outras requerem uma equipe em período integral, com assistentes pessoais que trabalham em turnos e acesso à área de alojamento do pessoal. À medida que as pessoas se habituem ao ambiente e às rotinas, em geral após os primeiros 18 meses, o grau de atenção recebida diminui (17).

Os assistentes pessoais recebem salário e têm direito a benefícios trabalhistas. Eles são contratados na comunidade local e trabalham motivados pelo desejo de ajudar no processo de recuperação dos residentes. São, na sua maioria, procedentes de áreas rurais e não possuem formação em saúde mental.

A *The Banyan* incentiva os ex-usuários, ou quem ainda utiliza o serviço, a se tornarem assistentes pessoais. A ideia é a de que a experiência vivida facilita o processo de cuidado e o bom relacionamento. Ao atuar como assistente pessoal, a pessoa fica mais confiante ao adquirir independência financeira

e autossuficiência. Vale destacar que a habilidade para cuidar dos outros e ajudar a melhorar a vida das pessoas melhora a imagem e percepção que a pessoa tem de si mesma, contribuindo para o processo de *recovery*.

O assistente pessoal deve compreender e ajudar a pessoa a identificar as experiências e metas que quer para sua vida; avalia as necessidades de suporte colaborativamente; ajuda a aprender habilidades e conhecimento e encontrar oportunidades e recursos às pessoas de quem cuida (17). Os assistentes pessoais auxiliam as pessoas nos cuidados pessoais e as ajudam a administrar a própria casa, transações financeiras e relacionamentos sociais. Eles também trabalham individualmente com cada pessoa utilizando os serviços para planejar as experiências de vida. Eles podem facilitar o acesso das pessoas a oportunidades de trabalho e aos serviços de saúde e a criar vínculos sociais (15).

Os assistentes pessoais participam de um programa de orientação de uma semana, organizado a partir do currículo desenvolvido em conjunto com a Universidade da Pensilvânia, especificamente para esse grupo. Nele, é priorizada a aprendizagem baseada em experiência englobando três áreas: estrutura, processo e protocolos. A estrutura se refere à intervenção, a quem ela se destina, aos valores e aos princípios norteadores. O processo se refere à implementação do serviço como encontrar uma casa, conscientizar os usuários sobre a possibilidade de deixar de viver e uma instituição e organizar o dia a dia de uma casa. Os protocolos são as diretrizes a serem executadas em todos os serviços prestados pela *The Banyan*, como dar acesso aos arquivos dos casos e usar ou divulgar informações do serviço (inclusive fotos). O treinamento pelo trabalho junto com as reuniões semanais de orientação e supervisão é fundamental para dar reforço e propiciar a aprendizagem e o aperfeiçoamento contínuos.

A equipe do *Home Again* mantém contato com os beneficiários sobretudo por meio dos assistentes pessoais que acompanham os planos terapêuticos individuais, elaborados de forma colaborativa, com base nos valores de cuidado com respeito, interdependência, escolha e autonomia. O consentimento e o sigilo são constantemente reforçados. O consentimento do usuário é necessário para o uso das informações para outras finalidades que não seja a prestação de serviço pela equipe clínica designada. Ao se inscrever no serviço, a pessoa preenche um termo de consentimento indicando como suas informações podem ser usadas. Qualquer violação do sigilo por parte da equipe é considerada séria. Se o usuário sente que perdeu a confiança, ele pode optar por trabalhar com outro assistente pessoal.

Todos os que utilizam o serviço têm acesso direto, por telefone, a profissionais de saúde mental experientes e à Comissão de Saúde Mental que avalia os serviços prestados pela *The Banyan*. Os agenciadores de caso possuem mestrado em assistência social e fazem visitas semanais. Os enfermeiros também fazem visitas semanais para o atendimento de saúde dos residentes (16).

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

O ingresso no *Home Again* é totalmente voluntário. Esse é um dos vários serviços oferecidos pela *The Banyan* e ele atende a todos, independentemente da situação de saúde e capacidade de levar uma vida com base nas próprias escolhas. Durante o período de residência no *Home Again*, as pessoas têm liberdade de escolha de lazer, trabalho ou interação com a comunidade.

A maioria das pessoas que utiliza o *Home Again* recebe ajuda para redigir um documento de diretiva antecipada, que é revisado todos os anos. Reitera-se constantemente à equipe do serviço de que eles devem entender os anseios dos residentes, procurar saber suas preferências, expectativas e aspirações,

ajudá-los a identificar as vivências a serem recriadas ou restabelecidas e dar suporte para atingirem as metas pessoais. A equipe é fortemente orientada a atender aos anseios da pessoa em vez de impor suas próprias ideias e rotinas. Por meio de treinamento, os funcionários aprendem a questionar seus próprios sistemas de valores e perspectivas em profundidade e entender como isso interfere na prestação do serviço. Um dos preceitos do *Home Again* é o de que os usuários do serviço são os principais agentes de sua própria vida e o serviço é gerido e prestado de acordo com as preferências individuais.

O projeto e a estrutura do *Home Again* estimulam a criação de círculos de apoio que devem surgir com naturalidade, sem pressão, e podem envolver outros residentes, funcionários e vizinhos. Essas relações também ajudam a melhorar a comunicação com pessoas com alta necessidade de apoio e a entender suas preferências.

Práticas não coercitivas

As pessoas que usam o serviço entram e saem da residência à vontade. Encontros frequentes são organizados com os usuários e a equipe do serviço e são baseados na abordagem de Diálogo Aberto para garantir que qualquer atitude coercitiva não intencional, termos implícito ou explícita, seja abordada. São usados exemplos simples, como a escolha do programa de televisão ou quem é responsável pelo controle remoto. Os agenciadores de caso recebem capacitação nas técnicas de Diálogo Aberto.

Na eventualidade rara de ocorrer uma crise que requer o encaminhamento a um serviço de internação, a pessoa pode optar por ingressar em um dos centros de atenção de emergência e *recovery* da *The Banyan*. Contenção e isolamento são práticas que jamais são usadas nesses serviços.

Segundo as diretrizes do *Home Again* (Volta à Casa), o residente é quem decide tomar ou não os medicamentos prescritos e aqueles que se recusam nunca são forçados ou coagidos. Em vez disso, são usadas as estratégias de Diálogo Aberto para procurar saber e entender os pontos de vista e os motivos para tal decisão. A pessoa pode considerar que os medicamentos são a causa dos seus problemas ou sofrer com os efeitos colaterais que interferem significativamente em sua qualidade de vida. Nesses casos, o serviço busca encontrar alternativas e, se adequado, a pessoa é orientada a reduzir o uso dos medicamentos de forma segura. Se ela concordar, uma conversa pode ser organizada com os pares para falar sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e as formas de lidar com eles. O *Home Again* reconhece que muitas pessoas (inclusive quem recebe medicação) podem conviver com sintomas sem rupturas significativas ou sofrimento em suas vidas.

Se ocorrerem conflitos interpessoais na casa, busca-se a resolução dos conflitos de forma colaborativa com o reforço de mensagens que estabelecem limites, usando estratégias de Diálogo Aberto. A equipe é capacitada para construir relações de apoio e confiança mútua com os usuários. Ela também é treinada para proporcionar um espaço seguro, escutar ativamente, reforçar ao residente que seu papel é apoiar, oferecer significativas e reconfortantes, compreender e validar as experiências, utilizar raciocínio articulado com os usuários e reiterar mensagens que transmitem segurança. Os profissionais e pares com mais experiência sempre estão disponíveis, por telefone ou pessoalmente, para ajudar nesse processo.

O *Home Again* teve um impacto nas práticas coercitivas baseadas em casta e gênero. Embora a escolha da moradia se dá por grupos de afinidade, pessoas de diferentes castas estão vivendo juntas, e há uma evolução lenta com grupos de classes mistas. O serviço também representa o ainda raro modelo de domicílio encabeçado por mulheres, onde elas levam uma vida independente, sem o apoio dos homens.

Inclusão comunitária

O *Home Again* foi aberto diante da necessidade dos usuários da *The Banyan* de um serviço de assistência de longa permanência que contribuísse para a reinserção na sociedade. O serviço visa a inclusão de pessoas com deficiência psicossocial na “malha socioeconômica da comunidade por meio de conexões fortes com os atores envolvidos em áreas do governo local, emprego, benefícios e atividades sociais” (15).

O *Home Again* promove diferentes maneiras de relacionar-se com a comunidade, como convidar os vizinhos para uma visita ou ir visitá-los, adotar animais de estimação, criar postos de trabalho na comunidade e ajudar as pessoas a encontrar e tirar proveitos dos principais recursos disponíveis na vizinhança. O serviço também estimula o residente a participar de cursos educacionais; fazer compras; ter acesso a atividades de lazer, espaços recreativos e locais de devoção; utilizar serviços bancários; exercer o direito de votar e outros direitos; e participar de eventos cívicos como assembleias na comunidade e organizar encontros em grupos de ajuda mútua. A equipe do serviço também ensina o residente a usar o transporte público e manejar os recursos modernos de tecnologia da comunicação (18).

Relacionamentos são criados dentro da residência e fora dela. Depende muito do contexto da vizinhança se as interações diárias são circunscritas aos comerciantes locais, entregadores de leite ou assistente bancário, ou se os relacionamentos de amizade tornam-se mais firmes e sustentados. Por exemplo, as comunidades rurais têm maior senso de coesão, trocas sociais e proximidade entre as pessoas do que as comunidades urbanas mais espalhadas. São por esses motivos que a *Home Again* incentiva o residente a planejar ou participar de encontros sociais e manter hábitos sociais, como ficar na varanda da casa no fim do dia e frequentar serviços religiosos ou *namaz* (18).

Alguns residentes desenvolvem relacionamentos íntimos. Não há restrição quanto a relações consensuais entre pessoas da mesma residência, nem o encorajamento a relações heteronormativas. Duas pessoas do *Home Again* em Kerala se apaixonaram e se casaram em 2020 e o casal vive atualmente de forma independente em uma casa alugada, e trabalha em um empreendimento na área social.

Os usuários muitas vezes começam a considerar ter a própria família mais ativamente depois que eles se mudam para uma residência do *Home Again*. Nesses casos, todos os esforços são feitos para rastrear famílias e, dependendo da situação e preferência do usuário do serviço, eles podem voltar a viver com os familiares (18, 19).

Participação

A *The Banyan* possui uma Comissão de Saúde Mental (CSM) coordenada por pessoas com experiência vivida que avalia o serviço *Home Again* e oferece *feedback*. As reuniões são abertas a todos. Também existe um Comitê Externo de Direitos Humanos (DH) formado por usuários de serviços de saúde mental, ativistas dos direitos das pessoas com deficiência, advogados e cuidadores de pessoas com condições de saúde mental. O Comitê de Direitos Humanos realiza, todos os meses, visitas programadas aos escritórios e serviços da *The Banyan*. As unidades do *Home Again* são avisadas e as pessoas têm a oportunidade de se manifestar livremente ao comitê. As pessoas podem entrar em contato com os integrantes do comitê por telefone ou encaminhar suas opiniões de forma anônima à Comissão de Saúde Mental ou ao Comitê de Direitos Humanos. Ambos foram formados pela *The Banyan* e supervisionam todos os serviços, inclusive as residências do *Home Again*.

As observações enviadas pelos usuários são contempladas em um parecer preparado pela Comissão de Saúde Mental a partir de visitas trimestrais e entrevistas. Os agenciadores de caso fazem visitas semanais ao serviço e também registram o *feedback* dos residentes. Questões urgentes são encaminhadas sem demora e outros assuntos são discutidos oportunamente. Além disso, um grupo focal de discussão é realizado com usuários do serviço mensalmente. Reuniões de avaliação do *Home Again* ocorrem todos os meses para avaliar as principais atividades, obter o *feedback* da Comissão de Saúde Mental e do Comitê de Direitos Humanos, discutir os desafios enfrentados e decidir providências para melhorar os serviços (16).

Pessoas com experiência vivida, inclusive aquelas com histórico de viver na rua, representam 25% do quadro de pessoal, gerência de alto escalão e diretoria. Ambos os fundadores do serviço foram diagnosticados com condições de saúde mental e um integrante da diretoria já teve a experiência de morar na rua e tem problema de saúde mental. O objetivo é atingir uma representação de 50% ou mais nos próximos anos.

Muitos assistentes pessoais também têm a experiência de sofrimento mental, talvez porque tiveram de abandonar a faculdade para trabalhar e ajudar a tirar a família da pobreza. Essas experiências vividas ajudam a melhorar o suporte dado aos usuários (16). O serviço também serve de ponte para fazer o vínculo entre os beneficiários e as redes de pares na comunidade.

Abordagem de Recovery

Os serviços prestados pelo *Home Again* são adaptados às necessidades singulares dos usuários. O gerenciamento dos casos envolve avaliações detalhadas para determinar os requisitos de suporte médico e psicossocial e planos terapêuticos individualizados (16). Os assistentes individuais prestam apoio de forma dinâmica, adaptativa e responsiva para atender às necessidades pessoais de cada usuário. Para preservar a autonomia e independência dos usuários, o *Home Again* elaborou um código padrão de prática a fim de assegurar que todos recebam suporte efetivo independentemente da orientação ideológica e filosófica dos integrantes da equipe

As pessoas na *Home Again* recebem suporte para elaborar um plano de *recovery* como forma de considerar e documentar expectativas, metas, dificuldades, êxitos e estratégias para lidar com situações tensas e manter o bem-estar. Os planos são constantemente revistos. Todos os meses é realizada uma sessão baseada no Diálogo Aberto em que as metas, experiências e necessidades individuais são avaliadas de forma colaborativa e as ações de acompanhamento são registradas. Validar as narrativas dos usuários é importante; por isso, essas sessões reconhecem desafios enfrentados pelas pessoas, e, de forma colaborativa, identifica estratégias significativas para alcançar seus objetivos.

Avaliação do serviço

Entre 2014 e 2016, o *Home Again* realizou um estudo quase-experimental com grupo de controle pareado de pessoas que utilizam, por mais de 12 meses, os serviços da *The Banyan*. A pesquisa incluiu uma comunidade urbana em Chennai e três comunidades rurais ao sul dessa região. A experiência de 53 residentes que escolheram as residências do *Home Again* foi avaliada em comparação a de 60 pessoas assistidas em unidades institucionalizadas da *The Banyan*, consideradas do grupo de tratamento padrão habitual. Medidas de desfecho ao funcionamento em comunidade, deficiência, saúde psicológica e qualidade de vida (15), foram coletadas a cada seis meses utilizando diferentes questionários e escalas durante 18 meses (16). Observou-se uma melhora significativa do parâmetro

funcionamento em comunidade no grupo do *Home Again* em comparação ao grupo de tratamento padrão habitual aos seis e 18 meses.

Muitos dos usuários do *Home Again* relataram experiências positivas sobre uso do serviço. Um artigo recentemente publicado em uma revista da Índia, *The Week*, destacou a história de duas mulheres beneficiadas com o serviço que se tornaram um exemplo a outras mulheres da comunidade (17).

Além disso, foram coletados dados de observações etnográficas feitas pelos assistentes pessoais e realizadas entrevistas como parte de ensaios clínicos prévios do *Home Again*. A partir disso, os vários residentes relataram a própria experiência no serviço ([Rohatgi P], [The Banyan], dados não publicados, [2015]). Um dos residentes afirmou que:

“Agora eu me sinto como quando era mais jovem, antes de adoecer, quando eu estudava, voltava para casa da escola e cozinhava (...) Estou muito contente (...) Isso é bom, todos ficarão contentes, ficarão em paz por terem um lar”.

Outro afirmou:

“Após algum tempo a gente se sente em casa. As paredes, a cozinha, a horta, o templo no povoado, os odores, tudo me faz recordar de mim nos bons tempos da minha infância com meus parentes”.

Outro residente relatou:

“A alegria de fazer compras no mercado em meio ao alvoroço e correria, passear no campo, cozinhar sambar para todos e ir provando até chegar ao paladar e consistência certos – são pequenas alegrias, mas importantes”.

E uma vizinha do *Home Again* acrescentou:

“Nós nos questionamos como seria a vida quando tivéssemos ‘essas pessoas’ como vizinhos. Agora deixo minha filha lá quando saio para trabalhar e a minha vizinha querida cuida dela e lhe dá de comer. Fiz uma grande amiga que me ajuda”.

Custos e comparações de custo

Nos últimos 26 anos, entidades doadoras garantiram o financiamento contínuo com contribuições periódicas. O serviço foi sobretudo mantido pela *The Hans Foundation*, *Rural India Supporting Trust*, Iniciativa Filantrópica Azim Premji, *Sundram Fasteners Limited* do TVS Group, Bajaj Finserv, Fundação Paul Hamlyn e Fundação HCL. Além disso, um fundo de 150 milhões de rúpias indianas foi criado pelo *Rural India Supporting Trust* para garantir o interesse pelo serviço e a sustentabilidade dos recursos básicos.

Dados obtidos em 2019 demonstram que o custo anual de operação do *Home Again* era de 9.060 rúpias indianas (US\$ 124⁵) por pessoa por mês, incluindo despesas com atividades de bem-estar, quadro de pessoal, capacitação e administração, em comparação a 29.245 rúpias indianas (US\$ 402) por pessoa por mês gastos nas unidades psiquiátricas da rede pública. Em uma determinada área, três residências receberam verbas dos governos locais (*panchayats*). Não há custo para os usuários do serviço.

Desafios e soluções

Arrecadar verbas suficientes para expandir o serviço

Sustentar e aumentar o financiamento foi um desafio devido principalmente aos custos crescentes com a constante expansão do serviço (contratação de pessoal, custos administrativos, aluguel, reformas, assistência de saúde, medicamentos e alimentação, entre outros).

Uma solução foi buscar parcerias de financiamento em diversos níveis do governo e de outras entidades (14). Em Kerala, três residências receberam verbas do governo local (*panchayat*), com financiamento previsto para os próximos três anos. Em Tamil Nadu, o governo anunciou a destinação de 13.800.000 rúpias indianas (US\$ 200.100ⁱ) para o *Home Again* (20).

A utilização de benefícios sociais, auxílio por deficiência, auxílio-moradia e do serviço de saúde pública ajuda a reduzir os gastos de cada residência. Em Kerala, por exemplo, espera-se que o auxílio por deficiência, junto com a reserva orçamentária de 3% para deficiência do governo local, cubra a maior parte dos custos previdenciários dos usuários do serviço.

Por fim, uma decisão da Suprema Corte da Índia de acabar com a assistência institucionalizada de pessoas com necessidades crônicas de saúde mental e prover atenção na comunidade estimulou a demanda pelo serviço e aumentou o financiamento (17).

Resolver o problema de retenção de pessoal

Uma das principais dificuldades foi o desgaste da equipe do serviço. Muitos assistentes pessoais se demitiram por estresse e esgotamento no trabalho já que muitos usuários têm necessidades complexas e precisam de um nível alto de apoio a longo prazo.

Uma solução foi ampliar o espectro de recrutamento, permitindo contratar uma diversidade maior de pessoas, inclusive mulheres de mais idade e pessoas com experiência vivida. Diante do empenho do governo da Índia em gerar mais empregos à população, sobretudo às mulheres, a *The Banyan* preparou, em colaboração com a Universidade da Pensilvânia, um curso profissionalizante sobre prestação de cuidados em saúde e saúde mental especificamente para a carreira nova de assistente pessoal, cujas vagas tendem a ser predominantemente ocupadas por mulheres. Também encorajou fortemente a participação de pessoas do *Home Again* na comunidade, o que aumentou o número de pessoas interessadas em ser assistentes individuais. Um integrante da equipe do serviço afirmou:

“Embora seja um trabalho exigente, principalmente quando é preciso evitar que uma situação se agrave ou lidar com problemas insolúveis, o propósito e a satisfação que esse trabalho nos dá, além da independência financeira, é incomparável”.

Engajar a comunidade em novas áreas

Há dificuldade em expandir o serviço a outras áreas geográficas com culturas diversas. Ter acesso a serviços essenciais e à oferta de residências também foram fatores limitantes assim como encontrar interessados comprometidos com a ideia de inclusão social de pessoas com transtorno mental.

O *Home Again* tirou proveito da sua enorme capacidade de integrar as pessoas nas comunidades para superar esses problemas. A partir de um modelo de ambiente familiar com assistentes acolhedores,

ⁱ Conversão da moeda em março de 2021.

os usuários do serviço começaram a ocupar os espaços na comunidade e ambientar-se socialmente. O serviço repercutiu nas reações locais aos problemas de saúde mental e, neste processo, contribuiu para encurtar a distância social e diminuir o preconceito. Ao constatarem os benefícios do serviço, os vizinhos nos bairros onde ao início foi difícil estabelecer as residências passaram a oferecer moradias.

Assegurar o apoio à desinstitucionalização e à vida comunitária

No início, foi difícil a adesão da equipe e dos residentes quanto à viabilidade de prescindir da alta da assistência institucional. Dialogar com os residentes foi fundamental para convencê-los de que a residência comunitária trazia mais benefícios que a permanência em hospitais psiquiátricos.

Manter os valores do serviço

Apesar dos esforços, a filosofia e os valores pretendidos às vezes não foram observados ou cumpridos em todos os aspectos do serviço. Houve também dificuldade em vencer atitudes tradicionais paternalistas e controladoras.

Métodos pragmáticos de ensino e capacitação foram usados para contornar esses problemas. Sessões de capacitação com diferentes atores envolvidos também foram realizadas. As lideranças dos pares, assistentes sociais e assistentes pessoais que conheciam bem o serviço e sua filosofia ajudaram a ensinar os protocolos aos recém-contratados. Os gerentes sênior também fizeram visitas periódicas para dar orientação e promover a aprendizagem. Reuniões e conversas entre usuários sobreviventes e a equipe foram igualmente importantes para que pudessem compartilhar suas perspectivas práticas de campo.

Todas essas respostas ajudaram os profissionais iniciantes a entender a necessidade de respeitar a abordagem baseada nos direitos das pessoas atendidas e de praticar e executar o programa da maneira pretendida. Ouvir o pessoal mais experiente e pessoas com experiência vivida ajudou a cultivar a mentalidade certa para pôr o projeto em prática.

Dar espaço à liderança dos pares nas diferentes sedes também contribuiu para uma mudança de mentalidade. As pessoas com experiência vivida passaram a administrar os projetos do *Home Again* em vários lugares e assumiram diversas funções, como chefia, apoiadores de pares e assistentes pessoais. Seminários e grupos focais foram realizados com os usuários para que fosse realmente um projeto coproduzido.

Principais considerações para contextos diversos

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

- realizar auditorias lideradas por usuários, em que eles são pesquisadores, para melhorar a qualidade do serviço;
- usar a abordagem de “curvas de *feedback*” para o aperfeiçoamento do serviço, com a coleta periódica de *feedback* dos residentes, equipe do serviço e assistentes pessoais, visando melhorar o projeto e a prestação do serviço; e
- reconhecer que um dos fatores que mais influenciam na capacidade de transferibilidade para o *Home Again* relaciona-se à prontidão dos sistemas de saúde mental mais amplos como um todo para um serviço centrado em valores.

Mais informações e recursos

Site:

<https://thebanyan.org/>

Vídeos:

The Banyan Home again (dezembro de 2018) <https://www.youtube.com/watch?v=4iX7tSwa2Dc>

Home Again (16 de janeiro de 2017) <https://www.youtube.com/watch?v=FOyLSMHJjVg>

Contatos:

Pallavi Rohatgi, diretor-executivo – parcerias, The Banyan, Índia.

E-mail: pallavi@thebanyan.org


Nisha Vinayak, codirigente, Centro para Ação Social e Pesquisa, Academia Banyan de Liderança em Saúde Mental, Índia.

E-mail: nisha@thebanyan.org

2.3

Redes de residências terapêuticas *KeyRing*

Reino Unido da
Grã-Bretanha e Irlanda
do Norte

A person wearing a black jacket with a colorful floral pattern is holding a piece of cardboard with handwritten text. The text is written in black ink and reads: "I Live with my cat
In my flat Lara
keyring I am x
independent
am I Love cooking
FOOD".

I Live with my cat
In my flat Lara
keyring I am x
independent
am I Love cooking
FOOD

Classificação primária: serviço residencial de apoio terapêutica

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

Contexto

O Reino Unido é um país de alta renda com um sistema de saúde mental bem desenvolvido. Porém, nos últimos anos, cresceu a preocupação de que o processo de desinstitucionalização chegou ao fim. Como em outros países europeus, constata-se um número crescente de pessoas com condições de saúde mental e deficiência psicossocial vivendo em instituições asilares ou em outras formas de moradia inadequadas, encarcerados em prisões e centros psiquiátricos forenses (21). Alguns analistas descrevem esse fenômeno como um processo de transinstitucionalização, ou mesmo reinstitucionalização (22). As evidências demonstram que, na Inglaterra, o foco é no risco pessoal (23), com um aumento de 40% nas detenções sob a Lei de Saúde Mental entre 2005 e 2016 (24).

Em seu relatório de 2017, o Grupo de Desenvolvimento Nacional para Inclusão (NDTi), uma organização sem fins lucrativos, chamou atenção ao fato de que muitas pessoas com deficiência vivem em condições de vida precária: “Embora a política e a legislação de saúde e de assistência social fomentem abordagens centradas na pessoa e serviços na comunidade (como a lei Care Act de 2014) e desincentivem contextos residenciais segregados da família e das comunidades, isso parece não estar repercutindo significativamente nos padrões atuais” (25).

O Grupo de Desenvolvimento Nacional para Inclusão apontou os custos como fator contribuinte para abandonar as opções fundadas na escolha e no controle e adotar modelos mais tradicionais de apoio residencial. O grupo destacou formas alternativas de residências de apoio na comunidade que poderiam reduzir os custos (26), citando as redes de residências terapêuticas e convivência *KeyRing* (descrita adiante). Um estudo recente corroborou esse pressuposto (27).

Vários países adaptaram o modelo de serviço *KeyRing* ao contexto local, incluindo Pameijer na Holanda, Eteva na Finlândia, *Brothers of Charity* na Irlanda e as residências da região sudoeste da Tasmânia na Austrália.

Descrição do serviço

Desde 1990, o *KeyRing* oferece serviços residenciais de apoio com a missão de inspirar pessoas a construir suas vidas de forma independente por meio de redes de suporte, interação, assistência flexível e desenvolvimento de habilidades (28, 29). Entre 2007 e 2018, o número de pessoas atendidas cresceu de 900 para mais de 2.000 em todo o país (27, 30).

As redes de suporte compreendem dez ou mais residências comuns localizadas em uma área próxima. Os membros do *KeyRing* são pessoas que encontram dificuldades para levar uma vida independente. Eles residem em uma certa área, ocupando todas as residências, exceto uma (31) que é reservada ao Voluntário da Residência Comunitária (CLV). O voluntário vive em uma casa separada, paga pelo *KeyRing* (32), e dá suporte informal aos membros em atividades da vida cotidiana, segundo as necessidades manifestadas pelos membros (33).

Cada rede propicia as condições para que o membro possa assumir o controle e ter responsabilidade pela própria vida ao residir em um lugar próprio e contribuir e interagir com a comunidade local (33). O *KeyRing* se baseia na premissa de que, quanto mais as pessoas encontram-se engajadas e conectadas a uma comunidade, quanto mais elas vêm além dos serviços e suporte, mais elas adquirem independência. (28). Também promove o desenvolvimento comunitário baseado em talentos e recursos locais (ABCD) (34), que é uma abordagem centrada na capacidade dos membros de assumir o controle das atividades e tarefas diárias.

O *KeyRing* se baseia nos seguintes princípios:

- *keep going* [seguir em frente]: nem tudo funciona ou funciona da primeira vez, as pessoas têm dificuldades e precisam superá-las. O serviço presta apoio para que a pessoa possa superar as barreiras no seu tempo e seguir o próprio caminho.
- *empatia*: os desejos e as aspirações dos membros são as principais preocupações, e a medida de sucesso deve ser quanto o serviço ajuda a pessoa a alcançar seus desejos.
- *you do it* [faça você]: o único caminho para empoderar e promover a transformação é “fazer com (alguém)”, a partir das habilidades e experiência da pessoa, e não “fazer por (alguém)”.
- *respeito*: a pessoa é quem mais sabe da própria vida e das suas aspirações, então elas são as especialistas e devem decidir sobre o que acontece
- *imaginação*: dar apoio para que a pessoa possa encontrar soluções criativas para atingir suas metas, trabalhar com outras pessoas e entidades afins e fazer o seu melhor.
- *não iludir*: ser. Honestidade e transparência sobre o que o serviço pode, ou não pode, proporcionar e sobre as razões para tal; e
- *global*: a abordagem deve ser universal, o sucesso é individual. O *KeyRing* dedica-se a escutar a pessoa e atuar junto às comunidades locais para que ela possa ganhar mais independência, melhorar seu bem-estar e integrar uma rede de contatos e amigos (27).

O *KeyRing* possui mais de 100 redes em cerca de 50 distritos na Inglaterra e no País de Gales (32). Em 2017 e 2018, o serviço deu suporte a 2.001 pessoas por meio de uma equipe de 209 funcionários e voluntários (33). As ações são “multilocais”, ou seja, o serviço conta com funcionários locais, voluntários e membros que têm a retaguarda de uma pequena equipe nacional sediada em um escritório em uma região central de Londres (35).

Após mapear os recursos existentes na comunidade, o *KeyRing* procura trabalhar com diversas pessoas locais, de bibliotecários a lojistas. Palestrantes convidados da área local são também chamados para conversar com os membros (36). À medida que as pessoas se tornam mais envolvidas, elas dependem cada vez menos dos serviços de suporte e tornam-se cidadãos atuantes em prol da comunidade local.

O voluntário da residência comunitária (CLV) dedica 12 horas ou mais por semana para dar suporte aos membros, como pagar contas e administrar o orçamento e ter acesso a recursos educacionais, emprego e trabalho voluntário (33).

Como explicou Amy, membro do *KeyRing*: “Se eu recebo uma carta e tenho dificuldade de entender, posso ligar ao voluntário da residência comunitária e ele virá me explicar do que se trata” (37). Os membros me ligam e dizem: ‘Você pode vir aqui e me ajudar com isso?’. Ou normalmente eu apareço uma vez por semana para ver se está tudo bem” (37), contou Lee Hart, voluntário da residência comunitária. O voluntário também promove o apoio mútuo entre os membros da rede e os ajuda a criarem vínculos com os vizinhos, a comunidade e as organizações locais. O voluntário da residência comunitária pode conectar os membros por meio de uma rede comunitária local, que é um espaço em que os membros podem ir sem avisar para receber suporte individual de um voluntário da residência comunitária, ou de outros voluntários, e encontrar-se com membros da comunidade, dependendo se as regras da rede permitem. Por meio dessas redes, os membros podem socializar, planejar eventos e obter informações e orientação (33).

Os Voluntários de Conexões Comunitárias da *Key Rink* (38) atuam na rede sem assumir o papel do voluntário da residência comunitária. Eles têm habilidades únicas para compartilhar ou assumir tarefas específicas, como gerir uma rede.

Os Gerentes de Apoio são responsáveis por um grupo de redes e supervisionam a atuação dos voluntários das residências comunitárias. Eles se encarregam de receber as pessoas encaminhadas ao serviço, avaliar a equipe de pessoal e designar suas funções e assessorá-los para que criem condições para que os membros cumpram suas metas e expectativas (29). Os membros podem entrar em contato diretamente com o gerente de suporte (33). O quadro de pessoal também inclui facilitadores comunitários, que trabalham à noite e aos fins de semana, e ajudam os membros a aproveitar os próprios recursos e talentos e interagir com a comunidade, permitindo que se formem naturalmente relações de suporte (38).

A seleção de pessoal para trabalhar ou ser voluntário do *KeyRing* baseia-se mais nos valores pessoais do que na experiência. Nem todos os funcionários precisam ter experiência em trabalho social. Contudo, eles são selecionados se compartilharem os seguintes valores: igualdade, direitos e respeito, influência e inclusão e mudança. O *KeyRing* busca pessoas para facilitar e empoderar, responder e avaliar, melhorar e inovar, questionar o *status quo* e criar vínculos entre as pessoas (38).

Toda a equipe contratada e os voluntários do *KeyRing* devem fazer um curso obrigatório de treinamento e orientação para o trabalho proporcionado pela *Care Academy*, uma plataforma *on-line* de ensino que oferece uma série de cursos em saúde e assistência social (39). Todo o pessoal deve completar, no mínimo, quatro módulos sobre temáticas diversas, como saúde e segurança, trabalho solitário, salvaguardas e defesa da igualdade e diversidade. A equipe também recebe orientação sobre os valores do *KeyRing*, como empoderamento e organização comunitária, e aprendem a usar o método *Outcome Star* (40) para ajudar os membros a terem uma vida mais independente. A equipe pode então realizar mais outros oito módulos sobre temas variados, como conscientização em saúde mental, demência e problemas de aprendizagem.

Após concluir os 12 módulos do curso e o período de experiência, o participante recebe um diploma de nível 2 em “Cuidado” e um diploma de nível 3 em estudos sobre “Problemas de Aprendizagem”. Outros cursos para atender a necessidades específicas, ou ajudar no desenvolvimento comunitário, são saúde mental, violência doméstica, uso de substâncias, benefícios sociais, epilepsia e linguagem de sinais britânica. Os gerentes de apoio, na sua maioria, têm um diploma de nível 5 em Gestão. O *KeyRing* também dá acesso ao conteúdo de aprendizagem *Open Futures* (41), um vídeo didático *on-line* que enfatiza a independência, a capacidade de superação e o empoderamento. Enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos do quadro de pessoal compartilham experiência e aprendizado, contribuindo para reforçar e aprimorar o trabalho.

Inicialmente, o *KeyRing* era uma alternativa à residência de apoio exclusiva para pessoas com problemas de aprendizagem (42). Hoje ele serve a qualquer um que precise de suporte para uma vida independente, inclusive pessoas com deficiência psicossocial, condições de saúde mental, dependência de álcool e drogas, deficiência física ou sensorial, autismo, síndrome de Asperger e idade avançada. Embora o *KeyRing* não goste de rotular as pessoas, o site informa que “às vezes o serviço precisa usar rótulos para ajudar as pessoas a entender a quem o *KeyRing* pode apoiar” (28).

O *KeyRing* aceita quem quer fazer parte de uma rede ampla de apoio mútuo. Isso não significa que seus membros devem ser socialmente habilidosos ou confiantes, mas que o apoio deles é parte de algo maior e que ele aceita participar, mesmo momentos difíceis

O relacionamento dentro das redes segue o modelo das relações sociais e, portanto, pode acontecer de as pessoas não se darem bem. Os membros costumam ter dificuldade para se relacionar socialmente e precisam de ajuda para adquirir competência e confiança. Os voluntários da residência comunitária e a equipe do serviço trabalham para ajudar os membros a se desenvolverem. Quando há discordância ou desavença, eles ajudam a resolver o problema. Não se espera que todos sejam amigos, mas sim que exista uma política da boa vizinhança.

O *KeyRing* não possui regras específicas para a exclusão dos membros. No entanto, eles são convidados a sair do serviço se insistem em não interagir ou se comportam de maneira que ameace a segurança dos outros participantes, da equipe ou dos voluntários. Se um membro apresenta uma crise, o *KeyRing* continua a prestar suporte junto com os outros serviços de saúde mental, mesmo em casos de internação hospitalar. Os que constatam que o serviço não atende suas necessidades são encaminhados às equipes de serviço social das autoridades locais.

Ao se tornar membro do *KeyRing*, a equipe do serviço examina a vida da pessoa em todos os domínios para determinar as necessidades que requerem apoio imediato (43). Subsequentemente, o membro e a equipe elaboram, de maneira conjunta, um plano detalhado contendo metas pessoais específicas e ações a curto e longo prazo que necessitam ser alcançadas. O plano, geralmente, inclui um orçamento pessoal (32) para incentivar a responsabilidade e independência (44). Ele é criado com o auxílio da ferramenta de planejamento *Outcome Star*, que abrange dez domínios da vida e permite avaliar o estágio em que a pessoa está em uma escala de 1 a 10 (de “sem iniciativa” à “autossuficiência”, passando pelos estágios intermediários de aceitar ajuda, acreditar e aprender) (40).

Ao ingressar na rede, o recém-chegado entra em contato com outros membros, voluntários da residência comunitária e voluntários de conexão com a comunidade para que ocorra a interação e possam participar do suporte de pares. A equipe de profissionais do *KeyRing* oferece apoio individualizado e trabalha para obter recursos na comunidade para os membros. Quem precisar de apoio extra além das atividades diárias, pode recorrer aos facilitadores comunitários (33).

Se a equipe do serviço não estiver disponível e o membro precisar falar com alguém com urgência (32), ele pode ligar para a central de atendimento do Serviço de Apoio, Gerenciamento e Resposta (SMaRT) da *KeyRing*, que atende fora do horário normal, 24 horas por dia, sete dias na semana, e falar com orientadores habilitados. Esses profissionais^j são capacitados em conscientização em saúde mental, a responder a chamadas de pessoas com risco de suicídio, entre outras habilidades.

Os membros do *KeyRing* têm acesso a serviços que proporcionam suporte de maneira flexível e em graus variados. Por exemplo, um membro pode receber ajuda para, por exemplo, aprender a usar o transporte público, lembrar de compromissos marcados e ter alguém para acompanhá-lo, se for o desejo dele.

A residência dos membros pode ser alugada de um órgão público ou associação de moradias ou ser uma propriedade coletiva ou do residente. As redes são formadas no entorno de uma residência existente e os residentes nem sempre precisam se mudar para ingressar na rede. Caso ocorra a mudança de endereço, a equipe do *KeyRing* procura garantir que o novo membro não irá abrir mão de vínculos importantes com pessoas e a comunidade (32), e ajuda a encontrar uma moradia na área da rede. O contrato da residência é feito em nome do membro e não está vinculado ao apoio do *KeyRing* (28). Suporte é prestado por um período limitado, que não costuma ultrapassar dois anos.

Diferentemente dos modelos tradicionais, *KeyRing* investe em criar vínculos e reforçar os pontos fortes da pessoa (não as suas deficiências) e acredita que as pessoas não devem ser qualificadas por rótulos. Como esclareceu Danny McDowell, ex-membro do *KeyRing* que entrou para o Conselho Deliberativo (34):

“Eles têm tempo para escutar. Se dizem que vão fazer, eles fazem. Outros serviços *já me deixaram na mão, mas eles não são como os outros*. Se o *KeyRing* diz que vai ajudar, eles aparecem no dia seguinte e cumprem. Ou seja, eles praticam o que pregam. Nunca me deixam na mão quando preciso. Tenho todos os números de emergência. (...) Posso pegar o telefone e ligar para várias pessoas. Se eu ligo e a pessoa está ocupada, outro estará livre. Embora não seja um serviço de 24 horas, há sempre alguém do outro lado da linha para falar comigo. (...) Nunca aconteceu de eu pedir ajuda e não receber” (45).

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

A capacidade jurídica é um elemento importante das redes *KeyRing*, tanto no projeto quanto na prática. A missão central do *KeyRing* é promover a vida independente e a autonomia na comunidade aos membros. Para aumentar a independência, enfatiza-se “fazer com (alguém), usando os recursos e a experiência da pessoa e não fazer por (alguém), [porque] é a única forma de empoderar as pessoas e promover a transformação sustentada” (27). A equipe do serviço é treinada para iniciar com o que a pessoa consegue fazer e procura descobrir como aumentar a independência de modo a empoderá-la (28). O serviço também reforça que o membro é quem mais se conhece e decide o que fazer; é ele quem escolhe onde e com quem viver e assina o contrato da moradia (27). Assim, adquire um senso de responsabilidade e autonomia. A abordagem com base nos recursos também gera estímulo e positividade ao focar os pontos fortes da pessoa. Incentivar o membro a aprimorar as próprias habilidades ajuda a adquirir autonomia.

^j A central de atendimento é proporcionada pela *Nottingham Community Housing Association (NCHA) Care and Support*.

Após ingressarem no *KeyRing*, os membros elaboram um plano de apoio, em conjunto com o funcionário do serviço, para documentar suas expectativas e aspirações e convertê-las no suporte que irão receber no *KeyRing*. Os planos de apoio são revistos todos os anos, mas os membros podem fazer modificações quando quiserem.

O acesso ao apoio é flexível e o membro pode entrar em contato com seus pares em sua rede ou com o voluntário da residência comunitária se sentir necessidade. Ele também pode recorrer à central de atendimento por telefone SMarT. O *KeyRing* facilita o acesso a informações da rede, documentação e ferramentas de apoio e a equipe do serviço está bem preparada para prestar esclarecimentos aos membros (45). Por exemplo, uma versão simplificada da política de coprodução está disponível no site do *KeyRing*, permitindo àqueles interessados a ingressarem no portal a obter todas as informações para tomar uma decisão com autonomia (46). De modo geral, sempre busca-se que as escolhas sejam informadas, assegurando que a rede de membros tenha acesso a informações compreensíveis, que eles possam se consultar com profissionais e, se quiserem, ter acesso a um apoiador.

A rede de apoio preexistente é também valorizada e integrada, se houver interesse do membro. Os residentes não precisam mudar de endereço para ingressar na rede, porque novas redes podem ser formadas no entorno da sua residência, o que permite que sejam mantidos vínculos familiares e sociais (32).

A premissa de que todos têm algo a contribuir na comunidade também significa que o suporte de pares é valorizado e promovido, e que a equipe do serviço e os voluntários são igualmente considerados como membros da comunidade. Isso evita a assimetria de poder e a criar uma barreira que impeça os membros de manifestar livremente suas expectativas, aspirações ou queixas.

Práticas não coercitivas

Práticas coercitivas, como isolamento e contenção, nunca são usadas nas redes *KeyRing*. Se um gerente acredita que a equipe e os voluntários precisam saber como evitar a escalada do conflito, então eles recebem treinamento. Outro tipo de capacitação, como trabalho com pessoas difíceis e propensas a violência autoprovocada, é proporcionado aos funcionários por meio da plataforma de aprendizagem *Open Futures*. Se um membro tem uma crise, o *KeyRing* entra em contato com as equipes de saúde mental ou o serviço social da região para juntos decidirem sobre o encaminhamento, que pode envolver ou não internação hospitalar. Caso a pessoa seja encaminhada a um hospital, o pessoal do *KeyRing* toma conta de questões financeiras e da moradia para garantir que ela tenha uma casa para morar, faz visitas ao membro e mantém contato com a equipe de saúde mental e o hospital para planejar para quando houver a alta.

Em uma situação em que um membro resiste em tomar seus medicamentos, se ele consentir, a equipe do serviço marca uma conversa multidisciplinar com profissionais, familiares e cuidadores ou outras pessoas envolvidas, para esclarecer os riscos e os benefícios dos medicamentos. O *KeyRing* continua a dar apoio aos membros que optarem em não tomá-los mais. Porém, ele é incentivado a conversar com um colega voluntário que faz uso dos mesmos remédios. Os profissionais podem considerar que seria benéfico prosseguir com o tratamento, e, desse modo, a equipe do serviço reforça a orientação profissional, evitando julgar a pessoa se ela tomar uma decisão contrária. Além disso, a equipe salienta, em outros aspectos da vida do membro, como identificar os resultados positivos para as metas que se propuseram alcançar, porque se acredita que o êxito em um determinado aspecto pode ajudar a “destravar” outra área. Embora o apoio prestado seja independente da decisão tomada, se a pessoa vir

a adoecer, isso pode comprometer sua condição de moradia e autonomia. E se o *KeyRing* considerar que uma pessoa está prejudicando os outros membros da rede ou a equipe do serviço, se for apropriado, as autoridades locais ou policiais podem ser alertadas para proteção.

Inclusão comunitária

A utilização da rede significa que os membros vivem na comunidade e participam da vida comunitária. A premissa do *KeyRing* é a de que os cidadãos ganham independência ao serem mais atuantes na comunidade e perceberem que estão recebendo mais do que serviços e apoio. A variedade de opções à disposição no entorno da residência é um estímulo para que os membros da rede busquem apoio além do prestado pelo encarregado do serviço; por exemplo, eles podem ligar para um amigo se estiverem apreensivos ou sair para tomar um café se se sentirem solitários, participando diretamente da vida comunitária.

Além do apoio prático que o serviço presta, o *KeyRing* também promove outras interações com as pessoas e a comunidade, como participar em associações, grupos e atividades esportivas e em atividades comunitárias, a exemplo de projetos para melhoria do bairro, campanhas e arrecadação de dinheiro para caridade (45). As pessoas têm ajuda para procurar emprego na comunidade. Por isso que se exige dos voluntários das residências comunitárias e facilitadores comunitários que conheçam bem os recursos e as atividades da comunidade para poderem promover a interação entre as pessoas. O apoio formal para manter a moradia ou levar uma vida independente e cuidar da saúde mental produz resultados melhores se as pessoas interagem, fazem amigos e criam redes de apoio. Esse componente do desenvolvimento comunitário das ações do *KeyRing* é essencial ao progresso pessoal.

Participação

Os membros do *KeyRing* participam da estrutura do serviço em todos os níveis e o suporte de pares é a essência desse modelo. Como explicou um dos membros:

“Todos se ajudam. Os membros se ajudam e cuidam uns dos outros. Se uma pessoa não se sente bem e precisa de mantimentos, ela vai me ligar – e é assim que a rede funciona. *É uma comunidade com quem se possa contar*” (45).

Muitos membros da rede ascendem e passam a atuar como voluntários ou integram a equipe do serviço. Por exemplo, Anthony foi membro da rede por muitos anos e agora é voluntário da residência comunitária da rede em Sandwell. Ele conta com sua experiência vivida na rede ao trabalhar com os membros atuais. Da mesma forma, Dan participou da rede de *recovery* em Oldham e se tornou voluntário da residência comunitária e funcionário assalariado de apoio em outra rede. Daniel McDowell entrou para o Conselho Deliberativo após ter vivido como membro da rede.

Dois assentos do Conselho são reservadas a pessoas com experiência vivida que utilizaram o serviço (46). Um dos membros (33) declarou:

“Ser membro do *KeyRing* e especialmente integrar o Conselho Deliberativo me deixou confiante em todos os aspectos da minha vida, adquiri um certo status. Colaboro com o trabalho diário do *KeyRing*”.

Os membros do Conselho com experiência vivida recebem treinamento adicional e são preparados para participar das reuniões, de maneira que estejam informados e possam contribuir em base de igualdade com outros integrantes.

O *KeyRing* segue uma abordagem de coprodução. Todas as pessoas envolvidas em um serviço trabalham em conjunto para torná-lo operacional. De fato, espera-se que “os membros tenham voz potente em todos os níveis da organização” (29). Eles fazem apresentações frequentes sobre o serviço e tomam parte de ações de publicidade dirigidas às autoridades locais. Os membros trabalham nos processos de seleção de pessoal e voluntários e têm o mesmo poder de decisão que os gerentes. Também fazem parte do corpo editorial do periódico trimestral publicado pelo *KeyRing*. O grupo de trabalho denominado “Trabalho em prol da Justiça”, que defende os direitos de pessoas com problemas de aprendizagem que têm experiência no sistema judicial, também demonstra como os membros podem se envolver na gestão de uma organização. Esse GT se dedica diretamente a ministrar treinamento aos agentes penitenciários dos estabelecimentos prisionais na Inglaterra ensinando sobre como trabalhar com pessoas com problemas de aprendizagem (33).

Em 2009 e em 2013, os membros participaram da organização e no processo decisório para as conferências nacionais do *KeyRing*, realizadas na *Warwick University*, que teve a participação de cerca de 400 representantes. Os membros contribuíram com as principais decisões relativas à conferência e participaram de todos os aspectos práticos da organização (33).

Por fim, pessoas com experiência vivida também participam do controle de qualidade do serviço. O pessoal experiente que supervisiona os serviços do *KeyRing* é conhecido como *KeyCheckers* (46). Também são realizadas pesquisas de satisfação do membro para queixas e *feedback*.

Abordagem de Recovery

A abordagem de *recovery* é central para todas as ações do *KeyRing*. Rotular as pessoas, por exemplo, é visto como algo que limita o potencial delas.

“Onde os outros veem rótulos, como problema de aprendizagem, problemas de saúde mental, morar nas ruas ou dependência química, nós vemos habilidades e talentos. Vemos pessoas. Não gostamos de rotular. Os rótulos não permitem às pessoas sonhar. Não informam nada sobre o que elas podem realizar” (28).

O *KeyRing* utiliza uma abordagem integral para a pessoa e ao apoio, assegurando que todos os aspectos da vida do indivíduo sejam considerados quando um membro ingressa na rede, o que é feito por meio do plano de apoio da *Outcome Star*. Em um relatório da CLINKS ((45) sobre o *KeyRing*, afirmou-se que “a abordagem integral, flexível e centrada na pessoa possibilita aos clientes do *KeyRing* obter apoio prolongado em termos sociais, financeiros e de trabalho, o que contribui para que eles se sintam parte da comunidade e tenham mais controle sobre o próprio futuro”.

Outro aspecto do serviço que reforça o foco em *recovery* é a ênfase em uma abordagem baseada em recursos centrada nos pontos fortes da pessoa e no que ela pode fazer. Isso estimula a independência e recuperação. Assumir riscos positivos ou deixar que a pessoa tente e corra o risco de não dar certo, em vez de “fazer por” ela, é um elemento de *recovery* considerado fundamental para reforçar os recursos e a confiança. Um plano de gestão de riscos positivos é também preparado com estratégias para lidar com situações difíceis e estimular o bem-estar.

Avaliação do serviço

Entre as observações construtivas e devolutivas recebidas sobre a qualidade dos serviços prestados pelo *KeyRing* está o depoimento de Amy:

“Eu provavelmente teria acabado em uma instituição residencial se não tivesse recebido o apoio do [voluntário da residência comunitária] Lee. A minha vida teria sido muito diferente” (37).

Outros depoimentos estão publicados no site do serviço:

“Integrar o *KeyRing* e participar de eventos me deu uma nova perspectiva, me deu um senso de pertencimento, de não estar só. Posso encontrar gente, conversar, receber conselhos e me divertir à beça” (28).

Da mesma forma, atores envolvidos da comunidade também apontam benefícios com as redes de *KeyRing*. Em uma entrevista, um policial declarou:

“O *KeyRing* representa uma grande parte da comunidade. É um elo vital para nós, porque é difícil se aproximar de algumas pessoas na nossa comunidade, e *KeyRing* proporciona as conexões para podermos conhecer os membros e eles poderem nos conhecer” (47).

Além dos dados qualitativos, vários relatórios confirmam os bons resultados ao longo dos anos. A primeira avaliação independente foi realizada pelo Centro de Pesquisa Norah Fry em 1998, que mostrou resultados positivos em termos de qualidade do serviço e custo-efetividade (26). O *KeyRing* também foi avaliado em 2002 pela *Paradigm*, uma firma de consultoria em dificuldade de aprendizagem, que concluiu que o serviço “estava bem à frente da maioria das entidades em termos de foco e resultados”.

Em 2006, o Departamento de Saúde publicou um parecer e estudo de caso sobre as redes de serviços residenciais de apoio *KeyRing* em que se concluiu que o serviço “ajuda adultos que necessitam de apoio a obter mais que o oferecido pelos modelos tradicionais” (26). Essa pesquisa revelou bons resultados para membros de três redes distintas. Constatou-se que elas permitiam a pessoas que precisavam de apoio em alto grau fazer a transição gradual da atenção prestada por pessoal remunerado ou familiares a uma vida independente na comunidade.

A *Emerging Horizon* (48) realizou em 2015 uma avaliação da rede de recuperação, pesquisando pessoas em recuperação de abuso e dependência de substâncias psicoativas por um período de três anos. Concluiu-se que houve uma melhoria notável em diversos aspectos da vida dos participantes, como saúde e bem-estar psicológico, manutenção da moradia, apoio mútuo, participação em atividades pertinentes, voluntariado e abstinência contínua.

Uma avaliação de 2018 realizada pela *Housing Learning and Improvement Network* (LIN), um núcleo de estudos e rede de profissionais de serviços residenciais, da saúde e da assistência social na Inglaterra, País de Gales e Escócia (27), indicou que as redes *KeyRing* poderiam resultar em economia de custos ao reduzir as necessidades dos membros. As estimativas, descritas como conservadoras, foram feitas com base em uma análise dos dados de clientes das quatro redes *KeyRing*. A LIN concluiu que, todos os anos, os resultados das redes *KeyRing* foram: 30% dos membros evitaram uma internação em alas psiquiátricas (com permanência de três semanas) ou de ficar em situação de rua; 25% não exigia mais visitas semanais de um enfermeiro psiquiátrico comunitário ou do assistente social/coordenador do cuidado; 20% não exigia mais visitas semanais de um agente para problemas decorrentes do uso de substâncias; e 10% não necessitava mais visitas semanais de um enfermeiro especializado em problemas de aprendizagem.

Por fim, segundo uma publicação da *Governance International*, editada pelo coordenador de comunicações do *KeyRing*, 99,9% dos membros do serviço conseguem manter a moradia (33).

Custos e comparações de custo

O serviço é financiado com o orçamento de assistência social do governo local, repassado pelo governo central. Porém, desde 2010, ocorreram cortes significativos de verbas, obrigando as autoridades locais a buscar outras fontes de financiamento, como tributação de empresas e taxas para estacionamento. O *KeyRing* trabalha com vários parceiros e está aberto a contratar os serviços de diferentes prestadores (49).

O custo referente a um usuário varia dependendo da área de localização da rede e do grau de apoio exigido. A condição financeira da pessoa é avaliada para determinar se ela pode arcar com os custos de forma parcial ou total. O serviço prestado pelo *KeyRing* não tem cobertura do seguro de saúde.

De acordo com a avaliação independente realizada em 2018 pela LIN em quatro áreas (Halton, nordeste de Lincolnshire, Oldham e Sandwell), estimou-se que o custo anual por membro é de £ 3.665 (aproximadamente US\$ 5.122^k) (excluindo moradia e alimentação), ou £ 70 (aproximadamente US\$ 97⁷) por semana (27, 33).

Para cada £ 1 gasto no apoio prestado pelo *KeyRing*, a LIN estimou uma economia de custos gerais de £ 1,19, o que representa um retorno de quase 120% do investimento inicial do governo local (33). Demonstrou-se uma economia anual em dinheiro (redução nos gastos de apoio imediato) de £ 187.168 (US\$ 261.6047). Isso evidencia que o modelo do *KeyRing* custa menos que os serviços residenciais tradicionais. Segundo essa análise, a economia ocorreu ao retirar as pessoas de áreas residenciais mais caras e reduzir o apoio geral necessário aos membros ingressantes na rede. A LIN explicou que evitar crises, e permitir que as pessoas se recuperem mais rapidamente das crises, resulta em benefícios financeiros maiores porque há uma economia de gastos futuros estimados em £ 278.347 (US\$ 389.0007) ao ano (27).

O Departamento de Saúde, em uma avaliação de 2006 (26), afirmou que “os custos de uma rede são, com o tempo, largamente compensados com a redução na prestação de outras formas de apoio porque os membros adquirem autossuficiência” (26).

Diante do custo-efetividade do modelo, considerando a economia em dinheiro e associada à prevenção (27), as autoridades locais e nacionais passaram a investir para criar mais redes. O apoio prestado pelo *KeyRing* permite às pessoas realizar mais do que se recebessem apoio em esquemas mais tradicionais.

Desafios e soluções

Demonstrar a viabilidade do serviço

Foi um desafio convencer familiares, autoridades municipais e assistentes sociais de que pessoas com deficiência poderiam viver de forma independente e ter a própria casa. Eles acreditavam que todos precisavam de suporte 24 horas por dia. Convencer os conselhos municipais de que a contribuição dos voluntários é tão valiosa quanto a do pessoal assalariado foi também um desafio.

Para enfrentar essa mentalidade, o serviço começou a reunir uma base de evidências para demonstrar que tal serviço funcionava. Um pesquisador independente avaliou o serviço e divulgou os bons resultados do trabalho aos familiares e às assistentes sociais descrentes, assim como na mídia. Sobretudo, essa avaliação permitiu demonstrar que a contratação de pessoal com base nos valores e na personalidade, em vez de experiência em trabalho social ou em saúde, era algo prático e eficiente.

k Conversão da moeda em março de 2021.

O serviço também foi capaz de usar uma lei que exige dos conselhos locais ajuda para que adultos vulneráveis permanecessem na comunidade para defender a prestação do serviço. Liderança firme e dedicada, com boas habilidades de comunicação, foram fundamentais para promover a mudança de mentalidades.

Desafios financeiros

Embora o serviço tenha recebido uma subvenção ao ser lançado, a redução do financiamento público aos conselhos administrativos locais e a contratação de serviços a curto prazo representaram um entrave às novas iniciativas e parcerias. Além disso, os custos aumentaram com a redução na provisão de moradias sociais em nível nacional e a alta no valor das locações.

Para enfrentar o problema, o serviço procurou manter uma boa relação com os órgãos de habitação, auxiliando do início do processo (pré-moradia) a negociações complicadas. As despesas gerais foram reduzidas com o uso da informática e menos burocracia. O envolvimento constante no processo de comissionamento e com os comissionados foi fundamental porque permitiu ao *KeyRing* inteirar-se de imediato de novas oportunidades de financiamento. O serviço trabalhou com parceiros da comunidade para solicitar as subvenções.

Principais considerações para contextos diversos

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

- escutar as pessoas que recebem apoio do serviço, envolver a todos no desenvolvimento da organização e fomentar uma cultura organizacional;
- encontrar maneiras de demonstrar impacto e ter o respaldo de com evidências financeiras;
- incentivar o suporte mútuo;
- valorizar igualmente a contribuição de voluntários e pares;
- proporcionar aporte profissional na medida certa; e
- escolher áreas onde as pessoas não precisam percorrer longas distâncias significativas para interagir e apoiar uns aos outros.

Mais informações e recursos

Site:

www.keyring.org

Vídeos:

Modelo de redes *KeyRing* <https://vimeo.com/379267912>

Contato:

Sarah Hatch, coordenadora de comunicação, redes de residências terapêuticas *KeyRing*, Reino Unido.

E-mail: sarah.hatch@keyring.org

2.4

Programa *Shared Lives*

Sudeste do País de Gales,
Reino Unido da Grã-
Bretanha e Irlanda do Norte



Classificação primária: serviço residencial de apoio terapêutica

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 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

O País de Gales é um dos quatro países que compõem o Reino Unido, junto com Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte. A estratégia de saúde mental do País de Gales, denominada Juntos pela Saúde Mental (50), adota uma abordagem baseada nos direitos das pessoas. Ela explicitamente promove o modelo de *recovery* assim como o empoderamento e o envolvimento de usuários dos serviços ao longo do curso de vida, em nível individual, estratégico e operacional.

Shared Lives é um tipo de suporte social regulamentado e prestado por cuidadores habilitados e aprovados por um programa registrado da *Shared Lives* (51). Anteriormente conhecido como Inserção de Adultos, ele representa uma alternativa à atenção prestada em lares de acolhimento, atenção domiciliar e hospital-dia. O serviço também pode oferecer assistência transitória para egressos do sistema hospitalar ou do programa de acolhimento familiar para jovens. Cerca de 1 mil pessoas recebem suporte do *Shared Lives* no País de Gales e mais de 12 mil no Reino Unido (52). O programa *Shared Lives* da região sudeste do País de Gales, conhecido como *South East Wales (SEW) Shared Lives*, começou atendendo adultos com problemas de aprendizagem, mas seus serviços foram ampliados para atender também adultos com demência e pessoas com condições de saúde mental egressas do hospital. Recentemente o *Shared Lives* para Atenção à Crise em saúde mental foi criado em colaboração com a Comissão de Saúde da *Aneurin Bevan University*, que presta serviços de saúde física e mental em Gwent, um condado no sudeste do País de Gales com 650 mil habitantes. O serviço de atenção à crise integra o programa SEW *Shared Lives* e tem o objetivo de transformar a forma como o apoio é prestado a pessoas em crise e aos seus cuidadores.

O programa principal SEW *Shared Lives* é o maior do país (53) e abrange cinco distritos locais em Gwent – Blaenau Gwent, Caerphilly, Monmouthshire, Newport e Torfaen – e um em Merthyr Tydful (esse distrito encontra-se fora da área de abrangência do serviço *Shared Lives* de atenção à crise em saúde mental). O programa serve algumas das áreas mais desfavorecidas no país. Ele funciona como uma parceria entre seis distritos administrativos e a Comissão de Saúde da *Aneurin Bevan University*, liderada

pelo conselho distrital do condado de Caerphilly. O SEW *Shared Lives* conta com 13 funcionários, quatro coordenadores de inserção de adultos, três gerentes e uma equipe de funcionários administrativos.

No País de Gales, são oito programas *Shared Lives* em 21 dos 22 distritos administrativos. Muitos são elogiados e o programa SEW *Shared Lives* foi considerado “excelente” pela Comissão de Qualidade de Assistência (54). No Reino Unido, o *Shared Lives* funciona na maioria dos distritos administrativos. Entre 2017 e 2018, houve um crescimento de 3% no número de pessoas atendidas e de 2% no número de cuidadores (53).

Descrição do serviço

O *Shared Lives* é um programa comunitário em que o adulto que necessita de apoio reside na casa de um cuidador aprovado por um determinado período ou frequenta a casa dele. Os indivíduos podem ter uma condição de saúde mental, deficiência psicossocial ou podem estar em crise de saúde mental, ter diagnóstico de transtorno do espectro autista ou com problema de uso de álcool ou substâncias. Os usuários do serviço podem ter vivido acolhimento familiar, ter deficiência física ou problemas de aprendizagem ou serem idosos com debilidade ou demência. O SEW *Shared Lives* aprova e capacita cuidadores, aceita encaminhamentos, combina indivíduos com cuidadores compatíveis e supervisiona os acordos (51, 55).

As pessoas que usam esse programa podem receber os seguintes suportes (56):

- ter um lugar para residir de curta ou longa permanência;
- ter um lugar para estadias curtas ou retiro temporário;
- ter um lugar para ir durante o dia ou receber apoio (sem passar a noite);
- receber apoio para evitar a admissão hospitalar;
- receber apoio a curto prazo após alta hospitalar; ou
- obter assistência intermediária ou cuidados no fim de vida para adultos que necessitam de uma acomodação adaptada. Às vezes permitem a prestação de cuidados paliativos ou quem preenche os critérios de elegibilidade para receber suporte social.

Não há requisitos específicos de formação ou experiência necessários para ser cuidador do *Shared Lives* (57). O processo de avaliação leva, em geral, três meses e consiste em:

- conversa informal sobre formação, experiência e hábitos de vida;
- comprovação das referências;
- verificação dos antecedentes criminais do candidato e seus familiares pelo *Disclosure and Barring Service* (DBS); e
- avaliação por um grupo independente (que inclui de gestores de assistência social, gestores chefe e enfermeiros. O candidato à vaga é convidado a frequentar e participar.

Quando o grupo aprova, os potenciais cuidadores do *Shared Lives* recebem suporte integral adaptado aos tipos de acordo para prestação de serviços. Além da capacitação básica ministrada aos cuidadores e seus familiares, como parte do processo de avaliação, os que participam do programa de atenção à crise em saúde mental recebem treinamento em Primeiros Cuidados em Saúde Mental. As necessidades de treinamento são periodicamente revisadas e existe a opção de receberem treinamento adicional e

orientação da equipe de atenção à crise e psicólogos.

Em geral, os cuidadores do *Shared Lives* recebem supervisão individual mensal de um colaborador designado. Os encontros são marcados por telefone, e-mail ou presencialmente e seguem uma agenda formal, além de serem registrados na ficha individual para utilização na avaliação anual dos cuidados (57). Uma cópia da avaliação é dada ao cuidador todos os anos e ele pode acrescentar observações, *feedback* e avaliações. Os cuidadores do SEW *Shared Lives* podem participar da *Shared Lives Plus*, uma entidade nacional de caridade que provê suporte e desenvolve o programa *Shared Lives*. Por meio dessa entidade, eles têm acesso a suporte adicional, como teleconferências com outros cuidadores do *Shared Lives*, eventos e orientação sobre direitos humanos e questões administrativas e jurídicas (58).

Reuniões frequentes entre os cuidadores acontecem na região sudeste do País de Gales. Elas são uma oportunidade para encontrar outras pessoas e oferecer e receber suporte de pares e conversar sobre o programa em grupo. As discussões variam desde abordar questões operacionais gerais, como necessidades de treinamento, atualizações da legislação ou da política da entidade, a assistir palestrantes que falam sobre tópicos variados, como medicamentos e Terapia Comportamental Dialética (DBT). Não é permitido discutir sobre casos específicos do programa *Shared Lives* durante esses encontros. A equipe do programa participa como mediadores dos encontros (59).

Ao final da vigência do acordo, um colaborador do *Shared Lives* se encontra com o cuidador para reavaliar o acordo e discutir problemas que possam ter surgido e como abordá-los futuramente.

O programa SEW mantém atualmente mais de 500 acordos, com mais de 200 famílias acolhedoras previstas no programa. O processo de contratação é contínuo. Cada família acolhedora pode dar suporte a três pessoas por vez, mas em geral são acolhidas duas pessoas.

Shared Lives para atenção à crise em saúde mental

O *Shared Lives* para atenção à crise em saúde mental foi lançado em 2019, dois anos após ser concebido, com o objetivo de dar suporte a quem passa por crise de saúde mental. É uma alternativa à internação hospitalar ou permite que a pessoa tenha alta mais cedo do hospital. O serviço providencia acomodação com famílias selecionadas e preparadas a receber pessoas nessa situação. A estadia é curta (até seis semanas) e as pessoas recebem o apoio da equipe de atenção à crise. Um enfermeiro da equipe intermedia o contato do início ao fim.

Para utilizar o serviço, a pessoa precisa de um encaminhamento dos profissionais da ala de internação ou da equipe de atenção à crise em saúde mental. Isso ocorre após a internação ou após uma avaliação em que a equipe de saúde do *Shared Lives* avalia as possíveis necessidades da pessoa em crise e busca o cuidador mais compatível da sua lista. Esse processo leva de 24 a 48 horas e pode ser providenciado no mesmo dia.

A *Shared Lives* e a equipe de atenção à crise facilitam um encontro inicial. Aqui, a pessoa em crise e o potencial cuidado discutem sobre quais são as necessidades da pessoa e o que o cuidador tem a oferecer. Isso pode acontecer na enfermaria do hospital ou em geral na casa do cuidador. Se ambas as partes estão interessadas em prosseguir, o combinado passa a valer de imediato. Porém, as pessoas podem sempre optar por um tempo para pensar se essa é a melhor opção. Quando o acordo passa a vigorar, o usuário do programa, o colaborador do *Shared Lives* e a equipe de atenção à crise produzem conjuntamente um plano pessoal. Esse plano contém uma série de ações a serem seguidas para garantir

o bem-estar da pessoa, o cuidado e apoiá-la em suas necessidades e em como a pessoa deseja receber suporte para atingir suas metas pessoais, de modo a orientar o cuidador a prestar suporte de acordo com as necessidades e as preferências da pessoa. Ele é revisto com regularidade para assegurar que supra as necessidades diárias da pessoa e facilite atingir os resultados pretendidos (60). Tal plano equivale ao plano de cuidado e tratamento elaborado nos serviços de saúde mental.

Os colaboradores do SEW *Shared Lives* fazem uma visita à casa do cuidador no primeiro dia do acordo e em conjunto com a equipe de crise, no terceiro dia, outras visitas são então organizadas em uma frequência acordada com o cuidador e a pessoa. Cada cuidador tem um trabalhador do programa para conversar sobre qualquer questão que considere importante. No programa de atenção à crise, a pessoa recebe apoio de forma individual. Atualmente, o programa atende duas áreas de Gwent. No entanto, após a avaliação dessa primeira etapa, está prevista a expansão para as outras duas áreas onde a equipe de crise opera e irá adiante.

Princípios básicos e valores do serviço

Respeito à capacidade jurídica

Opção de escolha, empoderamento e autonomia são os pilares do serviço e, portanto, o programa SEW *Shared Lives* respeita a capacidade jurídica da pessoa.

Antes do encaminhamento ao programa, a pessoa interessada recebe informações sobre o *Shared Lives* e tem oportunidade de esclarecer suas dúvidas com o gestor do cuidado ou o profissional da saúde responsável para poder dar o consentimento informado.

O principal é que a pessoa que utiliza o serviço possa escolher onde e com quem ela vai morar. Esse é o motivo pelo qual o acordo somente ocorre se houver concordância de ambas as partes. O serviço valoriza a escuta e ação a partir da perspectiva dos usuários do serviço (60). Acomodação é providenciada levando-se em consideração a personalidade e os hábitos do usuário e dos cuidadores. Como esclareceu um dos colaboradores encarregados da acomodação no *Shared Lives* (61): “*Nunca pediríamos a um torcedor do Liverpool para ir morar com uma família do Manchester United*” (61).

Ao ingressar no *Shared Lives*, um plano pessoal é produzido em conjunto com o indivíduo. A forma em que o cuidado e suporte serão fornecidos é discutido e acordado com eles e é revisada periodicamente. Os colaboradores da *Shared Lives* asseguram que os indivíduos compreendam o propósito e o conteúdo do plano pessoal antes de começarem a receber os serviços.

As pessoas que quiserem apoio para tomar decisões são encorajadas a incluir membros da família ou outras pessoas importantes de sua rede social mais ampla no processo de planejamento e tomada de decisão. Outros profissionais que conheçam bem a pessoa, por exemplo, enfermeiros comunitários, terapeutas ou psicólogos ocupacionais, também podem ser incluídos.

Ao preparar ou revisar o plano pessoal, as pessoas são incentivadas a incluir seus desejos para o futuro e o que é mais importante para ela. Podem ser metas gerais de bem-estar, aspirações pessoais específicas ou planos no caso de agravamento da condição de saúde ou, se for necessário, o planejamento para fim de vida.

Se o cuidador observa alterações importantes na saúde física, mental ou emocional da pessoa, ele pede autorização para falar com um colaborador da *Shared Lives* ou profissional da saúde para orientação. O

colaborador é consultado apenas com o consentimento da pessoa.

Para a função de cuidadores, o *Shared Lives* busca quem “tiver interesse em ajudar outras pessoas a (...) fazer escolhas por conta própria e adquirir novas experiências” (57).

Existe um procedimento para prestar queixas com instruções claras aos usuários. Eles também podem falar diretamente com a equipe de atenção à crise caso necessário.

Práticas não coercitivas

O *Shared Lives* proíbe a coerção, força ou contenção e possui procedimentos específicos para evitar essas práticas.

A equipe do *Shared Lives* do programa e os cuidadores são treinados em teorias e técnicas de Apoio Comportamental Positivo, incluindo desescalada do conflito, conhecer e evitar gatilhos e adotar medidas preventivas. Cursos dirigidos aos cuidadores sobre como compreender as práticas informadas pelo trauma estão em desenvolvimento. Avaliações de riscos e planos de gestão colaborativos são adotados para pessoas que possam precisar de apoio para entender o próprio comportamento e oferecem técnicas para ajustar suas vidas de forma positiva e lidar com questões relacionadas à segurança durante o acordo. O serviço trabalha junto com cada pessoa para levar em conta o que importa para eles. Cada acordo é extremamente personalizado e desenhado para se adequar à pessoa. Em geral, o *Shared Lives* acredita que muitos dos gatilhos presentes em um ambiente de internação, que podem levar à agitação e, conseqüentemente, à contenção, são inexistentes no contexto do *Shared Lives*.

Inclusão comunitária

A inclusão comunitária é um dos valores principais do *Shared Lives*. Todos os cuidadores são autônomos e trabalham de casa para oferecer acomodação de longa permanência ou estadia. Quando o apoio é prestado em sessões, os cuidadores acompanham regularmente a pessoa na comunidade local e ajudam a inseri-los na rede social mais ampla. Tudo acontece, então, na comunidade; o relacionamento proporciona oportunidades para a pessoa se engajar em atividades que contribuam à sua recuperação e receber suporte em um contexto menos estigmatizante.

Os cuidadores do *Shared Lives* dão suporte de acordo com o plano pessoal para que o indivíduo possa ter boa saúde física, mental e emocional. Na comunidade, isso inclui apoiar a pessoa para acessar os serviços de atenção primária, comparecer a consultas ou fazer avaliações anuais de saúde.

O serviço encoraja as pessoas a se envolverem nas atividades escolhidas, *hobbies* ou interesses e, quando apropriado, obter acesso a oportunidades de educação, aprendizagem e aperfeiçoamento com a ajuda do seu cuidador. O apoio também pode incluir ajuda a encontrar novas oportunidades, aprender novos trajetos de transporte público ou acompanhar a pessoa para conhecer novos espaços.

O programa incentiva a pessoa a adquirir autonomia, tomar decisões e assumir o controle das atividades e dos eventos cotidianos, inclusive em como ela prefere receber cuidado e apoio. Os cuidadores do *Shared Lives* ajudam a pessoa a ser o mais independente possível com finanças, medicamentos e relacionamentos.

O serviço apoia as pessoas a manter suas crenças linguísticas, culturais e religiosas, o que inclui encontrar um cuidador compatível, que, quando possível, compartilhe uma linguagem, cultura ou

religião em comum, ou que a ajude a manter os vínculos com sua comunidade cultural ou religiosa.

O programa tem um forte foco em apoiar as pessoas a construir relações positivas com a comunidade. Com o apoio dos cuidadores do *Shared Lives*, as pessoas frequentemente se reconectam com familiares e amigos antigos, e fazem novas amizades e vínculos. Eles compartilham suas casas, família e laços comunitários, proporcionando oportunidades para a pessoa ampliar suas redes sociais e criar novas relações.

A abordagem integral do *Shared Lives* permite que as pessoas reconstruam aspectos da própria vida que ficaram comprometidos devido a dificuldades relacionadas a problemas de saúde mental, uso de álcool ou outras drogas ou circunstâncias sociais desfavoráveis.

Em particular, no programa de atenção à crise em saúde mental do *Shared Lives*, um colaborador do terceiro setor da *Platform* – uma entidade beneficente de saúde mental baseada no hospital que trabalha em colaboração com a equipe da enfermaria e de atenção à crise e com a equipe da enfermaria – também compartilha com a pessoa e o cuidador seu conhecimento sobre as redes existentes na comunidade. O cuidador da *Shared Lives* então ajuda a pessoa a acessar as redes de pares, grupos de terapia e projetos da MIND, uma entidade beneficente de saúde mental. Ele também apoia as pessoas a acessar diversas atividades na comunidade mais ampla, o que possibilita que os indivíduos interajam com outras pessoas e amplie seus círculos sociais, caso queiram. As atividades incluem jardinagem, artesanato, coral, teatro e música e muitas outras atividades sociais, grupos comunitários, posições de voluntariado, oportunidades de educação e treinamento.

Um mentor de pares foi convidado pela equipe de atenção à crise a trabalhar com os usuários do programa. Chamar ex-usuários do serviço para falar sobre suas experiências é uma ideia que está sendo analisada. Uma pessoa gravou um depoimento em vídeo que foi apresentado a um grupo de profissionais da saúde visitantes da Chéquia.

Participação

A *Shared Lives Plus* é uma entidade nacional que serve de fonte de informações aos cuidadores e colaboradores do *Shared Lives* e ajuda a assegurar que a perspectiva da experiência vivida seja levada em conta na rede de serviços.

Pessoas com experiência vivida integram a Comunidade de Prática em Atenção à Crise em Saúde Mental da Comissão de Saúde da *Aneurin Bevan University* e contribuem ao formar novos serviços, inclusive o do *Shared Lives*. As reuniões de planejamento em 2017 – 2018 contaram com a participação de uma pessoa com experiência vivida que contribuiu com o processo decisório para criar o serviço de atenção à crise em saúde mental do *Shared Lives*. De modo geral, os usuários dos serviços do *Shared Lives* nomeiam representantes para participar do grupo operacional e comitês das parcerias, dando *feedback* que definem questões operacionais e de políticas estratégicas.

As pessoas que utilizam o serviço e seus representantes também são consultados todos os anos por meio do questionário anual de controle de qualidade do serviço, no qual ele pode dar *feedback* sobre seus cuidados e a equipe do *Shared Lives*. Um resumo das respostas é apresentado nos relatórios sobre a qualidade do cuidado prestado.

Os usuários do serviço de atenção à crise em saúde mental passam por uma avaliação da Qualidade de Vida relacionada ao *Recovery* (ReQoI) no início e fim da estadia. Também respondem um questionário

para avaliar a experiência no serviço. Os dados qualitativos e quantitativos coletados são utilizados para planejar mudanças e assegurar que o serviço proporcione bons resultados e uma experiência positiva. O treinamento oferecido é em parte ministrado por especialistas, como psicólogos e enfermeiros.

Abordagem de Recovery

Todos os serviços do *Shared Lives* funcionam de modo alinhado à abordagem do *recovery*. Segundo a *Shared Lives Plus* (62), “o objetivo do programa é levar uma vida normal em família, em que todos contribuem, têm relacionamentos significativos e conseguem ser cidadãos ativos e valorizados”.

O *Shared Lives* adota uma abordagem integral. O plano pessoal do programa documenta as necessidades e metas pessoais do usuário, como utilizar o ônibus local ou fazer compras (60). Cada usuário do serviço tem um plano pessoal e de cuidado. As preferências pessoais são acolhidas sempre que possível.

As pessoas no *Shared Lives*, inclusive no serviço de atenção à crise em saúde mental, recebem ajuda para adquirir e manter competências, preparar a comida, fazer compras, controlar as despesas, realizar tarefas domésticas, ampliar o círculo social e vínculo com a comunidade, adquirir confiança e independência, ter acesso a oportunidades de trabalho ou educação, comparecer a consultas médicas ou ter um feriado. Existem vários depoimentos no blog do *Shared Lives* que demonstram o aumento da autonomia sentido pelas pessoas (63). Há também vídeos que fornecem *insight* sobre a experiência de usuários e cuidadores com o *Shared Lives* (60).

Uma experiência recente no projeto do *Shared Lives* para Atenção à Crise em Saúde Mental envolveu um homem que queria preparar as refeições para o filho, mas não sabia cozinhar. Por seu humor estar constantemente rebaixado, ele tinha dificuldade em encontrar motivação para aprender. Durante sua passagem pelo *Shared Lives*, seu cuidador lhe ensinou a cozinhar diversas refeições que eles faziam juntos. Ao voltar para casa, o homem pôde cozinhar para o filho, o que fez com que ele se sentisse realizado e orgulhoso como pai.

Avaliação do serviço

O fato de alguns cuidadores e usuários viverem juntos ou conviverem há muitos anos evidencia a qualidade do processo de compatibilidade e o impacto do serviço a longo prazo. Em março de 2018, a Inspeção de Serviços de Assistência Social e Cuidado realizou uma inspeção programada não anunciada no SEW *Shared Lives*. Foram avaliadas três áreas do programa: qualidade de vida, qualidade do cuidado e qualidade da liderança e gestão. As informações foram coletadas em visitas ao escritório central e conversas a equipe e gestores. Os inspetores avaliaram os arquivos da equipe, dos cuidadores e dos usuários. Também foram inspecionadas uma amostra de documentos do serviço, como atas de reuniões da equipe e da comissão independente (60).

No conjunto, as conclusões foram muito favoráveis:

- **qualidade de vida:** os inspetores constataram que as pessoas são acolhidas por cuidadores que oferecem suporte que atendam às suas necessidades. A comissão independente aplicou critérios claros na seleção dos cuidadores. O planejamento foi considerado bom e os registros individuais demonstraram que as pessoas foram combinadas adequadamente nas residências e que a prestação de cuidados foi periodicamente revisada. Constatou-se que os usuários do serviço tinham confiança no suporte oferecido proporcionado por cuidadores treinados e com supervisão. O programa foi considerado proativo no engajamento dos usuários do serviço para participar das decisões que os

afetavam, por exemplo, por meio de questionários ou conversas com as pessoas, como parte da avaliação de controle de qualidade e reuniões dos usuários do serviço;

- **qualidade do quadro de pessoal:** no parecer da inspetoria, constatou-se que, em geral, os usuários do serviço recebiam apoio de uma equipe capacitada e motivada. Os cuidadores e os colaboradores do *Shared Lives* disseram que “gostavam de trabalhar no serviço” e alguns afirmaram que “a capacitação é realmente boa” e “o gerente é bastante prestativo”. Os cuidadores tinham acesso à equipe do serviço, se fosse preciso. O programa superou o dos seus objetivos de fornecer supervisão individual aos cuidadores a cada seis semanas foi superado, segundo os inspetores; e
- **qualidade da liderança e gestão:** segundo os inspetores, “no conjunto, os usuários acreditam que a estrutura e os procedimentos contribuem ao bom funcionamento do serviço e que a atenção é prestada para atender às necessidades apontadas”. A equipe do serviço e os cuidadores tinham liberdade de levar qualquer assunto para discutir com o gestor. Comprovou-se também que era mantido um registro completo das reuniões.

A abordagem do *Shared Lives* implantada em outras regiões além do sudeste do País de Gales e com outros grupos de clientes também foi bem-sucedida. A Comissão de Qualidade do Cuidado, responsável pela regulamentação de todos os programas *Shared Lives* na Inglaterra, considerou que os serviços proporcionavam um modelo de atenção com a mais alta qualidade e segurança (61-64). Em 2019, a Comissão classificou 96% dos 150 programas no país como “bons” ou “excelentes”, inclusive o programa da região sudeste do País de Gales (54, 65, 66).

Uma avaliação qualitativa da acomodação dos usuários do *Shared Lives* foi realizada com o uso da ferramenta “*My Shared Life*”, disponível na plataforma *on-line* da *Shared Lives Plus*. Esse instrumento mensura os desfechos para pessoas que visitam ou moram com um cuidador do *Shared Lives* e contém perguntas sobre bem-estar em um período de meses ou anos, preparadas pelos colaboradores da plataforma para refletir sobre a qualidade de vida. Os resultados obtidos foram bastante positivos. Os dados mais recentes, obtidos em abril de 2019, indicaram que 97% das pessoas que utilizam o *Shared Lives* se sentiam parte da família quase sempre ou sempre; 89% participavam da comunidade; 83% constataram melhora da saúde física; e 88%, melhora da saúde emocional. Além disso, outros 86% disseram que o apoio do cuidador ajudava a ter mais escolhas em sua vida cotidiana e 89% afirmaram que o apoio ajudava a melhorar a vida social (67).

Desde que entrou em funcionamento em setembro de 2019, o *Shared Lives* de atenção à crise atendeu 59 pessoas. Dessas, 24 ingressaram no serviço vindo diretamente da comunidade e o restante após uma curta internação hospitalar. O tempo médio de estadia foi de 15 noites (68).

Além disso, foi realizada uma análise dos desfechos de qualidade de vida com o uso da escala de *recovery* Qualidade de Vida (69), comparando-se 44 usuários do serviço de atenção à crise em saúde mental antes da admissão e pós-alta e um grupo de controle com 15 participantes admitidos a uma enfermaria de crise psiquiátrica (68). Os resultados preliminares indicam uma pontuação na escala significativamente maior entre os usuários do *Shared Lives* pós-alta. Por outro lado, os resultados do grupo controle pareado foram menos confiáveis, atingindo um nível de significância menor no período considerado. Os dados demonstram uma pontuação bem alta dos participantes do *Shared Lives* no Questionário de Experiência do Paciente (70), sendo, em média, nove em uma escala de dez (variação de 8 a 10).

As pessoas que utilizaram o programa de atenção à crise em saúde mental do *Shared Lives* tiveram um número menor de admissões em unidades para casos agudos após a alta em comparação ao

período anterior. Estimou-se, considerando as 32 primeiras pessoas analisadas, uma economia de 374 dias-leito no primeiro ano de funcionamento do programa. Houve também um número menor de contatos com os serviços de emergência e um número menor de encaminhamentos internos para os serviços de saúde mental, o que indica que o programa está associado a uma redução na utilização de serviços com o tempo. Esses resultados iniciais sugerem que o grupo do *Shared Lives* teve benefícios significativos, como a melhora dos desfechos, o que pode levar a utilizar menos os serviços e reduzir os respectivos gastos.

Por fim, os depoimentos no blog do SEW *Shared Lives* ou em vídeo são bastante construtivos (61, 71-75), como ilustrado adiante.

“Vocês me acolheram na sua família de braços abertos, o que poucos se sentem à vontade para fazer, sobretudo considerando a reputação dos pacientes de saúde mental. Vocês fizeram com que eu me sentisse um humano normal pela primeira vez em muito tempo e me deram espaço para crescer e evoluir, ao mesmo tempo que me deram apoio e me proporcionaram experiências novas e diálogo”.

“Os cuidadores me ouviram e pude passar roupa!”, contou uma pessoa para quem o ato de passar roupa – que jamais seria permitido em uma enfermaria – é extremamente terapêutico e significativo de vida normal.

“Fui recebido como um membro da família; os pais vieram me visitar e sou amigo do sobrinho deles. Eu levo o cachorro para passear. Não é só uma estadia, é um lar”.

Custos e comparações de custo

As autoridades locais realizam a situação financeira das pessoas do SEW *Shared Lives* e podem cobrar uma quantia fixa pelo cuidado e suporte. Cada distrito administrativo tem uma política distinta de valores cobrados.

Não há custo ou contribuição exigida para utilizar o serviço *Shared Lives* de atenção à crise em saúde mental na região sudeste do País de Gales. O programa é financiado pelo Fundo de Transformação do Governo do País de Gales, por meio da Divisão de Problemas de Aprendizagem e Saúde Mental da secretaria de saúde. A Comissão de Saúde da *Aneurin Bevan University* cobre todas as despesas para pessoas em crise de saúde mental.

Em 2020, os cuidadores do SEW *Shared Lives* recebiam um subsídio semanal que variava entre £ 340 (US\$ 471¹) e £ 588 (US\$ 822¹), dependendo do grau de apoio necessário, para acomodar uma pessoa em casa. Os cuidadores que fazem parte do programa de atenção à crise em saúde mental recebem o valor mais alto correspondente ao nível maior de apoio prestado. Os cuidadores que prestam apoio diurno recebem por número de horas (em geral, quatro horas diárias).

O *Shared Lives* é um modelo de prestação de cuidado e suporte de baixo custo. Em relação às outras opções existentes, os acordos de conveniência de longa permanência representam uma economia de 43% para pessoas com problemas de aprendizagem e de 28% para pessoas com necessidades de saúde mental, resultando em uma economia anual total de £ 26.000 (US\$ 36.345¹) e £ 8.000 (US\$ 11.200¹), respectivamente, segundo uma estimativa feita (76). Outra análise indicou que o ingresso

¹ Conversão da moeda em março de 2021.

em uma residência do *Shared Lives*, em vez de receber suporte residencial ou outro serviço, representa uma economia média anual de £ 13.000 por pessoa aos cofres municipais (77).

O custo semanal do *Shared Lives* de atenção à crise em saúde mental (incluindo despesas relativas à infraestrutura e ao atendimento pela equipe crise) é de £ 672 (US\$ 939^h) em comparação a £ 3.213 (US\$ 4.490^g) pela prestação de atenção em esquema de internação hospitalar (incluindo custos diretos e indiretos) na região sudeste do País de Gales ([Waites B], [comissão de saúde da *Aneurin Bevan University*], comunicação pessoal, [2020]). Como o serviço atualmente recebe verbas para cobrir um total de 99 semanas de acordos de conveniência com os cuidadores, o valor total da prestação dos serviços seria de £ 66.528 (US\$ 92.985^g). A assistência em regime de internação hospitalar pelo mesmo período seria de £ 318.087 (US\$ 444.583^g). E se a internação hospitalar for a alternativa considerada, a economia seria de £ 251.559 (US\$ 351.621^g) ao ano.

Desafios e soluções

Dirimir os questionamentos e receios dos profissionais de saúde mental

Um enorme desafio do programa foi o fato de os profissionais terem expressado preocupações e ansiedade em relação à transferência de uma pessoa avaliada como em “situação de risco” para permanecer em casa, fora de um ambiente hospitalar e em um ambiente não médico.

Um método para superar essas preocupações foi garantir o engajamento e envolvimento próximo do alto escalão da gestão para explicitar que o programa assumia um risco positivo e que as decisões tomadas não eram apenas responsabilidade da equipe médica, mas tinham o respaldo dos diretores. O serviço também abriu espaço para que as preocupações e ansiedades fossem arejadas mantendo um processo de desenvolvimento da equipe por três dias, para compartilhamento de estudos de caso do programa *Shared Lives*, e, principalmente, possibilitou à equipe de saúde mental se reunir com os cuidadores do programa e escutar sobre a experiência de acolher as pessoas em suas casas.

Lidar com os desafios de financiamento

Garantir o financiamento para o lançamento da iniciativa foi um desafio. O financiamento limitado significava que o serviço teria de ser implantado às custas de outros serviços já sob pressão.

A garantia de financiamento por meio de investimentos do governo do País de Gales de transformação de serviços evitou comprometer outros serviços. O programa SEW *Shared Lives* obteve também outros recursos para ampliar seus serviços de apoio a curto prazo e permitir aos usuários recuperar a independência após a experiência de adoecimento. E, por fim, o programa do *Shared Lives* para Atenção à Crise em Saúde Mental foi financiado com base em sua trajetória de práticas bem-sucedidas e passou a ser totalmente financiado pelo Conselho de Saúde com fundo de transformação.

Superar a complexidade de trabalhar com diferentes parceiros

Trabalhar com diferentes parceiros e estabelecer parcerias com setor social e da saúde foi um desafio para viabilizar o serviço. Um empenho enorme foi realizado para reunir as pessoas certas em torno da mesa de negociação para garantir a adesão de todos. O serviço realizou uma série de reuniões com os principais parceiros e as autoridades locais. Também realizou uma capacitação conjunta para construir relações e confiança necessárias para trabalhar de forma verdadeiramente colaborativa. Diante da

necessidade de uma mudança drástica da mentalidade, o programa procurou atrair uma ampla variedade de atores, desde as pessoas envolvidas com a operacionalização do serviço aos usuários e cuidadores. Importante ressaltar o engajamento de atores experientes para garantir o respaldo a práticas pouco habituais em todas as etapas do processo. Foi feito um esforço para que certos atores pudessem entender que o verdadeiro valor está nos resultados que o serviço proporciona, em termos de melhores experiências para os indivíduos, e melhores resultados mais a longo prazo (por exemplo, número reduzido de reinternações e outros parâmetros). Em suma, foi um processo de dois anos entre o consenso da direção do programa e sua implantação.

Conscientizar continuamente que o serviço é uma alternativa a “serviço habitual”

Um obstáculo foi obter o reconhecimento de que o serviço é uma alternativa ao “serviço habitual”, ou seja, aos serviços tradicionais de saúde mental. A presença constante das equipes do *Shared Lives* tanto na equipe de atenção à crise e quanto nas visitas médicas semanais na ala de internação hospitalar, contribuiu para que o conceito do serviço pudesse ser progressivamente entendido e valorizado.

Assegurar o apoio aos cuidadores e à equipe de atenção à crise

Um fator limitante foi a falta de apoio adequado aos cuidadores e à equipe de atenção à crise quando surgiram problemas na acomodação das pessoas nas casas. Para resolver esse problema, o *Shared Lives* formou um grupo de apoio ágil com acesso fácil à direção do programa. O grupo se empenhou em encontrar soluções aos problemas, formulando normas e metas adequadas para que os acordos de conveniência funcionassem a contento e incorporando o pré-planejamento da transição ao término do período de acomodação.

Resolver os problemas com eficiência foi uma prioridade. Foram desenvolvidos documentos práticos para ajudar a equipe prestadora de serviços a aprimorar e entender melhor o programa *Shared Lives*. Esses documentos incluíam um protocolo para compartilhamento de informação, orientações operacionais e políticas específicas relativas ao consumo de álcool e drogas e ao estabelecimento de limites e vinculação para fomentar boas práticas de trabalho em resposta aos problemas surgidos. Esse material foi organizado pela equipe prestadora de serviços, por cuidadores, por beneficiários e pelas lideranças experientes do programa e ratificado pelos direção da organização.

Principais considerações para contextos diversos

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

- contar com um número suficiente de cuidadores com conhecimento e habilidades adequados é fundamental para atender à demanda, assim como com um quadro de pessoal em número suficiente para atender à crescente demanda pelo serviço;
- investir um esforço sistemático para defender maior investimento na equipe;
- pedir aos cuidadores para divulgarem o serviço;
- fazer avaliações de curto, médio e longo prazo demonstrando o valor do serviço;
- garantir recursos para subsidiar as avaliações do projeto e apresentar os resultados periodicamente;
- coletar medidas de desfechos relatados pelo paciente e medidas da experiência relatada pelo paciente, com a inclusão dos dados pertinentes sobre a utilização do serviço (por exemplo, dias de ocupação de leitos para internação e contatos com o serviço de emergência e com a equipe de atenção à crise);

- criar histórias digitais em que um indivíduo e cuidador compartilhem suas experiências que ajudam a mostrar o valor do serviço;
- manter um processo metódico de compatibilidade para garantir que o serviço se mantenha adaptado ao indivíduo, pois a qualidade dessa forma de suporte social depende disso;
- construir capacidade para regulação da qualidade com cuidado para garantir um sistema efetivo de supervisão, com a fiscalização regular por um órgão independente, o que busca garantir que as relações não resultem em negligência, coerção, violência e abuso;
- levar em consideração o contexto cultural e o grau de estigma de saúde mental levado em consideração. É possível que em algumas culturas é menos aceitável receber alguém em sua casa em troca de um salário; e
- testar a aceitação desse tipo de serviço em uma comunidade por envolver o acolhimento de pessoas em casa.

Mais informações e recursos

Site:

<https://www.caerphilly.gov.uk/sharedlives>

<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>

Vídeos:

Depoimento de Shelley Welton e Simon Burch sobre a formação do serviço <https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>

Depoimento de Lindsey e Shaun sobre o processo de compatibilidade e apresentação de cuidadores e usuários do serviço <https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=1s>

Programa *Shared Lives* de atenção à crise de saúde mental

<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>

Contato:

Benna Waites, codiretora de Psicologia, Aconselhamento Psicológico e Arteterapias, Saúde Mental e Dificuldade de Aprendizagem, Comissão de Saúde da *Aneurin Bevan University*, Reino Unido.

E-mail: Benna.Waites@wales.nhs.uk

3.

**Próximos passos:
do conceito aos serviços
residenciais de apoio para
saúde mental com
boas práticas**

A finalidade desta seção é oferecer aos leitores medidas práticas e recomendações importantes que facilitarão o processo de conceitualização, planejamento e implantação-piloto de um serviço residencial de apoio para 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 residenciais de apoio para saúde mental

- **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 criar ou transformar serviços residenciais de apoio para a saúde mental

- O objetivo é transformar o serviço residencial existente ou criar outro serviço?
- Como o serviço será estruturado: apartamentos compartilhados ou uma residência, com quartos simples ou duplos?
- Como o serviço criará um ambiente e atmosfera familiar em que se respeitem o espaço e a privacidade das pessoas?
- O serviço oferecerá residência de apoio a curto ou longo prazo? Ou ambos?
- Quais recursos humanos serão necessários (como trabalhadores de suporte de pares, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, trabalhadores comunitários ou não especializados e pessoal administrativo)? E que habilidades e treinamento serão necessários para que possam ser prestados serviços de qualidade, baseados em evidência alinhados aos direitos humanos?
- Como será formada a equipe da residência? Haverá pessoal residindo no local ou o trabalho será por turnos diurnos e noturnos? Haverá plantonistas?
- Quem são os beneficiários do serviço? Algum grupo será excluído? O serviço será aberto a determinados grupos, como pessoas com necessidades e diagnósticos específicos, faixas etárias ou sexo em particular, pessoas em situação de pobreza ou institucionalizadas? Como será o acesso ao serviço?
- Qual será a inter-relação entre esse e outros serviços, suporte e recursos na comunidade? Como será o esquema de encaminhamento interno e externo?
- Qual é o tipo de apoio a ser prestado pelo serviço? As opções são:
 - » avaliação das necessidades de apoio;
 - » intervenções relacionadas à inclusão comunitária;
 - » plano de *recovery* centrado na pessoa;
 - » suporte de pares;
 - » atividades sociais e de lazer;
 - » desenvolvimento de habilidades (cuidados pessoais, controle de gastos, cozinhar, realização de tarefas domésticas, gerenciamento do tempo, relacionamentos e criação dos filhos); e
 - » outros.
- Quais serviços na comunidade devem facilitar o acesso ao programa? As opções são:
 - » serviços de atenção à crise;
 - » serviços hospitalares;
 - » centros de saúde mental de base comunitária; e
 - » outros.

- Como o serviço avaliará, assistirá ou encaminhará pessoas com condições de saúde física?
- Quais são as estratégias e a capacitação planejadas para o exercício da capacidade jurídica, práticas não coercitivas, participação, inclusão comunitária e abordagem de *recovery*^m?

■ Capacidade jurídica

- Como o serviço assegurará que existam procedimentos para a tomada de decisão apoiada de acordo com a vontade e as preferências da pessoa?
- Como será o procedimento de consentimento esclarecido pelos usuários do serviço com relação às decisões de tratamento?
- 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 à 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 técnicas para evitar a escalada 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?
- Como o serviço criará uma cultura do “sim/dá para fazer” em que há um empenho enorme para dizer “sim” em vez de “não” em resposta a uma solicitação de alguém que está usando o serviço?
- Como o serviço proporcionará um ambiente propício?

■ 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 de 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 pares na comunidade?

■ 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 apoiado ou trabalho independente)?

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

- Como o serviço facilitará suporte educacional e assistência para o acesso às oportunidades educacionais de base comunitária e recursos nas comunidades para quem quiser continuar estudando?
- Como o serviço facilitará o acesso aos benefícios de seguridade 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, ponderar e documentar suas expectativas, metas, estratégias para lidar com situações difíceis e com o sofrimento mental e estratégias de bem-estar, entre outros?

- **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 serviço 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. Georgia. In: The World Bank [website]. Washington, DC: The World Bank; n.d. (<https://data.worldbank.org/country/georgia>, consultado em 13 de maio de 2020).
2. How Georgia is reforming mental healthcare. In: United Nations Development Programme [website]. New York: United Nations Development Programme; 2015 (<https://www.ge.undp.org/content/georgia/en/home/ourperspective/ourperspectivearticles/2015/08/14/how-georgia-is-reforming-mental-healthcare.html>, consultado em 14 de maio de 2020).
3. Gugunishvili N. About community-based housing for the disabled, and a dream. Georgia Today. 12 January 2017 (<http://georgiatoday.ge/news/5593/About-Community-based-Housing-for-the-Disabled-and-a-Dream>, consultado em 12 de maio de 2020).
4. Hand in Hand [website]. Tbilisi: Hand in Hand; n.d. (<https://www.handinhand.ge/>, consultado em 12 de maio de 2020).
5. მუხრანული სახელმწიფო ზრუნვა და მშპ პირები ოჯახურ გარემოში. In: EMC Rights [website]. Tbilisi: EMC Rights; 2015 (<https://emc.org.ge/ka/products/shezghuduli-sakhelmtsifo-zrunva-da-shshm-pirebi-ojakhur-garemoshi>, consultado em 15 de maio de 2020).
6. MAPS person centred planning. In: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2019 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>, consultado em 22 de junho de 2020).
7. PATH person centred planning. In: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2017 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/>, consultado em 22 de junho de 2020).
8. Jones E, Perry J, Lowes K, Allen D, Toogood S, Felce D. Active support: a handbook for supporting people with learning disabilities to lead full lives. Chesterfield: The Association for Real Change; 2011 (<https://arcuk.org.uk/publications/files/2011/11/Active-Support-Handbook.pdf>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
9. Active support. In: United Response [website]. London: United Response; 2020 (<https://www.unitedresponse.org.uk/active-support-guide>, consultado em 19 de maio de 2020).
10. Monitoring Group of the State Program for Social Rehabilitation and Childcare. Hand in Hand monitoring report. Tbilisi: State Program for Social Rehabilitation and Childcare; 2018 (consultado em 18 de janeiro de 2021).
11. Kiknadze E. Dadari, a Georgian toy company with incredible social and ecological missions. Georgian Journal. 20 May 2020 (<https://www.georgianjournal.ge/society/35663-dadari-a-georgian-toy-company-with-incredible-social-and-ecological-mission.html>, consultado em 20 de maio de 2020).
12. Georgia - Mental Health Initiative [video]. Zagreb: Gral Film; 2020 (<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>, consultado em 12 de maio de 2020).
13. About us. In: The Banyan [website]. Chennai: The Banyan; n.d. (<https://thebanyan.org/aboutus/>, consultado em 18 de novembro de 2019).
14. Narasimhan L, Gopikumar V, Jayakumar V, Bunders J, Regeer B. Responsive mental health systems to address the poverty, homelessness and mental illness nexus: the Banyan experience from India. Int J Ment Health Syst. 2019;13. doi: 10.1186/s13033-019-0313-8.
15. Home again: housing with supportive services for women with mental illness experiencing long term care needs. In: Mental Health Innovation Network [website]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housing-supportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care?qt-content_innovation=2#qt-content_innovation, consultado em 10 de novembro de 2019).

16. Narasimhan L. Homelessness and mental health: unpacking mental health systems and interventions to promote *recovery* and social inclusion [doctoral thesis]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2018 (<https://research.vu.nl/en/publications/homelessness-and-mental-health-unpacking-mental-health-systems-an>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
17. Seshadri H. These homes are helping women with mental illness merge into society. The Week. 9 January 2019 (<https://www.theweek.in/leisure/society/2019/01/09/these-homes-helping-women-mentall-illness-merge-into-society.html>, consultado em 10 de novembro de 2019).
18. Annual Report 2017-2018: 25 years of The Banyan. Chennai: The Banyan; 2019 (https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810_TB-Annual-Report-2017-18.pdf, consultado em 10 de novembro de 2019).
19. National strategy for inclusive and community based living for persons with mental health issues. Gurugram: The Hans Foundation; 2019 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/THF-National-Mental-Health-Report-Final.pdf>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
20. 225-year-old IMH to become centre of excellence: Health minister. The Times of India. 17 July 2019 (<https://timesofindia.indiatimes.com/city/chennai/225-year-old-imh-to-become-centre-of-excellence-health-minister/articleshow/70255577.cms>, consultado em 13 de janeiro de 2021).
21. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2017;136:269-79. doi: 10.1111/acps.12765.
22. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. BMJ Open. 2016;6:e010188. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188.
23. Chow WS, Priebe S. What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54:737-44. doi: 10.1007/s00127-018-1634-7.
24. Independent review of the Mental Health Act 1983. Modernising the Mental Health Act - final report from the independent review. London: Department of Health and Social Care; 2018 (<https://www.gov.uk/government/publications/modernising-the-mental-health-act-final-report-from-the-independent-review>, consultado em 4 de agosto de 2020).
25. Housing choices. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing_Choices_Discussion_Paper_1.pdf, consultado em 4 de agosto de 2020).
26. Short D. CSED Case Study: KeyRing: Living Support Networks. London: Department of Health; 2009.
27. Establishing the financial case for KeyRing. London: Housing LIN; 2018 (https://www.housinglin.org.uk/assets/KeyRing_Financial_Proof_of_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf, consultado em 7 de janeiro de 2021).
28. What we do. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.KeyRing.org/what-we-do>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
29. KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
30. Poll C. Co-production in supported housing - KeyRing Living Support Networks and neighbourhood networks. In: Hunter S, Ritchie P, editors. Co-production and personalisation in social care: changing relationships in the provision of social care. London: Jessica Kingsley Publishers; 2007:49-66.
31. KeyRing Living Support Networks. In: My Life Warrington [website]. Warrington: My Life Warrington; n.d. (<https://www.mylifewarrington.co.uk/kb5/warrington/directory/service.page?id=DalAQxXfSas>, consultado em 6 de janeiro de 2020).
32. Clapham D. Accommodating difference: evaluating supported housing for vulnerable people. Bristol: Policy Press; 2017.

33. The network is the key: How KeyRing supports vulnerable adults in the community. In: Governance International [website]. Birmingham: Governance International; 2019 (<http://www.govint.org/good-practice/case-studies/keyring-living-support-networks/>, consultado em 6 de janeiro de 2020).
34. Russell C. Asset-based community development - 5 core principles. In: Nurture Development [website]. Dublin: Nurture Development; 2017 (<https://www.nurturedevelopment.org/blog/asset-based-community-development-5-core-principles/>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
35. Where we work. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/where-we-work>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
36. Co-production in social care: what it is and how to do it. Practice example: KeyRing. In: Social Care Institute for Excellence (SCIE) [website]. London: Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2013 (<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/practice-examples/keyring.asp>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
37. Helen Sanderson Associates. Amy talks about living in her own home through Key Ring [video]. Heaton Moor: Helen Sanderson Associates; 2010 (<https://www.youtube.com/watch?v=usH5dh5bVp4&t=175s>, consultado em 6 de janeiro de 2020).
38. Join us. In: Keyring Living Support Networks [website]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/join-us>, consultado em 19 de fevereiro de 2021).
39. EdgeWorks [website]. Manchester: EdgeWorks; n.d. (<https://www.edgeworks.co.uk/>, consultado em 13 de janeiro de 2021).
40. MacKeith J, Burns S, Graham K. User guide: the Outcomes Star - supporting change in homelessness and related services. London: Homeless Link; 2008 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Outcome-Star-User-Guide-2nd-Ed.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
41. Open Future Learning [website]. New York: Open Future Learning; n.d. (<https://www.openfuturelearning.org/>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).
42. Our history. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/who-we-are-our-history>, consultado em 19 de fevereiro de 2021).
43. KeyRing network model [video]. London: KeyRing Living Support Networks; 2020 (<https://vimeo.com/379267912>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
44. KeyRing London and South East. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/where-we-work/london-and-south-east>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
45. KeyRing: supporting offenders with learning disabilities. London: Clinks; 2016 (https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks_case_study_-_keyring_april_2016_0.pdf, consultado em 7 de janeiro de 2021).
46. A co-production policy - easy read. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (https://www.keyring.org/uploaded_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf, consultado em 7 de janeiro de 2021).
47. KeyRing [video]. London: Mental Health Foundation; 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=xCNKUvFylvA>, consultado em 6 de março de 2021).
48. Final report: Addicts4Addicts & Keyring Recovery Network. Emerging Horizons; 2015 (https://www.keyring.org/uploaded_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf, consultado em 22 de janeiro de 2021).
49. Commission us. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/commission-us>, consultado em 4 de agosto de 2020).
50. Together for mental health: a strategy for mental health and wellbeing in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2012 (<http://www.wsamh.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/Together-for-Mental-Health-Strategy-October-2012.pdf>, consultado em 7 de janeiro de 2021).

51. Harflett N, Jennings Y. Evaluation of the Shared Lives Mental Health project. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (<https://www.ndti.org.uk/resources/evaluation-of-the-shared-lives-mental-health-project>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
52. About us. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/about-us/>, consultado em 3 de setembro de 2019).
53. Shared Lives in Wales annual report 2017-2018, executive summary. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 (<https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Shared-Lives-in-Wales-2017-18-Exec-summary-English.pdf>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
54. Shared Lives South West [website]. Kingsteignton: Shared Lives South West; n.d. (<https://www.sharedlivessw.org.uk/>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
55. Callaghan L, Brookes N, Palmer S. Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. Health Soc Care Community. 2017;25:1655–66. doi: 10.1111/hsc.12422.
56. South East Wales Shared Lives Scheme. In: Blaenau Gwent County Borough Council [website]. Ebbw Vale: Blaenau Gwent County Borough Council; 2017 (<https://www.blaenau-gwent.gov.uk/en/story/news/south-east-wales-shared-lives-scheme/>, consultado em 9 de setembro de 2019).
57. Assessment process for shared lives carers. In: Caerphilly County Borough Council [website]. Tredegar: Caerphilly County Borough Council; n.d. (<https://www.caerphilly.gov.uk/Services/Services-for-adults-and-older-people/Learning-disabilities/South-East-Wales-Shared-Lives-Scheme/Assessment-process-for-shared-lives>, consultado em 9 de setembro de 2019).
58. Advice when you want it. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/our-support/membership-perks/advice-when-you-want-it/>, consultado em 26 de setembro de 2019).
59. South East Wales adult placement / Shared Lives scheme. In: Torfaen County Borough Council [website]. Pontypool: Torfaen County Borough Council; 2018 (<https://www.torfaen.gov.uk/en/HealthSocialCare/Caring-for-Someone/Adultplacementschemes/Adult-Placements.aspx>, consultado em 9 de setembro de 2019).
60. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (relatório disponível sob solicitação à Organização Mundial da Saúde).
61. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Lindsey and Shaun's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=6s>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
62. Intermediate care guidance for Shared Lives 2019. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 (<https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Intermediate-care-guidance-for-Shared-Lives-final-2019.pdf>, consultado em 9 de setembro de 2019).
63. About. In: South East Wales Shared Lives Scheme [website]. Caerphilly: South East Wales Shared Lives Scheme; 2015 (<https://southeastwalessharedlivescheme.wordpress.com/about/>, consultado em 5 de setembro de 2019).
64. Shared Lives Plus. Imagine a world of Shared Lives care supporting people for the NHS [video]. Liverpool: Shared Lives Plus TV; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=swOo6c07A38>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
65. State of care. In: Care Quality Commission [website]. Newcastle: Care Quality Commission; 2019 (https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200307211343tf_/https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care, consultado em 18 de janeiro de 2021).
66. Meet the carers who are opening their own homes to people in need. In: ITV [website]. London: ITV; 2019 (<https://www.itv.com/news/central/2019-04-19/thousands-benefit-from-new-social-care-scheme>, consultado em 19 de setembro de 2019).

67. The difference Shared Lives make. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/the-difference-shared-lives-make/>, consultado em 26 de setembro de 2019).
68. Transforming adult mental health services in Gwent - Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales). Newport: Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales); 2021 (<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>, consultado em 31 de março de 2021).
69. Keetharuth A, Brazier J, Connell J, Bjorner J, Carlton J, Taylor Buck E et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties. *Br J Psychiatry*. 2018;212. doi: 10.1192/bjp.2017.10.
70. NHS Wales. Validated core service user questions and updated Framework for Assuring Service User Experience. Cardiff: Llywodraeth Cymru, Welsh Government; 2018 (<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1064/Welsh%20Health%20Circular%202018%20042%20-%20Framework%20and%20core%20questions%20ENGLISH.pdf>, consultado em 6 de março de 2021).
71. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Jacqui Mills - a family's perspective [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=NttkyxJvLpQ>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
72. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Alex's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=ZrjVvNq3eM>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
73. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Tracy's story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2013 (https://www.youtube.com/watch?v=9_6PHlcFEGA, consultado em 30 de dezembro de 2020).
74. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Shelley Welton & Simon Burch's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
75. Shared Lives Plus. My choice, our life: Shared Lives supporting people with mental ill health [video]. Liverpool: Shared Lives Plus TV; 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=rh1Wgm8mmFQ>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
76. Investing in Shared Lives. London: Social Finance; 2013 (https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf_shared_lives_final.pdf, consultado em 7 de janeiro de 2021).
77. Hardy R. Shared Lives: A community-based approach to supporting adults. *The Guardian*. 23 May 2014 (<https://www.theguardian.com/social-care-network/2014/may/23/shared-lives-community-based-supporting-adults>, consultado em 7 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

