



**Orientações  
sobre serviços  
comunitários  
de 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



# Orientações sobre serviços comunitários de 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  
Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches  
© Organização Mundial da Saúde, 2021  
ISBN: 978-92-4-002570-7 (versão eletrônica)

*Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos*

ISBN: 978-92-75-72644-0 (PDF)  
ISBN: 978-92-75-12644-8 (versão impressa)

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2022

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 OIG 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. Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726440>.

**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](mailto: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

Prefácio . . . . .	VIII
Agradecimentos . . . . .	IX
Resumo executivo . . . . .	XVII
O que é a iniciativa Direito é Qualidade ( <i>QualityRights</i> ) da OMS? . . . . .	XXIII
Orientações e pacotes técnicos da OMS sobre serviços comunitários de saúde mental . . . . .	XXIV

<b>1.</b> Visão geral: abordagens de saúde mental centradas na pessoa, no <i>recovery</i> e baseadas em direitos . . . . .	1
<b>1.1</b> O contexto global . . . . .	2
<b>1.2</b> Principais normas internacionais de direitos humanos e a abordagem de <i>recovery</i> . . . . .	3
<b>1.3</b> Áreas críticas para os serviços de saúde mental e os direitos das pessoas com deficiência psicossocial. . . . .	6
<b>1.4</b> Conclusão . . . . .	12

<b>2.</b> Serviços com boas práticas que promovem direitos e <i>recovery</i> . . . . .	13
<b>2.1</b> Serviços de saúde mental para atenção à crise . . . . .	15
<b>2.1.1</b> Afiya House Massachusetts, Estados Unidos da América . . . . .	16
<b>2.1.2</b> Link House Bristol, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte . . . . .	21
<b>2.1.3</b> Serviço de atenção à crise Diálogo Aberto – Lapônia, Finlândia . . . . .	26
<b>2.1.4</b> Tupu Ake Região sul de Auckland, Nova Zelândia . . . . .	31

<b>2.2</b>	Serviços de saúde mental de base hospitalar. . . . .	37
<b>2.2.1</b>	Unidade de BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust Viken, Noruega . . . . .	38
<b>2.2.2</b>	Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH Heidenheim, Alemanha . . . . .	43
<b>2.2.3</b>	Soteria Berna, Suíça . . . . .	49
<b>2.3</b>	Centros de saúde mental de base comunitária . . . . .	54
<b>2.3.1</b>	Clínica Aung Yangon, Mianmar . . . . .	55
<b>2.3.2</b>	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III Brasilândia, São Paulo, Brasil. . . . .	60
<b>2.3.3</b>	Phoenix Clubhouse Região Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong, China . . . . .	65
<b>2.4</b>	Serviços de suporte de pares em saúde mental . . . . .	70
<b>2.4.1</b>	Grupos de suporte de ouvidores de vozes . . . . .	71
<b>2.4.2</b>	Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi USP Quênia . . . . .	76
<b>2.4.3</b>	Suporte de Pares do Sudeste de Ontário Ontário, Canadá .	81
<b>2.5</b>	Serviços móveis de saúde mental na comunidade. . . . .	86
<b>2.5.1</b>	Atmiyata Gujarat, Índia . . . . .	87
<b>2.5.2</b>	Banco da Amizade Zimbábue . . . . .	92
<b>2.5.3</b>	Home Focus West Cork, Irlanda . . . . .	97
<b>2.5.4</b>	Naya Daur Bengala Ocidental, Índia . . . . .	102
<b>2.5.5</b>	Ombudsman pessoal Suécia . . . . .	107
<b>2.6</b>	Serviços residenciais de apoio para saúde mental. . . . .	112
<b>2.6.1</b>	Residência Hand in Hand Geórgia . . . . .	113
<b>2.6.2</b>	Home Again Chennai, Índia . . . . .	118
<b>2.6.3</b>	Redes de residências terapêuticas KeyRing . . . . .	123
<b>2.6.4</b>	Shared Lives Sudeste do País de Gales, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte . . . . .	128
<b>2.7</b>	Conclusão . . . . .	134

## **3.** Rumo a uma prestação de serviços integral: habitação, educação, emprego e proteção social . . . . . 136

**3.1** Moradia . . . . . 138

**3.2** Educação e capacitação . . . . . 141

**3.3** Emprego e geração de renda . . . . . 144

**3.4** Proteção social . . . . . 147

**3.5** Conclusão . . . . . 150

## **4.** Redes integradas de serviços de saúde mental . . . . . 151

**4.1** Redes de saúde mental consagradas . . . . . 153

**4.1.1** Redes comunitárias de saúde mental no Brasil com destaque para Campinas . . . . . 154

**4.1.2** Rede de serviços de saúde mental de base comunitária do leste de Lille França . . . . . 160

**4.1.3** Rede de Serviços de Saúde Mental de base comunitária de Trieste Itália . . . . . 165

**4.2** Redes de serviços de saúde mental em transição . . . . . 170

**4.3** Conclusão . . . . . 179

## **5.** Orientações e passos para a ação . . . . . 180

**5.1** Políticas e estratégias para saúde mental . . . . . 182

**5.2** Reforma legislativa . . . . . 185

<b>5.3</b>	Modelos de serviço e a prestação de serviços de saúde mental de base comunitária . . . . .	188
<b>5.4</b>	Financiamento . . . . .	192
<b>5.5</b>	Desenvolvimento e capacitação da força de trabalho . . . . .	197
<b>5.6</b>	Intervenções psicossociais, intervenções psicológicas e medicamentos psicotrópicos . . . . .	201
<b>5.7</b>	Sistemas de informação e dados . . . . .	205
<b>5.8</b>	A sociedade civil, as pessoas e a comunidade . . . . .	209
<b>5.9</b>	Pesquisa . . . . .	215
	Referência . . . . .	218
	Anexo . . . . .	262



# Quadros

<b>Quadro 1.</b>	Peru – uma rede de saúde mental em transição . . . . .	171
<b>Quadro 2.</b>	Bósnia e Herzegovina – uma rede de saúde mental em transição . . . . .	173
<b>Quadro 3.</b>	Líbano – uma rede de saúde mental em transição. . . . .	175
<b>Quadro 4.</b>	Líbano, Peru e Bósnia e Herzegovina – fortalecimento da sociedade civil e da participação significativa . . . . .	177
<b>Quadro 5.</b>	Orientações fundamentais para políticas, estratégias e sistemas . . . . .	183
<b>Quadro 6.</b>	Reformas legais relevantes . . . . .	186
<b>Quadro 7.</b>	Kit de ferramentas de avaliação Direito é Qualidade ( <i>QualityRights</i> ) da OMS . . . . .	189
<b>Quadro 8.</b>	Financiamento como força motriz da reforma na Bélgica, Brasil, Peru e países da África Ocidental. . . . .	194
<b>Quadro 9.</b>	Materiais de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade ( <i>QualityRights</i> ) da OMS sobre saúde mental, deficiência, direitos humanos e <i>recovery</i> . . . . .	198
<b>Quadro 10.</b>	Treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade da OMS em saúde mental e deficiência: eliminando o estigma e promovendo os direitos humanos . . . . .	199
<b>Quadro 11.</b>	A abordagem de <i>recovery</i> em saúde mental – recursos e ferramentas da OMS . . . . .	202
<b>Quadro 12.</b>	Recursos da OMS para intervenções psicológicas . . . . .	203
<b>Quadro 13.</b>	Ferramentas para coleta de dados sobre saúde mental e deficiência psicossocial . . . . .	206
<b>Quadro 14.</b>	Desafiando o estigma e a discriminação da saúde mental . . . . .	210
<b>Quadro 15.</b>	Organizações da sociedade civil de apoio a pessoas com deficiência psicossocial . . . . .	212
<b>Quadro 16.</b>	Apelo à ação da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa . . . . .	216

## 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 Mäkiollitervo, 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; Eileen 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 Grigaitė, 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 Giaccherro 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 Ligt (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 – Yangan, 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*<sup>a</sup>, 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<sup>b</sup> 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<sup>c</sup>, 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<sup>d</sup> 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.

<sup>d</sup> **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*<sup>e</sup> 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.

**Visão geral:**  
abordagens de saúde  
mental centradas na  
pessoa, no *recovery* e  
baseadas em direitos

---

## 1.1 O contexto global

---

Na última década, a saúde mental tem recebido cada vez mais atenção de governos, organizações não governamentais e organismos multilaterais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial. Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde endossou o Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2030. Esse plano de ação reconhece o papel essencial da saúde mental para alcançar a saúde para todas as pessoas e foi estendido até 2030 na Septuagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde, em 2019 (1,2).

As agendas internacionais de desenvolvimento também fazem referências específicas à saúde mental, como a Meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): *“Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”*, e as resoluções que visam tornar a cobertura universal em saúde (3) realidade. Como resultado, os governos estão sendo instados a priorizar a saúde mental e o bem-estar por meio de estratégias e planos para expandir a cobertura universal de saúde (4).

Essa maior visibilidade para a saúde mental trouxe uma crescente conscientização sobre os muitos desafios em saúde mental resultantes de décadas de baixo investimento, que persistem até hoje. De acordo com o Atlas de Saúde Mental da OMS de 2017, em escala mundial, o gasto médio dos governos em saúde mental representa menos de 2% do gasto total do governo em saúde (5). Alocar recursos financeiros suficientes para a saúde mental é uma pré-condição necessária para desenvolver sistemas de saúde mental de qualidade, com recursos humanos suficientes para operar os serviços e fornecer apoio adequado para atender às necessidades das pessoas. Embora muitos serviços de saúde mental em todo o mundo se esforcem para fornecer cuidados de qualidade e suporte útil para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, muitas vezes o fazem no contexto de restrições consideráveis de recursos humanos e financeiros, e limitados por políticas e leis de saúde mental ultrapassadas.

O aumento do investimento em saúde mental é claramente necessário, e é fundamental que haja mais serviços. No entanto, não é possível resolver os problemas da prestação de cuidados de saúde mental simplesmente aumentando os recursos. De fato, em muitos serviços em todo o mundo, as formas atuais de prestação de cuidados de saúde mental são consideradas parte do problema (6). A maior parte do financiamento existente continua a ser investido na renovação e expansão de instituições psiquiátricas e de assistência social residenciais. Em países de baixa e média renda, isso representa mais de 80% do gasto total do governo em saúde mental (5). Os sistemas de saúde mental baseados na institucionalização, seja psiquiátrica ou no sistema de assistência social, são frequentemente associados à exclusão social e a uma ampla gama de violações dos direitos humanos (7-10).

Embora alguns países tenham tomado medidas críticas para fechar tais instituições, simplesmente retirar dos serviços de saúde mental desses ambientes não levou automaticamente a melhorias dramáticas no atendimento. O foco predominante do cuidado em muitos contextos continua sendo o diagnóstico, a medicação e a redução dos sintomas. Os principais determinantes sociais que afetam a saúde mental das pessoas, como violência, discriminação, pobreza, exclusão, isolamento, precarização do trabalho e desemprego e 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. Isso leva a um diagnóstico excessivo de sofrimento humano e à dependência excessiva de drogas psicotrópicas em detrimento de intervenções psicossociais – um fenômeno bem documentado, especialmente em países de alta renda (11-13). Também cria uma situação em que a saúde mental da pessoa é abordada pre-



dominantemente nos sistemas de saúde, sem interface suficiente com os serviços e estruturas sociais necessários para lidar com os determinantes supracitados. Como tal, esta abordagem é limitada em sua consideração do ser humano no contexto de toda a sua vida e experiências. Além disso, as atitudes e mentalidades estigmatizantes que existem entre a população em geral, formuladores de políticas e outros em relação às pessoas com deficiências psicossociais e problemas de saúde mental – por exemplo, que elas correm o risco de fazer mal a si mesmas ou a terceiros, ou que precisam de tratamento médico para mantê-las seguros – também levam a uma ênfase excessiva nas opções de tratamento biomédicas e a uma aceitação geral de práticas coercitivas, como internação e tratamento involuntários, isolamento e contenção (14, 15).

Relatos de países de alta, média e baixa renda em todo o mundo também destacam as violações e a discriminação extensas e abrangentes que existem nos ambientes de saúde mental. Estas incluem o uso de práticas coercitivas, como internação e tratamento forçados; contenção manual, física (ou mecânica) e química; e reclusão. Em muitos serviços, as pessoas são frequentemente expostas a condições de vida precárias e desumanas, negligência e, em alguns casos, abusos físicos, emocionais e sexuais, agravados pelos desequilíbrios de poder que há entre os profissionais de saúde e as pessoas que utilizam os serviços (7, 16-20).

Também no contexto comunitário mais amplo, as pessoas com problemas de saúde mental sofrem uma ampla gama de violações de direitos humanos. São excluídas da vida comunitária, estigmatizadas e discriminadas nos campos do emprego, educação, habitação e bem-estar social com base em sua deficiência. A muitas são negados os direitos de votar, casar e ter filhos. Essas violações não apenas impedem as pessoas de viver a vida que desejam, mas também as colocam ainda mais à margem da sociedade, negando-lhes a oportunidade de viver e ser incluídas em suas próprias comunidades em igualdade com os outros (21, 22).

É necessária uma mudança fundamental no campo da saúde mental a fim de acabar com a situação atual. Isso significa repensar políticas, leis, sistemas, serviços e práticas nos diferentes setores que afetam negativamente as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, garantindo que os direitos humanos sejam o sustentáculo de todas as ações no campo da saúde mental. Especificamente no contexto dos serviços de saúde mental, isso significa um movimento rumo a práticas mais equilibradas, centradas na pessoa, holísticas e orientadas para o *recovery* que considerem as pessoas no contexto de sua vida como um todo, respeitando sua vontade e preferências no tratamento, implementando alternativas à coerção e promovendo o direito das pessoas à participação e inclusão na comunidade.

---

## 1.2 Principais normas internacionais de direitos humanos e a abordagem de *recovery*

---

Os instrumentos internacionais de direitos humanos estabelecem obrigações para os países, que devem respeitar, proteger e cumprir os direitos e liberdades fundamentais para todas as pessoas e, como tal, fornecem um ordenamento essencial para acabar com o *status quo* atual e promover os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, proclamada pela ONU em 1948 (23), protege uma ampla gama de direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais. Embora não seja juridicamente vinculativa, muitas das suas

disposições tornaram-se parte do direito internacional usual, o que significa que podem ser invocadas por sistemas jurídicos nacionais e internacionais.

A Declaração deu origem a dois pactos formais em 1966, juridicamente vinculativos para os Estados que os ratificaram: o *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* (24) e o *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (25). Os direitos civis e políticos incluem: o direito à liberdade; de não sofrer tortura, tratamento cruel ou degradante; de não sofrer exploração, violência ou abuso; e o direito à igualdade perante a lei. Os direitos econômicos, sociais e culturais incluem os direitos à saúde, moradia, alimentação, educação, emprego, inclusão social e participação cultural.

Em 2008, entrou em vigor a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) das Nações Unidas que, sem dúvida, representa a contribuição mais significativa para avançar a agenda e garantir o pleno respeito aos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais (23). Significativamente, a CDPD foi elaborada com o aporte, engajamento e participação ativos de pessoas com deficiência (PCD) e organizações de pessoas com deficiência (OPD), garantindo assim que a perspectiva daqueles mais preocupados com as questões fosse refletida no documento final (26). Ressaltando a necessidade urgente de estabelecer proteções para os direitos humanos das pessoas com deficiência, a Convenção foi o instrumento de direitos humanos negociado mais rapidamente e um dos mais rapidamente ratificados, com 181 Estados-Partes concordando em se comprometer com suas disposições.

A CDPD conclama pelo “respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade”. Proíbe a discriminação com base em deficiência de qualquer tipo, e exige que as pessoas com deficiência possam gozar de todos os direitos humanos em igualdade de condições com as demais pessoas. A Convenção também reconhece que as deficiências, incluindo as psicossociais, resultam da “interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas”.

Também reconhece que essas barreiras constituem discriminação, e estabelece obrigações juridicamente vinculativas para a remoção dessas barreiras como ação de governo, a fim de garantir que as pessoas possam gozar de direitos e oportunidades iguais. Isso significa que os governos devem adotar uma ampla gama de medidas para garantir que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais possam gozar dos mesmos direitos que todas as outras pessoas, sejam tratadas com igualdade e não sejam discriminadas. As ações a serem tomadas pelos países incluem a abolição de leis, políticas, regulamentos, costumes e práticas discriminatórias e a adoção de políticas, leis e outras medidas que efetivem os direitos reconhecidos na Convenção.

O Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é composto por 18 especialistas independentes e foi estabelecido para monitorar a implementação da Convenção pelos Estados-Partes. O Comitê emitiu uma série de “Comentários Gerais” que descrevem com mais detalhes as medidas a serem tomadas pelos países, várias das quais são particularmente pertinentes ao contexto de atenção à saúde mental. Eles abordam o direito à capacidade jurídica, o direito de viver de forma independente e ser incluído na comunidade, e o direito à igualdade, não discriminação e participação (27).

Várias resoluções e relatórios emanados dos mecanismos de direitos humanos da ONU fazem coro e reforçam os direitos estabelecidos na CDPD e nos Comentários Gerais que a acompanham. Por exemplo, uma série de resoluções do Conselho de Direitos Humanos da ONU ressaltaram a importância de uma abordagem de direitos humanos à saúde mental, pedindo aos países e agências da ONU que combatam a “discriminação generalizada, estigma, preconceito, violência, exclusão e segregação social,

ou institucionalização arbitrária, medicação excessiva e práticas de tratamento [no campo da saúde mental] que desrespeitam... autonomia, vontade e preferências” (28-31).

Além disso, vários relatórios de Relatores Especiais da ONU destacaram a necessidade de os governos abordarem os direitos humanos na saúde mental. O ex-Relator Especial da ONU sobre o direito de todos a gozar do melhor estado de saúde física e mental que seja possível atingir (doravante, Relator Especial sobre o Direito à Saúde) publicou vários relatórios descrevendo o direito à saúde mental e destacando as práticas nocivas nos serviços de saúde mental atuais, pedindo uma “mudança de paradigma” significativa nesse campo de atuação (15, 32). Além disso, o ex-Relator Especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ressaltou a necessidade urgente de os países adotarem medidas efetivas para combater estereótipos, atitudes negativas e práticas nocivas e coercitivas contra pessoas com deficiência psicossocial, bem como medidas para garantir o respeito por sua capacidade jurídica e promover sua plena inclusão e participação na comunidade (33, 34).

Nas últimas três décadas, o surgimento da abordagem de *recovery* também foi fundamental para a promoção dos direitos humanos em saúde mental. Essa abordagem, que teve suas raízes no ativismo de pessoas com experiência vivida, recebeu amplo endosso dos Estados Membros da OMS no marco do Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS. Também se alinha com o Quadro da OMS sobre Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas, que foi adotado com grande apoio dos Estados Membros na Assembleia Mundial da Saúde em 2016 (1, 35).

Para muitas pessoas, *recovery* significa recuperar o controle de sua identidade e vida, ter esperança em sua vida e viver uma vida que tenha propósito para elas, seja por meio de trabalho, relacionamentos, espiritualidade, envolvimento na comunidade ou vários ou todos esses aspectos.

A abordagem de *recovery* visa abordar toda a gama de determinantes sociais que afetam a saúde mental das pessoas, incluindo relacionamentos, educação, emprego, condições de vida, comunidade, espiritualidade, atividades artísticas e intelectuais. Ele enfatiza a necessidade de centralizar questões como conexão, significado e valores e abordar e desafiar de maneira holística a ideia de que os cuidados de saúde mental se resumem a diagnóstico e medicamentos (36). O significado de *recovery* pode ser diferente para cada pessoa e, portanto, cada indivíduo tem a oportunidade de definir o que o conceito significa para si e em quais áreas de sua vida deseja se concentrar como parte de sua própria jornada de *recovery*. Dessa forma, a abordagem de *recovery*, incorpora uma mudança completa de paradigma na forma como muitos serviços de saúde mental são concebidos e prestados.

Tanto a abordagem de direitos humanos quanto a de *recovery* estão muito alinhadas. Ambas respeitam a diversidade, as experiências e as escolhas das pessoas e exigem que as pessoas tenham o mesmo nível de dignidade e respeito, em igualdade de condições com os demais. Além disso, ambas as abordagens reconhecem os determinantes sociais e estruturais da saúde e promovem os direitos fundamentais à igualdade, não discriminação, capacidade jurídica e inclusão comunitária, e têm repercussões importantes para a forma como os serviços de saúde mental são desenvolvidos e prestados. Ambas desafiam fundamentalmente o *status quo* atual nessa área.

## 1.3 Áreas críticas para os serviços de saúde mental e os direitos das pessoas com deficiência psicossocial

---

O objetivo de oferecer melhores serviços às pessoas com problemas de saúde mental requer mudanças fundamentais na forma como os serviços conceituam e prestam os cuidados. O direito à saúde detalhado na CDPD exige que os governos forneçam às pessoas com deficiência acesso a serviços de saúde mental de qualidade que respeitem seus direitos e sua dignidade. Isso significa operacionalizar uma abordagem centrada na pessoa, no *recovery* e baseada em direitos humanos, e desenvolver e fornecer serviços que as pessoas queiram usar, em vez de serem coagidas a fazê-lo. Significa também estabelecer serviços que promovam a autonomia, estimulem a cura e criem uma relação de confiança entre quem presta e quem recebe o serviço. Nesse sentido, o direito à saúde depende de uma série de princípios fundamentais de direitos humanos no contexto da atenção à saúde mental, a saber: respeito à capacidade jurídica, práticas não coercitivas, participação, inclusão comunitária e abordagem de *recovery*.

### ***Respeito à capacidade jurídica***

A muitas pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais é negado o direito de exercer sua capacidade jurídica; ou seja, o direito de tomar decisões por si mesmo e de ter essas decisões respeitadas pelos outros. Com base em suposições estigmatizantes sobre sua condição – que suas decisões não são razoáveis ou trazem consequências negativas; que sua capacidade de tomar decisões é deficiente; ou que eles não são capazes de entender e tomar decisões por si mesmos ou comunicar suas vontades e preferências – tornou-se aceitável, em serviços em países de todo o mundo, que outros intervenham e tomem decisões em nome das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Em muitos países, isso é implementado por meio de esquemas como tutela, curatela e supervisão, e é legitimado por leis e práticas. Em outros casos, essa tomada de decisão por substitutos é praticada de forma mais informal no ambiente doméstico e familiar: as decisões cotidianas relacionadas à vida da pessoa – o que vestir, quem ver, quais atividades fazer, o que comer – são tomadas por parentes ou outros terceiros.

Promover a autonomia das pessoas é fundamental para sua saúde mental e bem-estar, e também é uma exigência legal de acordo com o direito internacional dos direitos humanos, em particular a CDPD. A Convenção exige que os Estados acabem com todos os sistemas de tomada de decisões por substitutos, para que as pessoas possam tomar suas próprias decisões formais e informais do dia-a-dia em igualdade de condições com as demais. Exige que medidas de tomada de decisão com suporte sejam disponibilizadas, inclusive em situações de crise, e que outros respeitem essas decisões (37, 38).

Embora desafiador, é importante que os países estabeleçam metas e proponham medidas para eliminar práticas que restringem o direito à capacidade jurídica, como internação e tratamento involuntários, e substituí-las por práticas que se alinhem à vontade e às preferências das pessoas, garantindo que seu consentimento para os cuidados de saúde mental seja sempre solicitado e que o direito de recusar a internação e o tratamento também sejam respeitados. Isso é possível em serviços onde as pessoas recebem informações exatas, abrangentes e acessíveis sobre seus cuidados, bem como suporte para a tomada de decisões.

Um método de tomada de decisão com suporte que pode ser implementado envolve a nomeação, pelo interessado, de uma pessoa de confiança ou de uma rede de pessoas que possam fornecer apoio na ponderação de diferentes opções e decisões. A pessoa ou grupo de confiança também pode ajudar a comunicar essas decisões e escolhas à equipe de saúde mental ou a outras pessoas. Se, apesar de todos os esforços envidados, não for possível determinar a vontade e as preferências de uma pessoa, então as decisões devem ser baseadas na melhor interpretação de sua vontade e preferências. A tomada de decisão com suporte não pode ser imposta a ninguém como condição para que suas decisões sejam respeitadas.

Outra forma de implementar a tomada de decisão com suporte é por meio de diretivas antecipadas, que incluem declarações sobre a vontade e as preferências das pessoas em relação aos cuidados e apoio que recebem, entre outros assuntos (37, 39). Tais diretivas permitem que as pessoas considerem e expressem o que podem querer que aconteça no futuro se passarem por uma crise ou dificuldade. A pessoa pode especificar em quais circunstâncias sua diretiva antecipada deve entrar em vigor, e designar uma ou mais pessoas para ajudar na comunicação, *advocacy* ou qualquer outro tipo de suporte (como apoio para a tomada de decisões ou as tarefas da vida diária). Essas diretivas também podem incluir informações sobre assuntos como: tratamento, o que deve acontecer com sua casa se decidir entrar em um serviço residencial por um curto período de tempo, quem deve cuidar de quaisquer assuntos pessoais e quem deve ser contatado ou não.

Respeitar a capacidade jurídica das pessoas pode ser complexo e desafiador em muitas situações, e nenhum país se alinhou totalmente com esse requisito da CDPD ainda. Há muitas situações em que a vontade e as preferências das pessoas são desconhecidas, e o uso da melhor interpretação pode, no final das contas, não refletir a vontade e a preferência reais da pessoa. O objetivo nessas situações é avaliar, aprender e mudar as práticas para evitar que situações semelhantes surjam no futuro. Informações detalhadas sobre estratégias para promover e proteger a vontade e as preferências das pessoas, inclusive em situações desafiadoras, estão disponíveis no [módulos de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade da OMS](#) e incluem: tomada de decisão com suporte e diretivas antecipadas (39) capacidade jurídica e o direito de decidir (38), direito de não sofrer coerção, violência e abuso (10), e estratégias para acabar com a reclusão e a contenção (40).

### **Práticas não coercitivas**

As práticas coercitivas referem-se ao uso de persuasão forçada, ameaça ou coação para levar uma pessoa a fazer algo contra a sua vontade (41). Assim, as práticas coercitivas envolvem também a negação do direito das pessoas de exercer sua capacidade jurídica. No contexto dos serviços de saúde mental, as práticas coercitivas podem incluir, por exemplo, a internação involuntária, o tratamento involuntário, o uso de reclusão e de contenção física, mecânica ou química.

Muitos interessados diretos estão pedindo a eliminação das práticas coercitivas e a implementação de alternativas na saúde mental e serviços relacionados. O direito à liberdade e segurança das pessoas insculpido na CDPD ressalta as ações para lidar com a coerção, proibindo a privação de liberdade com base na deficiência de uma pessoa (42). Esse direito apresenta um grande desafio para os serviços, políticas e leis em países que permitem a internação involuntária com base em uma condição ou deficiência diagnosticada ou percebida, mesmo quando são apresentados razões ou critérios adicionais para a detenção, como “necessidade de tratamento”, “periculosidade” ou “falta de discernimento” (43).

Vários outros direitos insculpidos na CDPD, incluindo o de não sofrer tortura ou tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante e o de não sofrer exploração, violência e abuso, também proíbem

práticas coercitivas (44) como internação e tratamento forçados, isolamento e contenção, bem como a administração de medicamentos antipsicóticos, eletroconvulsoterapia (ECT) e psicocirurgia sem consentimento informado (45-48).

A necessidade percebida de coerção é incorporada aos sistemas de saúde mental, inclusive na educação e treinamento profissional, e é reforçada por meio das leis nacionais de saúde mental e outras leis. As práticas coercitivas são difundidas e são cada vez mais utilizadas em serviços em países de todo o mundo, apesar da falta de evidências de que ofereçam benefícios e da evidência significativa de que ocasionam danos físicos e psicológicos, levando até mesmo à morte (43, 49-57). Pessoas submetidas a práticas coercitivas relatam sentimentos de desumanização, desempoderamento, desrespeito e desvinculação das decisões sobre questões que as afetam (58, 59). Muitas as vivenciam como uma forma de trauma ou re-traumatização, levando a um agravamento de sua condição e aumento da angústia (60, 61). As práticas coercitivas também prejudicam significativamente a confiança das pessoas na equipe do serviço de saúde mental, o que leva as pessoas a evitar a busca por cuidados e apoio (62). O uso de práticas coercitivas também traz consequências negativas para o bem-estar dos profissionais que as utilizam (63).

Em muitos casos, as práticas coercitivas são justificadas, por aqueles que as utilizam, com base no “risco” ou “periculosidade” (64), o que causa preocupação, considerando o potencial de viés e subjetividade (65). Outras razões importantes incluem a falta de compreensão sobre as consequências negativas e prejudiciais dessas práticas para a saúde, bem-estar, senso de si e valor próprio das pessoas e na relação terapêutica (51), a falta de opções de cuidados e apoio alternativas, a falta de recursos, conhecimentos e habilidades para lidar com situações desafiadoras (inclusive crises) de forma não confrontativa, bem como culturas de serviço negativas em que valores, crenças, atitudes, regras e práticas compartilhadas pelos diferentes membros de um serviço são aceitos sem reflexão e são considerados “o jeito como se faz por aqui”. Finalmente, as práticas coercitivas são usadas em alguns casos porque são obrigatórias nas leis nacionais dos países (66).

Além de mudanças nas leis e políticas, a criação de serviços livres de coerção (*vide módulos de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade da OMS*) requer ações em várias frentes, incluindo:

- i. educação da equipe de serviço sobre diferenciais de poder, hierarquias e como isso pode levar à intimidação, medo e perda de confiança;
- ii. ajudar a equipe a compreender o que é considerado uma prática coercitiva, e as consequências danosas de seu uso;
- iii. treinamento sistemático para todos os funcionários sobre respostas não coercitivas a situações de crise, incluindo estratégias de desescalada e boas práticas de comunicação;
- iv. planejamento individualizado com as pessoas que utilizam o serviço, incluindo planos de crise e diretivas antecipadas (51);
- v. modificação do ambiente físico e social para criar uma atmosfera acolhedora, incluindo o uso de “quartos de conforto” (67) e “equipes de resposta” (68) para evitar ou abordar e superar situações conflituosas ou desafiadoras;
- vi. meios eficazes de ouvir e responder às reclamações e aprender com elas; *debriefing* sistemático após qualquer uso de coerção, num esforço para evitar que incidentes se repitam no futuro; e
- vii. reflexão e mudança sobre o papel de todas as partes interessadas, incluindo o sistema judiciário, a polícia, os profissionais de saúde e a comunidade em geral.

## **Participação**

Historicamente, as pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais têm sido excluídas da participação na tomada de decisões não apenas sobre sua própria saúde e escolhas de vida, mas também nos processos de tomada de decisão na sociedade como um todo. Isso as marginaliza de todas as esferas da sociedade e as priva da oportunidade de participar e se envolver na sociedade em igualdade de condições com as outras pessoas. Isso também é verdade no campo da saúde mental, onde essas pessoas foram em grande parte excluídas da participação na concepção e prestação de serviços de saúde mental e no desenvolvimento de políticas, apesar de seus conhecimentos e experiência nessa área.

O preâmbulo da CDPD fornece uma estrutura legal que reconhece explicitamente “as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades”. Afirma ainda que “as pessoas com deficiência devem ter a oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e políticas, inclusive aos que lhes dizem respeito diretamente”. A Convenção também articula o direito de todas as pessoas com deficiência à plena e efetiva participação e inclusão na sociedade e na vida política, pública e cultural. Também exige que os governos promovam “ativamente um ambiente em que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades com as demais pessoas”.

É cada vez mais reconhecido que as pessoas com experiência vivida, pelo seu próprio conhecimento e experiência na área, têm um importante aporte a dar e um papel central a desempenhar na concepção, desenvolvimento, melhoria ou transformação dos serviços de saúde mental, bem como no apoio e prestação de serviços diretos a outros, como especialistas pares, suporte de pares e serviços de crise administrados por pares (69).

Fornecer serviços que busquem ativamente promover o conhecimento e as percepções daqueles que sofreram com deficiências psicossociais e entender quais serviços são úteis para eles é essencial para fornecer um suporte que as pessoas desejam e consideram útil. Os serviços precisam reconhecer o papel vital que as pessoas com experiência vivida têm a desempenhar em todos os aspectos do planejamento, prestação e governança de serviços.

O papel vital e benéfico que as pessoas com experiência vivida podem ter – por exemplo, através do suporte de pares – é cada vez mais reconhecido (70-72). Como consequência, o suporte de pares está sendo progressivamente adotado nos serviços e sistemas de saúde mental nos países. Intervenções baseadas em pares são parte integrante dos serviços e devem fazer parte de um movimento no sentido de fornecer respostas mais positivas às pessoas que buscam cuidados e suporte (73).

## **Inclusão comunitária**

A institucionalização de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais que ocorreu ao longo dos séculos muitas vezes resultou em sua exclusão da sociedade. Quando as pessoas são incapazes de participar da vida familiar e social cotidiana, tornam-se marginalizadas das comunidades. Por sua vez, o caráter humilhante e embrutecedor de muitas instituições psiquiátricas e lares de assistência social tem consequências devastadoras para a saúde e o bem-estar das pessoas.

A OMS há muito defende o desenvolvimento de serviços e apoios comunitários para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Isso agora é reforçado pela CDPD, que articula os compromissos dos governos para apoiar as pessoas com deficiência a viver de forma independente onde e com quem escolherem (74) e participar em suas comunidades na medida em que assim o dese-

jarem. Para que isso seja alcançado, as instituições psiquiátricas e de assistência social precisam ser fechadas e todos os serviços de saúde mental precisam respeitar o direito das pessoas de permanecerem livres e independentes e receberem serviços no local de sua escolha.

Também compromete os governos a desinstitucionalizar as instalações existentes, integrando cuidados e apoio de saúde mental aos serviços gerais de saúde e fornecendo às pessoas uma gama variada de serviços de apoio à vida em casa e outros serviços de apoio comunitário, inclusive assistência pessoal necessária para apoiar a vida e a inclusão na comunidade, e para evitar o isolamento ou segregação do resto da comunidade. Também exige que os governos forneçam às pessoas com deficiência acesso aos mesmos serviços e instalações comunitários que todos os outros (44).

Portanto, um papel essencial dos serviços de saúde mental é o de apoiar as pessoas no acesso a serviços, suportes, organizações e atividades relevantes, de sua escolha, que possam ajudá-las a viver e ser incluídas na comunidade. Isso inclui, por exemplo, facilitar o acesso a serviços e benefícios sociais, moradia, emprego e oportunidades educacionais (ver seção 3). Em tempos de crise, é especialmente necessário que os serviços de saúde mental respeitem e cumpram o direito de viver de forma independente na comunidade, fornecendo suporte de acordo com a vontade e as preferências da pessoa e onde ela se sente confortável, seja em sua própria casa, com amigos ou família, num estabelecimento de saúde mental ou outro local mutuamente aceitável.

### **Abordagem de Recovery**

A abordagem de *recovery* surgiu em resposta à insatisfação com a implementação predominante de muitos serviços de saúde mental e a prestação de cuidados que se concentra predominantemente na redução dos sintomas.

A abordagem de *recovery* não depende apenas dos serviços de saúde mental. Muitos indivíduos podem e conseguem criar seu próprio caminho para o *recovery*, encontrando apoio natural e informal entre amigos e familiares e redes e comunidades sociais, culturais, religiosas e outras, e conseguem se unir para prestar apoio mútuo rumo ao *recovery*. No entanto, a introdução da abordagem de *recovery* nos serviços de saúde mental é um meio importante para garantir que o cuidado e o suporte prestados às pessoas que desejam acessar os serviços considerem essas pessoas no contexto de toda a sua vida e experiências.

Embora a abordagem de *recovery* possa ter nomes diferentes em diferentes países, os serviços que adotam essa abordagem seguem alguns princípios fundamentais. Esses serviços não se concentram principalmente em “curar” pessoas ou torná-las “normais” novamente. Em vez disso, esses serviços se concentram em apoiar as pessoas para identificar o que o *recovery* significa para elas. Eles ajudam as pessoas a obter ou recuperar o controle de sua identidade e vida, ter esperança no futuro e viver uma vida que tenha propósito para elas – seja por meio de trabalho, relacionamentos, envolvimento na comunidade ou vários ou todos esses aspectos. Eles reconhecem que a saúde mental e o bem-estar não dependem predominantemente de estar “livres de sintomas” e que as pessoas podem sofrer problemas de saúde mental e ainda desfrutar de uma vida plena (75).

Serviços orientados ao *recovery* (consulte [módulos de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade da OMS](#)) geralmente giram em torno das cinco dimensões a seguir (76, 77).

- **Conectividade.** Este princípio significa que as pessoas precisam ser incluídas em sua comunidade em igualdade de condições com todas as outras pessoas. Isso pode envolver o surgimento de novos relacionamentos significativos, a reconexão com a família e os amigos ou a conexão com grupos de apoio de colegas ou outros grupos da comunidade.



- Esperança e otimismo. Embora a esperança seja definida de forma diferente por pessoas diferentes, a essência da esperança é a afirmação de que viver uma vida plena é possível, seja na presença ou ausência de “sintomas”. Implica também a crença de que as circunstâncias podem mudar e/ou de que a pessoa será capaz de enfrentar ou superar uma situação. Assim, os sonhos e aspirações precisam ser incentivados e valorizados.
- Identidade. A abordagem de *recovery* pode ajudar as pessoas a apreciarem quem elas são, fortalecer seu senso de si próprio e sua autoestima e superar o estigma, os preconceitos externos, bem como a auto-opressão e a autoestigmatização. Baseia-se no respeito pelas pessoas, sua identidade única e sua capacidade de autodeterminação, e reconhece que as próprias pessoas são especialistas em suas próprias vidas. Não se trata apenas de identidade pessoal, mas também de identidade étnica e cultural.
- Significado e propósito. O *recovery* ajuda as pessoas a reconstruir suas vidas e ganhar ou recuperar significado e propósito de acordo com suas próprias escolhas e preferências. Como tal, envolve o respeito às formas de cura que podem ir além das intervenções biomédicas ou psicológicas.
- Empoderamento. O empoderamento está no cerne da abordagem de *recovery* desde suas origens, e postula que o controle e a escolha são essenciais para a recuperação de uma pessoa e estão intrinsecamente ligados à capacidade jurídica (78).

---

## 1.4 Conclusão

---

A implementação de uma abordagem baseada em direitos humanos no *recovery* requer que os serviços abordem os determinantes sociais da saúde mental, respondendo tanto às necessidades imediatas quanto às necessidades de longo prazo das pessoas. Isso inclui apoiar as pessoas a ganhar ou recuperar significado e propósito na vida e ajudá-las a explorar todas as áreas importantes de sua vida, incluindo relacionamentos, trabalho, família, educação, espiritualidade, atividades artísticas e intelectuais, política e assim por diante.

Nesse contexto, os serviços de saúde mental precisam respeitar a capacidade jurídica das pessoas, incluindo suas escolhas e decisões quanto ao tratamento e cuidado. Eles precisam encontrar maneiras de apoiar as pessoas sem recorrer à coerção e garantir que as pessoas com experiência de vida participem e deem seus aportes sobre como deve ser um bom serviço. Por fim, os serviços de saúde mental também devem contar com a perícia e a experiência dos trabalhadores pares para apoiar os outros em sua jornada de *recovery* de uma maneira que atenda às suas necessidades, desejos e expectativas.

Conseguir isso não é uma tarefa fácil. Existem muitos desafios para realizar essa abordagem dentro das restrições de recursos, políticas e até legislação que muitos serviços enfrentam. No entanto, existem vários exemplos de serviços de saúde mental de diferentes regiões do mundo que mostram concretamente que isso é, sim, possível. Os exemplos de boas práticas apresentados na seção a seguir estão funcionando com sucesso dentro de uma ampla gama de marcos jurídicos, ao mesmo tempo em que protegem os direitos humanos, evitam a coerção e promovem a capacidade jurídica. Eles demonstram como isso pode ser feito e oferecem inspiração para formuladores de políticas e prestadores de serviços em todos os lugares.

# 2.

**Serviços com boas  
práticas que promovem  
direitos e *recovery***

O primeiro capítulo destacou os esforços significativos necessários pelos países para transformar seus serviços de saúde mental conforme os princípios de direitos humanos e *recovery*. Para demonstrar a aplicação desses princípios, os exemplos a seguir mostram serviços com boas práticas que deram passos importantes nessa direção. O propósito de destacar esses serviços não é ser prescritivo, mas sim revelar o que pode ser aprendido a partir de suas diversas experiências. Em particular, lições valiosas podem ser extraídas dos mecanismos e estratégias implementados para respeitar e promover os direitos humanos e a abordagem de *recovery*, e essas lições podem ser aplicadas para apoiar os países à medida em que moldam e desenvolvem seus próprios serviços de saúde mental dentro de seus contextos nacionais. É importante ressaltar que, embora os serviços apresentados tenham feito esforços conjuntos para promover os direitos humanos e a abordagem de *recovery*, nenhum está fazendo isso perfeitamente. Porém, eles oferecem bons exemplos do que pode ser alcançado quando os direitos humanos e a recuperação formam o núcleo do suporte, principalmente porque esses serviços estão, na maioria dos casos, operando sob ordenamentos jurídicos e políticos restritivos e dentro de sistemas de saúde mental cujos serviços estão em diferentes níveis de desenvolvimento.

Os serviços com boas práticas apresentados a seguir foram identificados por meio de quatro fontes primárias: revisões da literatura, buscas na internet, consulta on-line e contribuições de redes e colaboradores existentes da OMS. Cada serviço passou por um processo de seleção baseado em cinco critérios específicos de direitos humanos e *recovery*, a saber: respeito à capacidade jurídica, práticas não coercitivas, participação, inclusão comunitária e abordagem de *recovery*. Os serviços selecionados foram classificados de acordo com sete diferentes categorias de serviços prestados: serviços para atenção à crise, serviços de base hospitalar, de saúde mental [de base comunitária], serviços móveis, serviços residenciais de apoio e serviços de suporte de pares. O Anexo 1 apresenta a metodologia em detalhes.

Nas páginas a seguir, cada categoria de serviço de saúde mental é apresentada, seguida de perfis resumidos de cada um dos serviços com boas práticas selecionados. Descrições mais detalhadas dos serviços com boas práticas constam dos sete pacotes técnicos que acompanham este documento de orientação. Nenhum serviço se encaixa perfeitamente e exclusivamente em uma categoria, uma vez que cada um desempenha uma infinidade de funções relacionadas a uma ou mais das outras categorias – por exemplo, um serviço de atenção à crise pode ser fornecido como parte de um serviço de base hospitalar mais amplo – e isso é refletido nas categorizações no início de cada descrição de serviço.

A oferta de serviços de saúde mental de base comunitária em conformidade com os princípios de direitos humanos representa uma mudança considerável na prática de todos os países e estabelece padrões muito elevados em contextos de investimento insuficiente de recursos humanos e financeiros em saúde mental. Os serviços descritos nas seções de serviços de saúde mental de base hospitalar e serviços de atenção à crise estão todos localizados em países de alta renda. Alguns países de baixa renda podem supor que os exemplos de países de alta renda não são apropriados ou úteis; igualmente, os países de alta renda podem desconsiderar exemplos de países de baixa renda. Novos tipos de serviços e práticas também podem gerar diversas dúvidas, dificuldades e preocupações de diferentes partes interessadas, que podem ser formuladores de políticas, profissionais, famílias e cuidadores ou usuários de serviços de saúde mental.

Os serviços de saúde mental descritos neste guia não devem ser interpretados como as melhores práticas, mas como demonstrações do maior potencial dos serviços de saúde mental de base comunitária que promovem os direitos humanos e o *recovery*. Apresentam um “menu” de opções de boas práticas que os países podem adaptar para se adequarem a diversas conjunturas econômicas e políticas. A intenção é aprender com princípios e práticas que sejam relevantes e transferíveis para o contexto de cada um na prestação de serviços de saúde mental comunitários, e que promovam com sucesso os direitos humanos e o *recovery*.

---

## 2.1 Serviços de saúde mental para atenção à crise

---

Os serviços de atenção à crise buscam ajudar quem passa por sofrimento mental agudo. No entanto, as pessoas têm maior risco de terem seus direitos desrespeitados nesses serviços, com internação e tratamento forçados e práticas coercitivas como isolamento e contenção mecânica, química e física. Tais práticas são conhecidas por seus efeitos prejudiciais à saúde mental, emocional e física das pessoas e, por vezes, resultam em morte (49, 50, 64).

A seção a seguir apresenta uma série de serviços de atenção à crise que prestam apoio e assistência efetivos sem recorrer ao uso da força ou coerção, respeitando a capacidade jurídica da pessoa e outros direitos humanos. Tais serviços podem ser prestados de diversas maneiras. Alguns ajudam as pessoas a superar sua crise em casa com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Outros prestam a assistência e apoio em centros ou casas de retiro. Esses serviços oferecem uma hospedagem temporária na comunidade para que a pessoa possa se afastar por um período curto da sua vida diária.

Todos os serviços aqui apresentados utilizam uma abordagem holística e centrada na pessoa para prestar cuidados e apoio. Eles reconhecem que não há nenhum consenso sobre o que constitui uma crise, e o que uma pessoa pode vivenciar como uma crise pode não ser visto como tal por outra pessoa. Portanto, esses serviços entendem a crise como uma experiência pessoal, única e subjetiva que requer apoio em graus diferentes para ser superada.

A partir de uma abordagem com foco em *recovery* e baseada nos direitos humanos, as assimetrias de poder dentro do serviço recebem consideração especial nos exemplos aqui ilustrados. Contar com a participação relevante dos pares e proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para superar a crise são outros pontos importantes. Todos os serviços destacam a importância da comunicação e do diálogo na crise e entendem que é a própria pessoa quem mais sabe o que ela necessita em termos de atenção e apoio.

Os serviços prestados em situações de crise descritos nesta seção não envolvem afastar a pessoa da vida comunitária. Muitos se empenham em incluir familiares e amigos na atenção e apoio da pessoa, se houver o consentimento dela. Além disso, esses serviços de resposta de crise estão bem conectados a outros recursos disponíveis na comunidade. Eles podem conectar indivíduos e ajudar-lhes a navegar o sistema fora, para que eles sejam apoiados mais além do período de crise.

Os bons resultados obtidos pelos serviços demonstram que a resposta à crise não requer o uso da força ou coerção. Comunicação e diálogo, consentimento esclarecido, participação de pares, flexibilidade no apoio prestado e respeito à capacidade jurídica da pessoa contribuem para prestar apoio e atenção de qualidade atendendo ao que a pessoa necessita.

2.1.1

# Afiya House

Massachusetts,  
Estados Unidos da América



*A Afiya House é uma estada gerida por pares cujo propósito é dar apoio a quem está em uma situação de sofrimento. O objetivo é transformar o que costuma ser chamado de “crise” em uma oportunidade de aprendizado e crescimento. Faz parte de uma comunidade maior de pessoas que trabalham segundo o modelo de colaboração entre pares, gerida pela Wildflower Alliance – originalmente chamada Western Mass Learning Community – que existe desde 2007 (79). Todo o pessoal se identifica com a vivência de ter tido uma mudança de vida devido a diagnóstico psiquiátrico, experiência traumática, falta de moradia, problemas de uso de substâncias, entre outros.*

## Classificação primária: Serviço de atenção à crise

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares
- Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde
- Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

A Afiya House foi inaugurada em 2012 (80) em um bairro residencial urbano de Northampton. É a única estada de pares no oeste de Massachusetts, e uma das apenas cerca de três dúzias nos EUA como um todo. O serviço está disponível para qualquer pessoa com mais de 18 anos que esteja passando por sofrimento emocional ou mental significativo, para uma estadia de até sete noites. Embora isso possa incluir pessoas que não têm moradia fixa, a falta de moradia não pode ser uma razão isolada para ficar na casa. Indivíduos que precisam de cuidados pessoais práticos ou que precisam de ajuda para tomar medicamentos geralmente não são elegíveis, a menos que tenham assistência externa (81). As pessoas que se hospedam na Afiya House ganham acesso imediato a todas as outras atividades da Wildflower Alliance, e quem trabalha na Afiya House é considerado empregado da aliança.

A Afiya não oferece serviços clínicos, mas membros pagos da equipe de suporte de pares estão disponíveis 24 horas por dia. Os membros da equipe ajudam as pessoas que ficam na casa a estabelecer um plano de bem-estar, se assim desejarem; manter relacionamentos clínicos existentes na comunidade; ou fazer alterações nos serviços clínicos que recebem. Não há expectativa de que as pessoas que usam o serviço cumpram um horário predeterminado (como horários de dormir e acordar, atividades obrigatórias etc.), mas os prestadores de suporte regularmente verificam as pessoas durante a estadia para convidá-las a fazer contato ou ajudá-las a identificar outras atividades e recursos úteis. Os prestadores de suporte de pares também podem acompanhar as pessoas a consultas clínicas, se desejado e viável.

Os apoiadores de pares têm diversos interesses e experiências e os aproveitam em seu trabalho, por exemplo, oferecendo ioga ou meditação.

As pessoas hospedadas na Afiya House podem entrar e sair livremente para continuar sua agenda normal de atividades e frequentar a escola, o trabalho, obrigações e compromissos na comunidade, etc. (81). A casa pode acomodar até três pessoas ao mesmo tempo em quartos privativos, com acesso a cozinha e alimentos básicos, salas comuns e recursos como livros, materiais de arte, instrumentos musicais, colchonetes de ioga, etc. Antes de entrar, as pessoas interessadas na Afiya House passam por uma conversa inicial com um membro da equipe, e a decisão final sobre a participação é feita por três pessoas: o indivíduo que buscou auxílio, o membro da equipe com quem fez o primeiro contato e um segundo membro da equipe, para garantir que nada foi ignorado.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

O poder de escolha e autonomia da pessoa ao prestar suporte de pares relacionado à experiência traumática vivida são prioridade na Afiya House (81). Ao ingressar na estada, a pessoa é informada sobre seus direitos e fica sabendo quem é o encarregado de assuntos de direitos humanos e quem são os terceiros a serem contatados se ela acreditar que está sendo maltratada (81). O serviço de emergência para situação de crise em saúde mental nunca é chamado, a menos que o próprio indivíduo identifique esse serviço como sua opção preferida. Sofrimento emocional, ideação suicida ou mesmo um plano de suicídio não são considerados emergências médicas, e a equipe é treinada para apoiar as pessoas nessas situações, usando as abordagens de Suporte de Pares Intencional (82) e Alternativas ao Suicídio<sup>f</sup> (83). As pessoas hospedadas na Afiya House podem, opcionalmente, preencher uma ficha com contatos e suportes preferenciais; no entanto, as informações são consideradas de propriedade do indivíduo, juntamente com quaisquer planos pessoais que possam ser elaborados (81). Além disso, a casa não divulga os nomes das pessoas que ficam nela.

### ***Práticas não coercitivas***

O período de residência na Afiya House é totalmente voluntário e a iniciativa deve partir da pessoa interessada. Para evitar interações historicamente enraizadas em desequilíbrios de poder e coerção, os membros da equipe não auxiliam na administração de nenhum tratamento médico e os indivíduos têm uma caixa trancada em seu quarto, onde podem guardar seus próprios medicamentos ou objetos de valor. No entanto, apoio e recursos para a descontinuação de medicamentos psicotrópicos podem ser arranjados (81).

Para minimizar a dinâmica de poder entre os funcionários e os indivíduos albergados, os funcionários da Afiya House não possuem nenhum treinamento clínico, não administram medicamentos e não guardam objetos de valor da pessoa durante sua estadia. Essas políticas reduzem o potencial para interações coercitivas. A polícia ou o serviço de ambulância só são contatados sem o consentimento do indivíduo em caso de emergência médica (como infarto, desmaio, overdose, etc.), ou se existir uma ameaça séria de violência. Se tal situação ocorrer, os membros da equipe posteriormente realizarão uma análise interna (81). Em 2015, ocorreu um incidente violento em decorrência de uma tentativa de furto; mas não houve outros incidentes violentos desde então. Os funcionários são treinados usando o modelo de suporte Validação, Curiosidade, Vulnerabilidade e Comunidade (VCVC) como abordagem para navegar em situações nas quais a pessoa está muito irritada (83).

<sup>f</sup> A abordagem Alternativas ao Suicídio foi desenvolvida em 2008 pela Western Massachusetts Recovery Community. Surgiu da percepção de que muitas abordagens à prevenção do suicídio eram contraproducentes, e muitas vezes levavam a intervenções coercitivas. Na prática, ela assume a forma de grupos de suporte de pares que são modelados na forma como os grupos de Ouvidores de Vozes funcionam. Com o tempo, uma espécie de fórmula foi desenvolvida, compreendendo os estágios: “Validação, Curiosidade, Vulnerabilidade, Comunidade”.



## **Inclusão comunitária**

A Afiya House reconhece a inclusão da comunidade como um componente-chave para oferecer repouso e ajuda as pessoas que estão hospedadas na casa a explorar vários recursos da comunidade local, incluindo recursos espirituais, esportivos ou educacionais. A capacidade das pessoas de ir e vir livremente de casa também ajuda a iniciar ou manter laços e responsabilidades importantes, como emprego, educação e outras atividades. As pessoas que ficam na estada são incentivadas a se conectar com a família, amigos e/ou outros prestadores de apoio escolhidos; para ajudar, os membros da equipe podem ajudar a facilitar diálogos terapêuticos. A Afiya House também faz parceria com outros serviços da Wildflower Alliance, incluindo aqueles relacionados à moradia e falta de moradia. A Wildflower Alliance opera quatro centros de recursos e oferece muitas oficinas e eventos comunitários relacionados a educação, *advocacy*, suporte de pares e medicina alternativa. Eles empregam várias “pontes comunitárias” que oferecem apoio a pessoas encarceradas e hospitalizadas que estão se preparando para fazer a transição de volta para a comunidade.

## **Participação**

A Afiya House foi criada e é gerida por pessoas com vivência de diagnósticos psiquiátricos, experiências traumáticas, falta de moradia, uso de substâncias e outros desafios. A estrutura do serviço reflete um compromisso com a participação, e demonstra esse princípio pelo exemplo. Os membros da equipe passam por treinamento em quatro áreas principais: suporte de pares intencional, alternativas ao suicídio, facilitação para ouvidores de vozes e treinamento anti-opressão. Trabalhadores de suporte de pares estão disponíveis para apoio individual ou em grupo, e o apoio mútuo entre aqueles que ficam na casa também é incentivado. Todas as pessoas que se hospedam na Afiya House são solicitadas a dar devolutiva verbal para melhoria contínua do serviço.

## **Abordagem de Recovery**

A Afiya House não força os indivíduos a criar um plano de *recovery*, mas pede a todas as pessoas que ficam na casa para preencher um formulário que descreve brevemente o que eles esperam alcançar durante sua estadia. A expectativa pode ser simples, como acertar o sono desregulado, ou algo mais detalhado, como preparar um plano de bem-estar ou encontrar moradia. Além do suporte oferecido pela equipe de pares, a abordagem de *recovery* faz uso da rede mais ampla da Aliança Wildflower – Comunidade de Aprendizagem para Recovery, que permite acesso a centros de recursos comunitários e grupos durante e após a estadia.

## **Avaliação do serviço**

Houve 174 estadias na Afiya House entre 1º de julho de 2016 e 30 de junho de 2017. Aproximadamente metade dos entrevistados relatou ter experiência anterior em um programa tradicional de estada e 57% relataram também haver utilizado outros serviços de saúde mental. Houve um total de 1.344 contatos que não resultaram em estadia na Afiya House, 74% dos quais por falta de vagas.

Um relatório de 2017 (80) documentou os resultados de uma pesquisa de avaliação anônima realizada por pessoas antes de sua saída, que indicou que os usuários da Afiya House preferiam o ambiente desta e obtiveram melhores resultados do que em casas de repouso ou clínicas tradicionais. Em comparação com hospitais e outros ambientes clínicos de estada, os indivíduos relataram que se sentiram mais bem-vindos na Afiya House e que as informações haviam sido comunicadas de forma mais transparente. A maioria disse que a estadia havia tido um impacto benéfico em suas vidas. Em termos de atender às expectativas de cada indivíduo para sua estadia, 86% dos entrevistados relataram que a estadia havia atendido a pelo menos uma expectativa. As pessoas que ficaram na casa também relataram sentir que os funcionários da Afiya House se importavam genuinamente e que se sentiam conec-

tados aos funcionários e outros usuários do serviço, capazes de atingir metas e livres para fazer o que precisassem enquanto recebiam apoio.

### **Custos e comparações de custo**

A Afiya House é totalmente financiada pelo Departamento de Saúde Mental do Estado de Massachusetts, por meio do Massachusetts Recovery Learning Center, com verba garantida até 2027. Assim, o serviço é gratuito para os ingressantes e não é necessário plano de saúde. Os resultados positivos das avaliações forneceram as evidências necessárias para a continuidade do financiamento do serviço.

Em 2015, a Afiya House acomodou 250 estadias separadas. Foi previsto, com base na história pregressa e em autorrelatos, que em 125 dessas ocasiões o ingressante provavelmente teria sido hospitalizado se não houvesse vaga disponível na casa. Em 2015, estimou-se um custo médio diário de US\$ 1.460 por pessoa, em comparação a US\$ 2.695 por pessoa na diária de serviço hospitalar (81). O custo operacional total anual foi de US\$ 443.928 em 2019, sendo a maior parte de despesas com recursos humanos.

As limitações de espaço tornaram difícil para a Afiya House cumprir um de seus principais objetivos – evitar o uso de serviços hospitalares. Conforme observado em 2016-2017, quase 1.000 pessoas foram recusadas porque a casa estava sem vagas; em comparação, existem nove unidades psiquiátricas na região. Houve propostas para abrir uma segunda casa usando o modelo da Afiya House. No entanto, apesar de uma clara demanda por mais serviços de atenção à crise baseados em pares, como a Afiya House, e a probabilidade de economizar custos com hospitalizações, o estado não disponibilizou verbas para tal.

## Mais informações e recursos

### **Site:**

<https://wildfloweralliance.org/>

### **Vídeos:**

Afiya House (versão completa) <https://www.youtube.com/watch?v=9x8h3LvEB04>

### **Contato:**

Sera Davidow, diretora,  
Wildflower Alliance, EUA  
E-mail: [sera@westernmassrlc.org](mailto:sera@westernmassrlc.org) ou  
[sera@wildfloweralliance.org](mailto:sera@wildfloweralliance.org)

2.1.2

# Link House

Bristol, Reino Unido  
da Grã-Bretanha e  
Irlanda do Norte



*A Link House é uma residência para mulheres que estejam passando por uma crise de saúde mental e que estejam desabrigadas ou incapazes de morar em casa devido a problemas de saúde mental. Seu atendimento é baseado em um modelo de atenção social, e não no apoio médico. A Link House foi criada em 2010 e, em 2014, juntou-se à inovadora rede Bristol Mental Health de 18 organizações do setor público e voluntário que unificaram a prestação de cuidados e são totalmente financiadas pelo Serviço Nacional de Saúde (NHS).*

### Classificação primária: Serviço de atenção à crise

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

Um centro residencial de crise para mulheres adultas (a partir dos 18 anos de idade), a Link House foi criada com o objetivo principal de evitar que mulheres em crise sofram internação psiquiátrica. Ele ajuda as mulheres a lidar com a crise e a construir resiliência. O serviço é operado pela Missing Link, a maior provedora de serviços de saúde mental e habitação exclusivos para mulheres em Bristol, em funcionamento desde 1982 (84).

A casa, com cozinha compartilhada e jardim, possui vagas para 10 mulheres por vez, com estadia máxima de quatro semanas. O serviço aceita todas as mulheres, inclusive aquelas que estão em tratamento sob ordem jurídica ou receberam alta de cuidados psiquiátricos. Mulheres com deficiências cognitivas e físicas também são bem-vindas se puderem atender suas próprias necessidades de cuidados pessoais, e a suíte para pessoas com deficiência é usada regularmente. A admissão ao serviço pode ser por meio de demanda espontânea, encaminhamento por serviços de crise e *recovery* ou por clínicos gerais (85). Pessoas com psicose, pensamentos suicidas, bem como problemas de uso de álcool e substâncias, são aceitas na casa se estiverem progredindo bem em sua jornada de *recovery*. Para evitar listas de espera durante emergências, a Link House tem um leito de emergência disponível (86), e faz encaminhamento a outros serviços da Missing Link.

As pessoas hospedadas na Link House têm seu próprio prestador de suporte dedicado e a equipe está disponível dia e noite. Não há pessoal médico e não são exigidas qualificações formais. Os funcionários recebem treinamento básico sobre estratégias de desescalada e apoio, bem como conscientização

sobre suicídio e primeiros socorros em saúde mental (87). Os funcionários apoiam as mulheres na criação de um programa e rotina personalizados (88) e em habilidades relacionadas ao autocuidado, finanças, culinária, gerenciamento de tempo, relacionamentos e emprego (85). Programas de *recovery* em grupo são oferecidos várias vezes por semana, juntamente com atividades diárias. As mulheres são livres para sair da casa por conta própria por um tempo, mas devido ao espaço reduzido, as visitas são limitadas.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

Ouvir a voz e respeitar a autodeterminação da usuária do serviço são elementos essenciais da filosofia da Link House. Todas as atividades do serviço são guiadas pelos valores fundamentais de respeito e compreensão. Todas as ações são realizadas de acordo com as preferências das mulheres que utilizam o serviço. As usuárias do serviço geralmente conseguem seguir com a própria vida e a Link House fica na retaguarda como uma rede de proteção (88). As atividades são adaptadas para ajudar as mulheres a articularem seus próprios objetivos; por exemplo, a equipe pode ajudar as usuárias do serviço a encontrar um acompanhante para consultas médicas. Se as usuárias do serviço estiverem insatisfeitas com a Link House, a Missing Link tem um procedimento de reclamação para permitir que qualquer usuária do serviço (ou um terceiro, se ela preferir) faça uma queixa (89).

### ***Práticas não coercitivas***

O acesso à Link House é sempre voluntário; durante a avaliação inicial, toma-se o cuidado de garantir que a mulher que solicita o serviço esteja genuinamente interessada em ficar na casa. Embora se recomende às usuárias manter uma rotina durante a estadia, elas não são forçadas a isso, nem há uso de práticas restritivas. Em uma avaliação de 2016, as usuárias do serviço relataram que a “melhor coisa de estar na Link House” é que é “segura, com jeito de casa, só para mulheres (inclusive os funcionários)” e que elas apreciaram a “abordagem não médica, positiva e de apoio da equipe” (90). As mulheres que ingressam na Link House são encarregadas da própria medicação; não cabe aos integrantes da equipe monitorar ou administrar. Se uma pessoa decide não tomar medicação, isso não tem implicações para sua permanência na Link House, a menos que sua situação de saúde mental se agrave a ponto de criar insegurança para ela própria ou para outras pessoas. Nesse caso, ela é encaminhada para a equipe de atenção à crise ou para os serviços de internação.

### ***Inclusão comunitária***

Significativamente, a Link House incentiva as mulheres que nela ficam a continuar suas atividades regulares na comunidade (88), e as vincula ativamente a diferentes serviços comunitários, inclusive outros serviços da rede Missing Link, com base em seus desejos. Esses serviços incluem uma ampla variedade de outros programas de apoio ao emprego e à saúde mental para mulheres, bem como serviços residenciais de apoio, moradia em grupo e acomodações provisórias. Dentro da Link House, há uma ênfase em fornecer um ambiente inclusivo; as mulheres que usam o serviço são incentivadas a interagir e cozinhar juntas, e sessões de grupo organizadas são realizadas duas a três vezes por semana.

### ***Participação***

Na Link House, as pessoas com experiência vivida estão envolvidas em todos os níveis do serviço. No nível administrativo, a Link House criou um grupo de referência de usuárias da residência (CHURG), que se reúne a cada seis semanas. O grupo é composto por ex-usuárias do serviço e visa aumentar ainda mais a participação, atuando também como grupo de suporte de pares para as pessoas que dele

participam. O grupo já foi consultado a respeito de assuntos variados como regras e políticas da casa, pesquisa, literatura científica e atividades.

A opinião das residentes da Link House é também importante no manejo diário da casa e das atividades oferecidas. Grupos de discussão são realizados com as usuárias para subsidiar o desenvolvimento do serviço e melhorias. Em uma avaliação do serviço realizada em 2016, 98% das usuárias disseram ter participado suficientemente da administração da casa (90).

### **Abordagem de Recovery**

A Link House usa um modelo de assistência social com foco em *recovery*, enfatizando uma abordagem baseada em pontos fortes, experiência vivida e autodeterminação. Concentra-se na igualdade, na sensibilidade cultural e numa visão holística, ao mesmo tempo em que oferece suporte flexível e ajuda as mulheres a se reconectarem com suas vidas. Todas as funcionárias são treinadas em práticas reflexivas e abordagens informadas pelo trauma, e ajudam as usuárias a desenvolver estratégias de enfrentamento e pontos fortes que podem ajudá-las a se recuperar. Planos de Ação Individuais de Recovery e Bem-estar, ou (91), são usados por todas as mulheres que passam pelo serviço, sendo que 88% das usuárias do serviço acharam isso útil (90), e as funcionárias adaptam as atividades em torno dos objetivos de cada usuária. Para apoiar ainda mais as usuárias do serviço, os profissionais de saúde que prestam assistência às usuárias também são integrados ao plano de *recovery*. As mulheres também são incentivadas a desenvolver um “mapa astral do *recovery*” (92), para identificar áreas em suas vidas que desejam melhorar. Ao término da estadia na Link House, a residente consulta o mapa para ter uma ideia do progresso obtido.

### **Avaliação do serviço**

Quando as mulheres saem da Link House, elas são solicitadas a preencher uma pesquisa de satisfação final (90). Em 2017-2018, a Link House apoiou 150 mulheres. Das 122 usuárias que completaram a pesquisa, 99% disseram que a estadia foi uma experiência benéfica; 99% afirmaram que o apoio atendeu suas necessidades; 94% sentiram melhora da saúde mental; 100% disseram que se beneficiaram com as atividades e sessões em grupo e 100% disseram que recomendariam o serviço a uma amiga (93). As usuárias da Link House informaram utilizar menos os hospitais e, mesmo quando isso foi necessário, por períodos mais curtos. Todas as mulheres encaminhadas pelos serviços de saúde mental tinham sido aconselhadas à internação hospitalar. Portanto, pode-se inferir que residir na casa contribuiu diretamente para reduzir o número de internações hospitalares nesse grupo de mulheres (93).

### **Custos e comparações de custo**

Em 2017-2018, a Missing Link ajudou um total de 864 mulheres a encontrar serviços e moradia em sua comunidade; 150 dessas mulheres usaram a Link House. O serviço custa £ 467.000 por ano (aproximadamente US\$ 647.000)<sup>g</sup>, o que inclui o imóvel, as funcionárias e despesas gerais. O custo total por pessoa por vaga por noite é de £ 127 (aproximadamente US\$ 176)<sup>h</sup>. Como um leito de hospital custa aproximadamente três vezes mais por diária (94), a Link House representa uma grande economia para o sistema de saúde.

<sup>g</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

<sup>h</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

## Mais informações e recursos:

### Site:

<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis>

### Vídeos:

Link House – <https://missinglinkhousing.co.uk/link-house-film>

Sara Gray, integrante da equipe, Link House

<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be>

### Contatos:

Sarah O’Leary, diretora geral,  
Serviços de Saúde Mental Missing Link,  
Bristol, Reino Unido

E-mail: [sarah.oleary@nextlinkhousing.co.uk](mailto:sarah.oleary@nextlinkhousing.co.uk)

Carol Metters, ex-diretora geral,  
Serviços de Saúde Mental Missing Link,  
Bristol, Reino Unido

E-mail: [carol.mettters@missinglinkhousing.co.uk](mailto:carol.mettters@missinglinkhousing.co.uk)

2.1.3

# Serviço de atenção à crise Diálogo Aberto

Lapônia, Finlândia





*Diálogo Aberto é uma técnica específica para trabalhar com indivíduos e famílias que convivem com problemas de saúde mental. Foi desenvolvida na região oeste da Lapônia, Finlândia, perto do Círculo Polar Ártico, e usa elementos de terapia psicodinâmica individual e terapia familiar sistêmica com foco principal na centralidade dos relacionamentos e na promoção da conectividade por meio do envolvimento da família e da rede. A abordagem do Diálogo Aberto é parte integrante de todos os elementos do serviço de saúde mental na região oeste da Lapônia. O foco deste resumo do serviço de saúde mental é o serviço de atenção à crise do Diálogo Aberto.*

## Classificação primária: Serviço de atenção à crise

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares
- Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde
- Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

O serviço Diálogo Aberto de atenção à crise e atendimento domiciliar está sediado no Hospital Keropudas, na cidade de Tornio, e é coordenado e administrado pelo Ambulatório Keropudas. Atende toda a região oeste da Lapônia em coordenação com outros serviços e ambulatórios da região. O Hospital Keropudas presta atendimento exclusivo em saúde mental para todos os municípios da região oeste da Lapônia, inclusive com 22 leitos para internação. A equipe do serviço de atenção à crise do Diálogo Aberto é composta por 16 enfermeiros, assistente social, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e secretária. Médicos internos e trabalhadores de suporte de pares também participam do trabalho da clínica, que atende uma média de 100 novas pessoas por mês como parte do serviço público de saúde finlandês.

O serviço de atenção à crise visa proporcionar uma intervenção baseada em psicoterapia para indivíduos em crise de saúde mental, inclusive aqueles com sintomas psicóticos, e está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, por telefone, SMS, e-mail ou por demanda espontânea ao serviço presencial. O serviço constitui o único ponto de contato para situações de crise na região oeste da Lapônia e visa responder a cada encaminhamento imediatamente, no máximo em 24 horas, a menos que a pessoa envolvida solicite especificamente um prazo maior de retorno.

Uma vez feito o contato, o membro da equipe que recebeu a solicitação inicial organiza e designa uma equipe específica para o caso, incluindo pessoal do serviço de atenção à crise e, às vezes, outros serviços, como assistentes sociais. Essa equipe trabalha com a pessoa em crise durante todo o tempo que for necessário. As reuniões regulares da equipe com os usuários do serviço são realizadas em suas residências ou nos escritórios do serviço de acordo com a preferência da pessoa – diariamente, se necessário. A consulta é ampliada para incluir a família e/ou rede de apoio do indivíduo, com sua permissão.

Os principais aspectos de valor agregado do serviço são a flexibilidade, a mobilidade e a continuidade do atendimento pela equipe de apoio. O serviço trabalha para minimizar o uso de medicamentos, ser totalmente transparente e garantir que os indivíduos e suas opiniões sejam centrais em todas as discussões e decisões sobre seus cuidados. O Diálogo Aberto busca estimular o potencial de autodescoberta, autoconhecimento e autonomia do cliente.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

Um princípio central do Diálogo Aberto é que as decisões de tratamento são determinadas pela pessoa que usa o serviço, e a equipe de tratamento está totalmente disponível para fornecer o apoio que ela desejar. Ao criar as condições para um verdadeiro diálogo, o serviço visa promover a dignidade da pessoa e o respeito pela sua capacidade jurídica. Os membros da equipe trabalham para criar uma situação em que todas as vozes sejam ouvidas igualmente, e os planos de cuidado terapêutico surgem desse diálogo.

A equipe de atenção à crise do serviço de Diálogo Aberto também busca estar atenta ao desequilíbrio de poder existente em momentos de crise, que pode comprometer pouco a pouco a oportunidade da pessoa que usa o serviço de manifestar suas necessidades e preferências. As questões do poder e de como lidar com o desequilíbrio de forças e minimizá-lo são abordadas durante o treinamento e a supervisão do pessoal. Diretivas antecipadas de vontade não são usadas no serviço, nem no resto da Finlândia.

### ***Práticas não coercitivas***

O serviço de atenção à crise trabalha para evitar intervenções coercitivas, amenizando as situações de tensão. Pessoas que se recusam a tomar medicamentos não são ameaçadas com internação e o pessoal se empenha em encontrar uma solução segura em comum acordo nessas situações. Os integrantes da equipe de atenção aprendem a usar a técnica de manejo de agressão real ou potencial (95) para evitar o agravamento da situação. No entanto, apesar dos processos em vigor para evitar práticas coercitivas, por vezes as pessoas são internadas e tratadas contra a sua vontade na unidade de internamento do Hospital Keropudas, quando é preciso garantir a segurança das pessoas e não surgem outras opções.

### ***Inclusão comunitária***

O principal objetivo do serviço é dar suporte a um indivíduo em crise para evitar a hospitalização. Assim, a maior parte do trabalho do serviço de atenção à crise é feito na comunidade. O serviço mantém um vínculo colaborativo com escolas, institutos de formação profissional e locais de trabalho, assim como com outras entidades que prestam apoio. As reuniões podem envolver atores de várias partes da rede de apoio do indivíduo e podem incluir familiares, vizinhos, amigos, professores, assistentes sociais e empregadores, bem como curandeiros tradicionais, etc. (96). Os usuários do serviço também podem consultar prestadores individuais, se desejarem, bem como acessar atividades físicas semanais, como natação, golfe, etc.

## Participação

Embora o trabalho de pares não seja reconhecido no sistema de saúde finlandês, quatro prestadores de suporte de pares são contratados pelo serviço de atenção à crise do Diálogo Aberto em regime de consultoria. Eles atuam principalmente em treinamento e gestão, mas também organizam e facilitam reuniões de grupos de apoio. Eles podem trabalhar com indivíduos específicos e participar de reuniões, mas não são considerados membros plenos das equipes que atendem casos específicos. Desde 2014, o serviço vem desenvolvendo uma nova forma de formação que envolve profissionais e pares. Esse treinamento é visto como um canal para ouvir o ponto de vista dos pares de forma mais poderosa.

## Abordagem de Recovery

O modelo de Diálogo Aberto utiliza elementos da terapia psicodinâmica individual e da terapia familiar sistêmica em uma única intervenção com a pessoa usuária do serviço e seus familiares. A ênfase no papel central dos relacionamentos, valores e compreensão de diferentes perspectivas está em consonância com o foco em *recovery*. Empodera a pessoa que usa o serviço ao evitar o emprego linguagem técnica profissional e normalizar e desenvolver significado a partir das experiências pessoais do próprio usuário. Também os estimula a decidir como seus problemas serão discutidos e tratados.

## Avaliação do serviço

Uma abordagem sistemática é usada para obter *feedback* diretamente das pessoas que usam o serviço com a realização anual de pesquisas de satisfação anônimas. Em um estudo de coorte baseado em registro de 2018, os resultados do Diálogo Aberto foram avaliados em comparação com um grande grupo controle em toda a Finlândia, cobrindo cerca de 19 anos. A duração da atenção hospitalar, concessão de auxílio-invalidez e uso de medicamentos psicotrópicos foi significativamente menor na coorte que recebeu a intervenção de Diálogo Aberto (97). Esse grupo também teve resultados melhores em termos de emprego em comparação aos tratados de forma convencional (98).

Outro estudo de coorte nacional, cobrindo um período de cinco anos, constatou que a área de abrangência da região oeste da Lapônia apresentava os menores índices da Finlândia em termos de duração do tratamento hospitalar e auxílio-invalidez (99). Estudos qualitativos também constataram que as pessoas que utilizaram o serviço relataram impressões positivas em relação a ele, como fizeram também suas famílias e os profissionais envolvidos (100).

## Custos e comparações de custo

O serviço de crise é gratuito para quem o utiliza, mas estima-se que uma reunião de rede dialógica de 60 a 120 minutos custe € 130-400 (cerca de US\$ 155-475)<sup>i</sup> ([Kurtti M], [Distrito de Saúde da região oeste da Lapônia], comunicação pessoal, [2021]). O serviço é financiado pelo governo por meio do setor da saúde, com verba proveniente de contribuições municipais. O seguro nacional de saúde cobre os custos de alguns medicamentos e da psicoterapia privada, e os medicamentos neurolépticos são fornecidos gratuitamente. A distribuição localizada do financiamento do serviço de saúde na Finlândia permite um investimento considerável na formação do pessoal.

<sup>i</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

## Mais informações e recursos

### Site:

<http://developingopendialogue.com/>

### Vídeos:

Open Dialogue, An Alternative, Finnish Approach to Healing Psychosis  
(Diálogo Aberto, uma alternativa, abordagem terapêutica para psicose da Finlândia)

<http://wildtruth.net/films-english/opendialogue/>

Jaakko Seikkula – Challenges in Developing Open Dialogue Practice  
(Jakob Seikkula – desafios para desenvolver a prática de Diálogo Aberto)

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

### Contatos:

Mia Kurtti, enfermeira, instrutora em Família e Psicoterapia,  
Distrito de assistência de saúde da região oeste da Lapônia, Finlândia  
E-mail: [mia.is.kurtti@gmail.com](mailto:mia.is.kurtti@gmail.com)

2.1.4

# Tupu Ake

Região sul  
de Auckland,  
Nova Zelândia



*Tupu Ake é um serviço alternativo de internação para pessoas em crise, gerido por pares, localizado em Papatoetoe, um subúrbio de South Auckland, que oferece estadias curtas e um programa de suporte diário. Os especialistas de suporte de pares são aptos a trabalhar sem recorrer à coerção ou a técnicas restritivas, e as pessoas são livres para entrar ou sair dos serviços como quiserem. A ênfase do serviço é um plano personalizado, com foco em recovery e baseado em pontos fortes, por meio de abordagens como os Planos Individuais de Ação para Recuperação do Bem-Estar. Como pares, os funcionários compartilham sua própria experiência vivida com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais.*

### Classificação primária: Serviço de atenção à crise

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

O Tupu Ake foi estabelecido como um serviço residencial piloto em 2008 pela ONG Pathways Health (101), um prestador nacional de serviços de saúde mental de base comunitária e um dos primeiros serviços de saúde mental na Nova Zelândia a oferecer uma alternativa à internação hospitalar. O Tupu Ake oferece estadias curtas, de duração máxima de sete dias, para até 10 pessoas e um programa de apoio diurno para até cinco pessoas, atendendo uma região com 512.000 habitantes.

A entrada no serviço é feita por meio das equipes de crise comunitárias do Conselho Distrital de Saúde (DHB), geridas pelo estado, que encaminham apenas pessoas cujos níveis de angústia e caráter agudo do problema permitirão apoio seguro dentro de um ambiente aberto. As pessoas podem permanecer no Tupu Ake independentemente de seu diagnóstico: em uma avaliação de 2015-2016, constatou-se que 42% tinham diagnóstico de psicose e 42% de depressão/ansiedade (102). A maioria dos usuários tinha entre 21 e 50 anos, com um pouco mais de mulheres do que homens usando o serviço. Com relação à etnia, 32% eram neozelandeses de ascendência europeia, 29% eram indígenas maoris e 20% ilhéus do Pacífico. Os Maori (que representam 15% da população da Nova Zelândia) enfrentam desafios significativos de saúde mental relacionados a altos níveis de privação econômica e alienação cultural (103) e sofrem tratamento diferenciado no sistema de saúde mental, incluindo mais tratamento obrigatório (104).

A pessoa que ingressa no Tupu Ake é chamada de hóspede, para evitar que exista uma hierarquia no relacionamento com o pessoal do serviço. O Tupu Ake trabalha em colaboração mútua com a pessoa que recebe os serviços e a equipe clínica do grupo de atenção à crise, designada pela comissão de saúde local, para criar um plano individualizado de *recovery* de acordo com o propósito da estadia na casa. A equipe clínica faz visitas frequentes para avaliar o progresso e fazer os ajustes necessários. A equipe da casa ensina ao hóspede estratégias de enfrentamento, reforça técnicas comportamentais e motivacionais, auxilia no uso dos medicamentos e fornece *feedback* e informes de evolução à equipe clínica.

A residência do Tupu Ake é cercada por jardins bem cuidados e é um projeto desenvolvido em conjunto com os pares, inclusive com pintura típica nas paredes e decoração com arte confeccionadas por ex-hóspedes. Há uma sala de família para a realização de reuniões com a família e amigos. As atividades oferecidas incluem aulas de bem-estar, intervenções psicossociais, atividades culturais e de bem-estar físico – como canções culturais (*waiata*), oração (*karakia*), tecelagem (*haraakeke*), programas de enfrentamento, arteterapia, jardinagem, alimentação saudável e atenção consciente (*mindfulness*). Os hóspedes podem criar um plano individual de ações para recuperação do bem-estar (plano WRAP), que é um instrumento amplamente usado para conduzir o processo de *recovery* (91).

O Tupu Ake também promove a imersão na natureza como fator adjunto ao *recovery*, por meio de caminhadas, observação de pássaros e horticultura. Para ajudar os hóspedes a tolerar o sofrimento agudo e se recuperar, são usadas técnicas terapêuticas de relaxamento que envolvem modulação sensorial, ambientes de integração sensorial e desenvolvimento de planos de reabilitação.

O programa diurno oferece suporte transitório para ex-hóspedes. Atende até cinco hóspedes por vez, por um período total de até sete dias. Socialização, cultivo de horta, aulas para aprender a tocar instrumentos musicais, arteterapia e outras atividades voltadas ao bem-estar são oferecidas, inclusive o ensino e a aplicação de técnicas de modulação sensorial e relaxamento.

A visão do serviço se sustenta em uma estrutura de “competências de pares” que compreende seis valores centrais: reciprocidade, conhecimento por meio da experiência, autonomia, participação, equidade e *recovery* e esperança. O quadro de pessoal é na sua maioria formado por especialistas em suporte de pares que prestam apoio individualizado às pessoas, integrando os valores da estrutura de competências no trabalho.

## Princípios básicos e valores do serviço

### **Respeito à capacidade jurídica**

Conforme o valor básico de autodeterminação (autonomia), os usuários do serviço são apoiados para que possam fazer escolhas fundamentadas, com consentimento esclarecido, sobre cada aspecto da própria vida, inclusive o suporte que recebem do Tupu Ake, a jornada de *recovery*, quem estará envolvido nessa jornada, busca de aspirações e metas pessoais, situação de moradia, oportunidades de emprego, atividades sociais e de lazer e relacionamentos.

O pessoal é liderado por pares e o serviço funciona seguindo os princípios de suporte de pares, o que ajuda a reduzir o desequilíbrio de poder entre funcionários e hóspedes. Durante a estadia, os funcionários não apenas apoiam os hóspedes na elaboração de planos de bem-estar, mas também os ajudam a apresentar esses planos nas reuniões com a equipe clínica do DHB. Esse elemento de *advocacy* é um papel importante do Tupu Ake no combate ao diferencial de poder entre as pessoas (algumas das quais são internadas no hospital involuntariamente sob a Lei de Saúde Mental da Nova Zelândia) e seus prestadores de cuidados clínicos. O Tupu Ake se empenha em assegurar que o hóspede possa ter opções e fazer suas escolhas sempre que possível. Em muitas situações envolvendo a capacidade jurídica, os pares atuam como defensores do hóspede; às vezes, isso envolve obter representação legal urgente.

### **Práticas não coercitivas**

Em consonância com seus valores fundamentais, o Tupu Ake não pratica tratamento coercitivo, isolamento ou contenção; os especialistas de apoio aos pares são treinados para trabalhar sem recorrer à coerção ou técnicas restritivas. Os funcionários são treinados em técnicas de desescalada (incluindo treinamento de prevenção não violenta de crises, conscientização sobre traumas e práticas informadas pelo trauma) e são treinados a tolerar um certo nível de desconforto para normalizar a experiência dos hóspedes enquanto processam sua angústia.

Embora o Tupu Ake trabalhe com um modelo que estimula a autodeterminação, está inserido em um sistema maior – os serviços de saúde mental prestados pelos DHBs – que nem sempre o faz (105). Essa tensão fica mais evidente quando o grupo de atenção à crise tenta usar de coerção ou controlar a conversa sobre o plano de *recovery* do hóspede. Nessas situações, o pessoal do Tupu Ake usa suas habilidades de negociação. O enfoque passa a ser a defesa dos direitos e o empoderamento do hóspede para que ele possa fazer valer a própria vontade e exercer sua autonomia. Os hóspedes têm liberdade de entrar e sair da casa à vontade.

Em situações em que uma pessoa não quer tomar os medicamentos prescritos, Tupu Ake se envolve com a pessoa, procura entender os motivos de sua relutância e trabalha com a pessoa para determinar formas de se envolver com a equipe clínica para resolver o problema. O pessoal visa alcançar isso acompanhando a pessoa, como defensores. Algumas pessoas procuram o Tupu Ake com a intenção de obter ajuda para reduzir o uso de medicamentos em um ambiente acolhedor, sossegado e com segurança.

### **Inclusão comunitária**

Os hóspedes podem participar de atividades comunitárias, sair para passear ou fazer compras no comércio local, acompanhados de um prestador de suporte de pares se assim quiserem. O Tupu Ake reconhece a importância da família (*whanau*) na vida das pessoas, já que mais de 40% dos hóspedes vivem com familiares. Muitos hóspedes têm estressores sociais ou culturais significativos em seus ambientes domésticos, e o Tupu Ake trabalha com outros prestadores de serviços sociais e de saúde da comunidade para abordar esse aspecto. Ao trabalhar com os hóspedes para planejar sua transição de volta à vida independente, o serviço ajuda a conectar as pessoas com profissionais de saúde mental da comunidade e profissionais especializados em adição, para garantir que eles possam continuar a lidar com relacionamentos familiares, redes sociais, moradia e necessidades vocacionais ou profissionais quando saírem.

### **Participação**

Todos os funcionários do Tupu Ake se autoidentificam como pessoas com experiência vivida de problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais, e especialistas em suporte de pares constituem a maioria dos funcionários. Participação dos pares e coprodução são componentes prioritários do serviço desde o início, com o envolvimento dos pares desde a definição da linguagem e vocabulário (como o uso do termo hóspede para se referir ao usuário do serviço) ao projeto e reforma da própria casa.

As pessoas que utilizam o serviço são rotineiramente solicitadas a preencher um questionário de experiência do usuário que pergunta o grau em que se sentiram ouvidos e escutados, respeitados, envolvidos na tomada de decisões, seguros e apoiados na jornada de *recovery*, entre outros aspectos. Outras ferramentas de avaliação utilizadas incluem um questionário de desfechos de bem-estar baseado na ferramenta de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL) e o *Questionário de Atividade e Participação* do Ministério da Saúde de Nova Gales do Sul. Essas informações, juntamente com qualquer *feedback* verbal das pessoas que usam o serviço, são analisadas pela liderança do serviço a cada três meses para direcionar o próximo ciclo trimestral de planejamento e melhoria do serviço.



## Abordagem de Recovery

O pessoal do Tupu Ake ajuda o hóspede a refletir e descobrir quais são seus anseios e metas na vida, promovendo um senso de autonomia e controle sobre o futuro. Um plano personalizado, focado em pontos fortes e em recuperação usando abordagens como o WRAP (91), é usado para aumentar a resiliência e a capacidade de enfrentamento das pessoas após o retorno à comunidade. A equipe vê o hóspede como um todo e dá apoio integral ao identificar os fatores que causam ou contribuem para o sofrimento dele. Por serem pares, os funcionários compartilham sua própria experiência vivida de maneira significativa, usando planos, atividades e ferramentas de bem-estar, o que empodera os hóspedes ao dar-lhes esperança. O relacionamento com especialistas de suporte de pares e a crença destes na capacidade do hóspede de liderar sua própria jornada de *recovery*, usando seus próprios pontos fortes e habilidades, podem ser transformadores.

## Avaliação do serviço

Uma avaliação independente foi realizada em 2017 (102) com base em entrevistas qualitativas com usuários do serviço e outras partes interessadas, incluindo funcionários de Tupu Ake, Pathways e DHB. Os resultados mostraram que os hóspedes tiveram desfechos positivos em termos de grau de autodeterminação e maior capacidade de lidar com suas experiências. Os hóspedes relataram níveis mais altos de satisfação com o atendimento e tempos médios de permanência mais curtos no Tupu Ake do que unidades de internação hospitalar comparáveis. A avaliação destacou o papel positivo do Tupu Ake na reparação de suas relações com a família e as redes de apoio social, bem como o ambiente físico de apoio fornecido pela casa e pelo terreno.

O número de usuários ao longo do tempo reflete um crescimento constante. No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, 564 hóspedes acessaram o serviço noturno para um atendimento e 26 utilizaram o programa diurno. Em comparação, durante o período 2018-2019, um total de 642 hóspedes pernoveram e 75 acessaram o programa diurno. O *feedback* dos participantes refletiu níveis mais altos de satisfação com o Tupu Ake em comparação com os serviços convencionais, e sugeriu que foi útil para reduzir a reinternação em tais serviços. Dos 303 hóspedes em 2019, 29 (9,5%) acabaram necessitando de internação e nove pessoas saíram por opção própria. O restante (88%) permaneceu na casa até atingir suas metas para a estadia. O tempo médio de permanência em 2019 foi de 7,7 dias. Em comparação, o tempo médio de permanência na unidade de internação de saúde mental do hospital municipal de Manukau foi de 19,8 dias; no entanto, os perfis das pessoas que utilizam os dois serviços podem ser diferentes ([Phillips R], [Pathways], dados não publicados, [2020]).

## Custos e comparações de custo

O serviço da Tupu Ake não tem custos ao hóspede porque ele é integralmente subsidiado pelo sistema público de saúde da Nova Zelândia. O serviço é financiado com um orçamento de NZ\$ 297 (US\$ 213)<sup>j</sup> por leito por noite, o que cobre o gasto com o quadro de pessoal e despesas referentes às instalações, materiais para o programa, alimentação, serviços de informática e outros custos associados à prestação de serviços. Em comparação, um pernoite em esquema de internação hospitalar custa, em média, NZ\$ 1000 (US\$ 720)<sup>k</sup> ([Phillips R], [Pathways], comunicação pessoal, [2020]).

<sup>j</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

<sup>k</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

## Mais informações e recursos:

### **Site:**

<https://www.pathways.co.nz/services/peer-services/>

### **Vídeos:**

Primeira-ministra visita o serviço de Tupu Ake em 31 de maio de 2019

<https://www.youtube.com/watch?v=SwQfaQ3BJVkw>

### **Contato:**

Ross Phillips, gerente de operações,

Pathways, Nova Zelândia

E-mail: [ross.phillips@pathways.co.nz](mailto:ross.phillips@pathways.co.nz)

---

## 2.2 Serviços de saúde mental de base hospitalar

---

Os serviços de saúde mental de base hospitalar em hospitais gerais oferecem tratamento e cuidados por meio de unidades de internação em saúde mental, serviços ambulatoriais e serviços móveis na comunidade. Historicamente, os serviços de saúde mental de base hospitalar em muitos países consistem em hospitais psiquiátricos ou instituições assistenciais que estão isolados do resto da comunidade. As pessoas costumam residir nesses ambientes durante semanas, meses e até anos. Esses ambientes frequentemente estão associados a práticas coercitivas e violações dos direitos humanos, incluindo violência, maus-tratos e negligência, internação e tratamento involuntários, isolamento e contenção física, mecânica e química, além de condições de vida desumanas e degradantes (8, 106, 107).

Os serviços apresentados nesta seção diferem desse modelo. Em seu lugar, oferecem atenção integral no contexto de um hospital geral, integrado ao sistema de saúde em geral e à comunidade. De fato, a organização desses serviços é tal que as pessoas passam um mínimo de tempo internadas e continuam conectadas às suas redes de apoio durante toda a estadia. Os serviços se empenham em conectar as pessoas a outros serviços e apoios comunitários que vão além dos oferecidos no ambiente hospitalar, para facilitar o retorno da pessoa à sua vida e à comunidade.

Além disso, todos os serviços apresentados têm processos em vigor para abolir o uso de práticas coercitivas. Esses serviços também se empenham em respeitar o direito das pessoas ao consentimento livre e esclarecido e à tomada das próprias decisões sobre o tratamento e outros assuntos. Por exemplo, elas podem ser encorajadas a formular diretivas antecipadas ou planos de crise ou a participar de outras iniciativas que incentivam a tomada de decisão e a autonomia.

É fundamental eliminar gradualmente hospitais psiquiátricos e instituições assistenciais independentes a favor de alternativas de base comunitária. É indispensável garantir que o cuidado e apoio recebidos pelas pessoas sejam responsivos às suas necessidades e respeitem seus direitos humanos. Os serviços de saúde mental oferecidos no contexto de um hospital geral podem ajudar a alcançar essas metas se forem fornecidos como parte de um leque de serviços e apoios de base comunitária. Esses serviços, prestados de forma não coercitiva, podem respeitar a vontade, as preferências e a autonomia da pessoa e apoiá-la na sua jornada de *recovery*. Os exemplos apresentados nesta seção mostram que é possível ter cuidado e apoio em saúde mental de qualidade em ambientes de hospital geral, e são uma opção para pessoas que creiam que os serviços de base hospitalar lhes seriam benéficos.

2.2.1

# Unidade de BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust

Viken, Noruega



*A Unidade de BET da Noruega no Hospital Blakstad (BET seksjon, Blakstad Sykehus) presta serviços a pessoas com problemas de saúde mental complexos, que não se beneficiaram de outras formas de apoio à saúde mental. Em vez de se concentrar simplesmente na redução dos sintomas, o modelo de tratamento psicossocial chamado Terapia de Exposição Basal (BET) foca na aceitação de pensamentos, sentimentos e experiências internas assustadores como forma de autorregulação para lidar com esses desafios existenciais.*

## Classificação primária: Serviço de base hospitalar

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares
- Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde
- Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

A Unidade de BET é uma unidade-modelo independente de saúde mental que faz parte (embora fisicamente separada) do Hospital Blakstad, um grande hospital psiquiátrico urbano em Asker, na Noruega. A Unidade de BET atende a comunidade mais ampla do Consórcio Hospitalar de Vestre Viken, que apoia outros hospitais e centros médicos que cobrem uma população de 500.000 habitantes na região sudoeste de Oslo.

Anteriormente, parte da unidade de psicose do Hospital Blakstad era de portas fechadas; em 2018 a Unidade de BET se tornou um serviço aberto, independente, disponível 24 horas por dia e sete dias por semana. A unidade está equipada com seis leitos e oferece tratamento e apoio para uma média de seis a dez pessoas por mês. O serviço tem em média 19,5 funcionários, o que inclui um psiquiatra e dois psicólogos (108). O tratamento é organizado como uma semana de trabalho, com um dia inteiro de sessões em grupo e individuais, atividade física, planejamento do tratamento e reuniões de processo. A maioria dos usuários vai para casa todo fim de semana, a menos que more longe.

Normalmente, as pessoas encaminhadas para a Unidade de BET – por médicos generalistas, ambulatórios e enfermarias de outros hospitais – já sofreram várias ou longas internações intensivas, sem melhora (109). Muitos receberam múltiplos diagnósticos, desde psicose a transtornos de personalidade; fizeram uso nocivo de substâncias, repetidas tentativas de automutilação ou suicídio; usaram múltiplos psicofármacos por períodos prolongados e foram submetidos a intervenções coercitivas em serviços de saúde mental (109, 110).

O conceito de BET convida os indivíduos a reconhecer e aceitar pensamentos e sentimentos assustadores e gerenciá-los com novas estratégias de enfrentamento mais funcionais, em vez de lançar mão de estratégias de evitação, como autolesão, inatividade e hiperatividade, inanição e superalimentação, dissociação e uso excessivo de drogas lícitas e ilícitas (111). Validar a comunicação trata os sentimentos como verdadeiros e reais, o que permite que as pessoas reconheçam suas emoções e regulem melhor seus próprios pensamentos, sentimentos e ações. Os terapeutas também ajudam os usuários a desenvolver habilidades básicas que aumentam a autonomia, como buscar ajuda antes que uma crise evolua (108).

A Regulação Externa Complementar (REC) é um dos princípios subjacentes ao conceito de BET, que visa facilitar e consolidar escolhas e ações funcionais e eliminar medidas coercitivas do processo de cuidado. Tem como base a estratégia denominada sub-regulação, na qual os terapeutas interagem com os usuários do serviço de uma maneira não hierárquica, tratando-os como iguais e totalmente responsáveis pelas próprias escolhas e ações (111). Por exemplo, os indivíduos são livres para deixar a unidade a qualquer momento, mas são responsáveis por comparecer a reuniões e compromissos. Ninguém dá lembretes nem pede que tomem medicamentos ou façam refeições – pelo contrário, há um reconhecimento constante de que eles são capazes de tomar as próprias decisões. Por outro lado, estratégias de sobre-regulação podem ser usadas para prevenir suicídio e lesões físicas graves se uma pessoa não responder a estratégias de sub-regulação e colocar repetidamente a vida e a saúde em perigo. A sobre-regulação é uma abordagem coordenada, na qual o cuidado e a atenção oferecidos pelos funcionários são intensificados, mas a exposição a estímulos ambientais é reduzida. A sobre-regulação é realizada com compaixão, cautela e respeito e em colaboração com a pessoa em questão. Essa intervenção mobiliza os recursos da pessoa e a motiva a retomar o trabalho terapêutico para substituir a evitação pela aceitação (111, 112).

Uma característica única da Unidade de BET é a abordagem de redução de medicamentos entre pessoas hospitalizadas que frequentemente fazem uso pesado e de longo prazo de múltiplos benzodiazepínicos, opioides, antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor. Além das consequências benéficas para a saúde da redução de medicamentos, a Unidade de BET considera os medicamentos secundários à abordagem psicoterapêutica, principalmente porque certos medicamentos podem suprimir emoções. A equipe, portanto, ajuda os pacientes a reduzir ou diminuir (se desejarem) seu uso, a fim de melhorar os desfechos de saúde e permitir que as pessoas acessem melhor seus sentimentos e medos como parte da terapia (110). A redução gradual dos medicamentos não é obrigatória, mas a maioria dos pacientes em tratamento com vários medicamentos concorda em reduzi-los. A equipe de BET muitas vezes inicia esse diálogo com o usuário do serviço durante as semanas ou meses anteriores à admissão.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

Como o serviço de BET exige que as pessoas se responsabilizem por suas próprias escolhas, todas as etapas terapêuticas são discutidas com o usuário do serviço em reuniões formais estruturadas para obtenção de consentimento informado e tomada de decisão. Os usuários do serviço estão envolvidos na elaboração de seu próprio plano de abstinência de drogas psicotrópicas, por exemplo (113, 114). A abordagem de REC é focada na solução e incentiva as pessoas a fazerem escolhas funcionais para se autorregular. Os usuários do serviço são totalmente responsáveis por suas ações; eles podem, por exemplo, escolher se querem comer ou não e como querem passar seu tempo de lazer (115). Se for necessário atendimento médico de urgência, a equipe trabalha com a vontade e as preferências declaradas da pessoa. Nos casos mais graves de autolesão, e com base em discussões anteriores, os usuários são atendidos com base no pressuposto de que teriam desejado receber atendimento médico.

## **Práticas não coercitivas**

A terapia com foco na aceitação de pensamentos e sentimentos assustadores nunca é imposta ao indivíduo – é sempre baseada na escolha da pessoa (111). Nos últimos dois anos, não se utilizou nenhuma medida coercitiva na unidade de BET. Normalmente, a abordagem de sub-regulação enfrenta efetivamente a crise e restabelece a cooperação entre o usuário do serviço e a equipe. Os membros da equipe da Unidade de BET também são treinados em Gestão de Problemas de Agressão (GPA, ou MAP, na sigla em inglês), que ajuda a identificar os primeiros sinais de agressão e praticar técnicas de desescalada e redução do risco de danos físicos. Em 2019, um Relator Especial da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência elogiou o serviço por demonstrar que é possível fornecer cuidados e suporte intensivos sem o uso de força e coerção (116).

## **Participação**

As pessoas que usam o serviço participam ativamente do planejamento de seus próprios cuidados e a Unidade de BET coleta rotineiramente o *feedback* deles para melhorar a qualidade do serviço. Os grupos de psicoeducação semanais são liderados por uma pessoa com experiência vivida como membro do programa de BET. Um grupo de pessoas com experiência vivida também está representado nas decisões de alto nível do Consórcio Hospitalar Vestre Viken. Elas participam de discussões e decisões sobre orçamento, serviços e implementação e estrutura organizacional. Atualmente, a Unidade de BET está trabalhando para contratar pessoas com experiência vivida como funcionários em regime de tempo integral.

## **Inclusão comunitária**

A equipe da Unidade de BET geralmente ajuda as pessoas a encontrar moradia, retornar ao trabalho ou à escola ou conectar-se a redes de pares ou serviços semelhantes na comunidade. O programa de BET incentiva ativamente o envolvimento da família e/ou redes sociais, permitindo que as pessoas permaneçam conectadas com sua comunidade. Vale ressaltar que as pessoas também são encorajadas a ir para casa nos fins de semana, para manter seus vínculos com a comunidade durante o período de tratamento na unidade de BET.

## **Abordagem de Recovery**

Em sua concepção geral e prática, o serviço de BET promove uma abordagem integral de saúde e tratamento. Em um estudo que descreve como a abordagem de REC contribui para reduzir a coerção no tratamento, os autores concluíram que *“um importante componente é... a introdução de uma filosofia de tratamento integral que enfatiza o voluntarismo, a cooperação e a autonomia”* [tradução livre] (112). O empoderamento pessoal é parte integrante do processo terapêutico da Unidade de BET. O cuidado é centrado nos objetivos e valores individuais do usuário do serviço, que são identificados e assimilados em um plano de tratamento (115). Alguns usuários podem ter como objetivo não apresentar sintomas; outros, usar menos medicação; enquanto outros simplesmente querem chegar a um ponto em que não precisem mais de internação quando estiverem em crise.

## **Avaliação do serviço**

Uma quantidade cada vez maior de evidências demonstra que o uso de coerção no tratamento pode ser reduzido em até 97% e que a qualidade de vida e o funcionamento psicológico e psicossocial dos usuários do serviço podem ser significativamente melhorados. Um estudo retrospectivo de 2017 constatou que os indivíduos que usaram o serviço tiveram menos internações posteriores em unidades psiquiátricas e hospitais gerais nos 12 meses após receberem alta da BET, em comparação com os 12 meses anteriores à admissão ao serviço (115).

Um estudo qualitativo com usuários do serviço da Unidade de BET constatou que os participantes apresentaram menos sintomas, um nível de funcionamento significativamente melhorado e restabeleceram as conexões com suas famílias. Alguns até começaram suas próprias famílias e estavam estudando ou trabalhando. Alguns deixaram completamente de usar medicamentos (113). Vários usuários do serviço de BET participaram de estudos qualitativos e relataram viver uma vida normal (111). Como um usuário do serviço relata: “Diziam: ‘Você tem um sério transtorno mental que não pode ser curado. Você tem que depender do medicamento pelo resto de sua vida.’ Depois fui para a Unidade de BET, e recebi alta sem nenhum diagnóstico, sem medicação, sem nada” (117, 118).

### **Custos e comparações de custo**

O serviço de BET é financiado com verba pública há 20 anos como parte do sistema público de saúde. O custo por pessoa por dia na Unidade de BET é de cerca de 8.800 coroas norueguesas (aproximadamente US\$ 1.040)<sup>1</sup>, o que é cerca de 30-40% menor do que os custos de outras unidades de saúde mental do Consórcio Hospitalar de Vestre Viken. De fato, a falta de coerção significa que o serviço precisa de menos pessoal para realizar intervenções intensivas, como observação individual e outras medidas reguladoras. A Unidade de BET também apresenta custos com medicamentos mais baixos em comparação com outras unidades de internação. É importante ressaltar que a Unidade de BET também se beneficia de um índice baixo de absenteísmo, pois os funcionários relatam níveis consistentemente elevados de satisfação no trabalho.

### Mais informações e recursos

#### **Site:**

<https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/bet-seksjon-blakstad>

#### **Vídeos:**

Didrik Heggdal: What is Basal Exposure Therapy? Disponível em norueguês com legendas em inglês e descrições de capítulos

<https://www.youtube.com/watch?v=PXrdwOMznvs&t=10s>

Didrik Heggdal: Basal Exposure Therapy (BET): Alternative to coercion and control in suicide prevention. Apresentação em inglês, Conferência Nacional sobre a prevenção do suicídio

<https://youtu.be/fsfdrFoEhfQ>

#### **Contato:**

Jørgen Strand, chefe de pessoal/administrador da unidade, Unidade de BET, Departamento de Blakstad, Consórcio Hospitalar Vestre Viken, Noruega.

E-mail: [jorgen.strand@vestreviken.no](mailto:jorgen.strand@vestreviken.no)

<sup>1</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.



2.2.2

**Kliniken Landkreis  
Heidenheim gGmbH**

Heidenheim, Alemanha



*O Kliniken Landkreis Heidenheim é o único hospital geral de Heidenheim, uma pequena cidade rural em Baden-Württemberg, no sudoeste da Alemanha. Em 2017, Heidenheim tornou-se uma região modelo para a saúde mental de acordo com a Seção 64b do Código Social da Alemanha (SGB v), permitindo total flexibilidade dos serviços de saúde mental dentro de um orçamento anual acordado (119). Essa inovação permitiu que o hospital introduzisse um serviço de saúde mental flexível, orientado para o usuário e de base comunitária que tem sido descrito como um modelo de “farol”, principalmente por seu foco na prevenção da coerção.*

### Classificação primária: Serviço de base hospitalar

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

O serviço de saúde mental da Kliniken Landkreis Heidenheim, oficialmente conhecido como Departamento de Psiquiatria, Psicoterapia e Medicina Psicossomática, foi criado em 1994 e atende a população do distrito (130.000 habitantes), bem como pessoas de distritos vizinhos. O serviço funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, apoiando pessoas com problemas de saúde mental mais graves e é parte essencial da rede de serviços comunitários de saúde mental (*Gemeindepsychiatrischer Verbund*) coordenada pelo conselho distrital (120). Todos os serviços estão disponíveis sem demora ou lista de espera, inclusive serviços ambulatoriais, serviços de internação, hospital-dia e tratamento e suporte domiciliar. As pessoas podem mudar de internação para tratamento domiciliar ou para atendimento no hospital-dia a qualquer momento, de forma flexível. As vontades e as preferências dos usuários do serviço servem de base para essas mudanças e são discutidas com a equipe clínica, os usuários, as famílias e as redes de apoio. Como os diferentes serviços estão estreitamente alinhados e, de fato, são administrados pelas mesmas equipes, segue-se um plano consistente de *recovery*, mesmo que a pessoa faça a transição de um serviço para outro.

Há três unidades de internação para adultos (sem exclusões com base em diagnóstico) e um hospital-dia. O serviço é gerido por quatro equipes, três dedicadas às unidades de internação e uma equipe dedicada ao hospital-dia. O serviço não opera uma equipe de tratamento domiciliar separada, pois todas as quatro equipes oferecem suas próprias opções de tratamento domiciliar. Com 79 leitos, o tempo médio de permanência é de 21 dias. Duas das três unidades atendem pessoas que receberam diag-

nósticos como depressão, psicose, demência, transtornos de personalidade e transtornos relacionados ao trauma. Os usuários do serviço são livres para escolher entre as atividades terapêuticas oferecidas, que incluem psicoterapia de grupo e individual, suporte de pares, assistência social, arteterapia, dança/movimento e terapia ocupacional. Esses serviços também podem ser prestados através de visitas domiciliares mediante solicitação.

A terceira unidade de internação atende pessoas com problemas de dependência e muitos dos diagnósticos mencionados acima, em regime de internação ou ambulatorio. Há um programa estruturado para dependência de álcool e outras drogas, que inclui sessões de terapia individuais e em grupo, reuniões com grupos de autoajuda e terapia ocupacional. Para pessoas nessa terceira unidade que não têm problemas de adição, há um programa à parte com terapia individual e em grupo, arteterapia, terapia de dança/movimento e terapia ocupacional. Realizam-se sessões semanais de suporte de pares nas enfermarias, com usuários individuais do serviço ou com um pequeno grupo de usuários, familiares e redes de apoio.

Tratamento e apoio em regime diurno podem ser organizados em todas as três unidades. Se uma pessoa preferir ser tratada em casa em vez de ser internada, o tratamento e o apoio em casa podem começar a qualquer momento, mediante visitas domiciliares diárias de uma enfermeira e visitas domiciliares semanais de um médico. Os usuários do serviço do programa de tratamento domiciliar podem acessar qualquer outro tratamento ou suporte oferecido pelo hospital, incluindo terapia ocupacional e arteterapia, seja em casa ou no hospital. A duração média do tratamento e apoio em domicílio é de 28 dias.

As pessoas que optam por serviços ambulatoriais têm acesso a toda a gama de terapia e apoio, em grupo ou individualmente. Quatro cães terapeutas, tutorados por membros do quadro de funcionários, também ajudam as pessoas a se sentirem confortáveis em novos ambientes. Um cão terapeuta também acompanha uma enfermeira que trabalha no tratamento domiciliar. As pessoas que usam o serviço com frequência levam o cão para passear.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

Embora o Kliniken Landkreis Heidenheim seja obrigado a fornecer internação compulsória de acordo com as leis de saúde mental, o serviço tenta evitar internações e tratamentos compulsórios por meio de parcerias com a comunidade, usuários do serviço e suas famílias. O índice médio de internação compulsória no serviço é de 1,7% – menos de um quinto daquele observado na Alemanha nacionalmente (10,7%) (121). As internações compulsórias são evitadas mediante tomada de decisão apoiada, com base na vontade e preferência, particularmente quando há risco de lesões (122-124). A opção de receber tratamento domiciliar também contribuiu para as baixas taxas de internações compulsórias. Cabe ressaltar que a aceitação de medicamentos não é uma condição para internação ou tratamento domiciliar.

Em relação à medicação, os usuários recebem apoio de um assistente social, profissional médico ou outra pessoa de sua escolha para a tomada de decisão informada sobre o tratamento sem medicação, com medicação intermitente ou com medicação contínua de longa duração, explorando os prós e contras no contexto de sua situação individual.

O serviço também apoia pessoas que já sofreram detenção e/ou coação (125- 128). Com a ajuda da equipe do hospital, especialistas em suporte de pares ou advogados (126, 127), os usuários do serviço formulam planos conjuntos de crise e diretivas antecipadas, com base no Código Civil alemão (125). Estes são incorporados ao prontuário hospitalar, para que estejam prontamente disponíveis em uma crise futura.

### **Práticas não coercitivas**

As taxas de intervenções coercitivas são extremamente baixas em comparação com a média do estado: em 2019, 2,1% das pessoas que usaram o serviço sofreram medidas coercitivas, em comparação com uma taxa média relatada de 6,7% em Baden-Württemberg em 2016 (129). Todos, inclusive os indivíduos detidos no hospital, têm o direito de recusar medicamentos. A medicação forçada é rara, e exige uma solicitação à parte ao tribunal e a opinião de um especialista independente. Durante o período de 2011 a 2016, ninguém foi forçado a tomar medicamentos e, nos anos seguintes, a taxa foi de uma pessoa por ano (121). A tranquilização rápida nunca é usada sem consentimento. O serviço não isola as pessoas de maneira alguma e, durante o dia, as enfermarias permanecem abertas. As unidades de internação são trancadas das 20h às 08h para atender às exigências da lei estadual.

Diversas estratégias são utilizadas para evitar o uso de práticas coercitivas. Por exemplo, os detidos por ordem jurídica podem receber apoio individual de uma enfermeira, terapeuta, médico ou assistente social, que pode permanecer com a pessoa quase continuamente por várias horas, uma noite ou até vários dias (130). O serviço também ajuda os usuários a criar planos de crise conjuntos para evitar a coerção (126). Todos os funcionários do hospital são treinados em técnicas de desescalada e prevenção de incidentes agressivos e medidas coercitivas, usando o manual de Prevenção, Avaliação, Intervenção e Reflexão (PAIR) (131, 132). Em caso de crises particularmente intensas, uma equipe de resposta composta por dois enfermeiros e um médico treinados no método PAIR (131, 132) pode ajudar.

### **Inclusão comunitária**

O tratamento e o apoio domiciliar ajudam a manter as pessoas que estão passando por sofrimento psicossocial conectadas à sua comunidade. Para apoiar essa inclusão, o serviço tem vínculos diretos com comunidades religiosas, grupos de autoajuda, grupos de apoio para pessoas em situação de rua, agências de emprego e instituições de caridade que apoiam idosos, pessoas isoladas e pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. O serviço apoia uma instituição de caridade, *Schritt für Schritt*, que promove atividades de lazer para pessoas com deficiências psicossociais. Também se reúne periodicamente com tribunais locais, a polícia, a agência local de saúde pública e as autoridades de ordem pública para trabalhar em práticas não discriminatórias e definir colaborações. Além disso, desenvolveu o projeto *Irre Gut*, uma iniciativa de prevenção nas escolas que envia uma pequena equipe composta por um usuário do serviço, uma pessoa com experiência vivida que é membro da família e alguém que trabalha em serviços de saúde mental (como enfermeiro ou assistente social) para visitar escolas secundárias e falar sobre estigma, prevenção, autoajuda e acesso a serviços de saúde mental (133).

### **Participação**

Aconselhamento e suporte de pares (134) são realizados por meio de sessões individuais e em grupo realizadas semanalmente nas enfermarias do hospital. Os usuários do serviço podem compartilhar suas experiências e obter aconselhamento confidencial sobre medicamentos, seu diagnóstico, bem como a discriminação que podem enfrentar, com colegas e membros da equipe do hospital. Os trabalhadores de suporte de pares também fornecem conselhos sobre como acessar os serviços e apresentar queixas. Alguns até ajudam os usuários do serviço que desejam preparar sua própria alimentação durante a internação. Os trabalhadores de suporte de pares e familiares designados de pessoas com problemas de saúde mental também se reúnem com a equipe de gestão do serviço no hospital para revisar e discutir melhorias no serviço. O serviço não coleta, sistematicamente, comentários e sugestões dos usuários do serviço. Porém, há vários procedimentos distintos de queixa em vigor, dentro do hospital, na rede comunitária de saúde mental, por meio do sistema de plano de saúde público e do organismo regulador médico regional (135-138).

## Abordagem de Recovery

As equipes de tratamento domiciliar utilizam o modelo de Diálogo Aberto (conforme discutido na seção 2.1.3), que também foi introduzido no serviço de internação, no qual está em fase de integração. Dentro dessa abordagem, os usuários do serviço trabalham com sua rede de apoio e familiares para definir metas e planos de recuperação com base nos desejos e preferências do usuário do serviço. Também podem ser realizadas reuniões da rede de apoio; estas são resumidas na ficha do caso e nas notas pessoais do usuário do serviço. Uma reunião aberta com foco em *recovery* (139) ocorre fora do hospital, em um ambiente como um centro comunitário, uma vez por mês.

Nela, os usuários do serviço, familiares e equipe do hospital se reúnem para discutir jornadas individuais e obstáculos para o *recovery*. As reuniões são abertas ao público. Reuniões informais também podem ser realizadas em locais como bares.

## Avaliação do serviço

Gradualmente, o serviço se transformou de um departamento hospitalar de psiquiatria tradicional em um serviço saúde mental de base comunitária (140). O projeto de avaliação *eva64*, conduzido pela Universidade de Dresden (141), constatou que, com a introdução do tratamento domiciliar e do tratamento ambulatorial flexível, a ocupação média de leitos diminuiu de 95% em 2016 para 60% em 2019 e para 52% em 2020 (142). Menos pessoas dão entrada no serviço de internação e mais pessoas são atendidas no ambulatório ou recebem apoio por meio do serviço de extensão em domicílio.

O serviço monitora continuamente o uso de medidas coercitivas e tratamento involuntário, e fornece seus dados para o registro regional de coerção em instituições psiquiátricas (143). A coleta de dados sobre medidas coercitivas em hospitais psiquiátricos e o fornecimento desses dados a um registro central é obrigatório em Baden-Württemberg desde 2015 (121). Vale ressaltar que, quando a medicação involuntária em hospitais psiquiátricos foi proibida na Alemanha por um breve período entre 2011 e 2013, o serviço do hospital de Heidenheim não registrou aumento de outras formas de coerção nem no uso de medicamentos de modo geral, ao passo que outros serviços tiveram mais dificuldades para lidar com essa proibição temporária (129, 143, 144). Em termos de outros critérios, como frequência de detenção, frequência de contenção/isolamento e frequência de medicação compulsória, as taxas também estão abaixo da média (121). Em 2018, o Ministério de Assuntos Sociais de Baden-Württemberg declarou que “...o departamento de saúde mental do Hospital de Heidenheim é um projeto-modelo com relação a medidas coercitivas conforme a lei de saúde mental” [tradução livre] (145).

## Custos e comparações de custo

Como região modelo, o serviço celebrou um contrato com todas as operadoras de saúde públicas e privadas que o tornou elegível para um orçamento anual no valor de €9,2 milhões em 2019 (142), (aproximadamente US\$ 10,9 milhões)<sup>m</sup> ou cerca de €69,50 (US\$ 82,50)<sup>n</sup> por residente do distrito por ano. Esse orçamento criou incentivos para oferecer tratamento e apoio na comunidade em vez do hospital. O orçamento aumenta todos os anos conforme incrementos de salário acordados entre os sindicatos e os provedores de saúde pública. O contrato tem prazo fixo para os anos de 2017 a 2023, com uma opção de renovação por mais oito anos. O seguro de saúde público e privado cobre todas as opções de tratamento. Não há custo às pessoas que usam o serviço.

O orçamento anual fixo do hospital e seu status dentro de uma região-modelo designada pelo governo significa que ele pode contar com um fluxo de financiamento sustentável. O hospital é de propriedade do conselho distrital e tem sido fortemente apoiado pela população, mesmo quando a situação finan-

<sup>m</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

<sup>n</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

ceira pública está difícil (146). Além disso, desde 2017, os custos financeiros do hospital têm sido cobertos com sucesso (141).

### Mais informações e recursos

**Site:**

<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/>

**Vídeos:**

Mildere Mittel. Um filme sobre a experiência em Heidenheim, feito por grupo de usuários do serviço em Berlim. (Disponível em alemão) <https://vimeo.com/521292563>

**Contato:**

Martin Zinkler, diretor clínico, Kliniken  
Landkreis Heidenheim GmbH, Heidenheim, Alemanha.  
E-mail: [Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de](mailto:Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de)

2.2.3

## Soteria

Berna, Suíça



*A Soteria Berna, em funcionamento desde 1984, oferece um serviço residencial de atenção à crise, de base hospitalar, na cidade de Berna como opção alternativa para quem está passando pelos chamados “estados extremos” ou tem diagnóstico de psicose ou esquizofrenia. Na mitologia grega, Soteria era a deusa da segurança e proteção. Assim, a Soteria Berna visa oferecer um ambiente discreto, relaxante, de baixo estímulo, caseiro e “normal” para produzir o mínimo de estresse possível. À medida que a rede de casas Soteria se expandia em outros países, um conjunto de práticas e princípios comuns foi desenvolvido e mantido para aquelas que levam o nome Soteria.*

### Classificação primária: Serviço de base hospitalar

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

A Soteria Berna goza do status jurídico de hospital psiquiátrico público especializado e está integrada a dois outros serviços psiquiátricos em Berna (147); porém, sua abordagem difere significativamente dos demais serviços psiquiátricos de internação e ambulatório da cidade. A Soteria Berna oferece uma abordagem de atendimento integrado a pessoas que estão passando por um episódio psicótico, modelado na primeira casa Soteria, fundada em 1971 em São Francisco, EUA. Naquela época, como agora, o trabalho da Soteria se baseava na filosofia de que “estar com”, ou ter companhia durante a crise, principalmente em um ambiente pequeno, solidário, não hospitalar e semelhante a uma família (147-149), com pouca ou nenhuma medicação, poderia obter resultados terapêuticos parecidos ou até mesmo melhores que os métodos dos hospitais. Os ambientes hospitalares podem ser contraterapêuticos para pessoas que estão passando por um episódio de psicose, devido aos altos níveis de estímulos, mudanças de pessoal, regras rígidas, ausência de privacidade e falta de transparência, principalmente nas decisões de tratamento.

A Soteria Berna está sediada em uma área residencial da cidade, com 10 quartos para indivíduos e dois membros da equipe (150). Os residentes, encaminhados pelos serviços de Berna e do cantão vizinho, costumam ficar de sete a nove semanas e até três meses. Em média, 60 pessoas se hospedam na casa Soteria anualmente (151). Os membros da equipe incluem dois psiquiatras e um psicólogo, enfermeiros de saúde mental, pedagogos e um artista. Pessoas com experiência vivida (chamadas na Suíça de pessoas com “envolvimento experiente”) são particularmente incentivadas a trabalhar na Soteria. Os



membros da equipe trabalham em turnos de 48 horas sem interrupção para garantir continuidade e imersão no cotidiano da casa Soteria (152).

Mais de 90% das pessoas que sofrem de psicose podem ser tratadas na Soteria (152). No entanto, as pessoas consideradas com risco muito alto de suicídio ou perigo extremo a si ou a terceiros não são aceitas, a menos que o nível de risco diminua (153). Atualmente, as pessoas podem ser admitidas com data marcada ou por internação de emergência, a qualquer hora do dia ou da noite (154). Nem sempre é necessário o encaminhamento de um médico ou hospital; indivíduos, familiares ou terapeutas podem entrar em contato diretamente com a Soteria para solicitar admissão (155). A família e outras pessoas relevantes estão envolvidas no processo de tratamento do início ao fim, e têm reuniões mensais com os membros da equipe (156, 157).

O apoio na casa Soteria é dividido em três fases. A primeira fase trata da resolução da ansiedade e relaxamento emocional durante o estado psicótico agudo, no chamado quarto calmo (*soft room*) – um ambiente de baixo estímulo, calmo e confortável. A segunda fase de “ativação e ajuste de realismo” apoia a integração gradual nas atividades domésticas cotidianas normais uma vez que a crise tenha diminuído. Finalmente, na terceira etapa, o indivíduo vai se reinserir gradualmente no mundo exterior, com preparação para integração social e profissional e planejamento para prevenção da recaída.

O cotidiano da casa é organizado pelos usuários em conjunto com os membros da equipe para criar uma realidade que não se concentre apenas nas questões de saúde mental. Psicoterapia, terapia cognitiva e, às vezes, uma abordagem mais psicodinâmica são usadas como ferramentas terapêuticas. Em 2018, a abordagem de Diálogo Aberto (conforme discutido na seção 2.1.3) foi introduzida – durante uma “conferência de tratamento” semanal, uma pessoa reflete sobre a semana passada com os membros da equipe e se concentra nas próximas etapas ou objetivos do tratamento. Ao partirem, os usuários podem optar por um serviço de pós-atendimento ambulatorial (150) fornecido pela própria Soteria, que inclui creche no local e suporte domiciliar ambulatorial completo (158). A casa Soteria também oferece um apartamento supervisionado no centro da cidade para apoiar duas a três pessoas em sua transição para a vida independente, por até dois anos (159).

## Princípios básicos e valores do serviço

### **Respeito à capacidade jurídica**

A preservação do poder pessoal é um elemento fundamental da abordagem Soteria, refletindo um alinhamento com a proteção e a promoção da capacidade jurídica do indivíduo. O consentimento informado é sempre obtido quando as pessoas entram no serviço. A Escala Internacional de Fidelidade à Soteria, o código de princípios comuns adotado pela Associação Internacional de Casas Soteria em todo o mundo, refere-se à “codeterminação durante o tratamento” (160, 161), o que significa que as decisões sobre os objetivos terapêuticos são desenvolvidas ativamente pela própria pessoa, em conjunto com a equipe de tratamento. Nenhum tratamento é administrado sem consentimento explícito. Ao preencher um questionário sobre vulnerabilidade a sintomas psicóticos, os usuários do serviço podem desenvolver seu próprio modelo explicativo de por que desenvolveram psicose e como suas experiências de vida podem ter contribuído para isso. Os usuários do serviço também preenchem um questionário sobre prevenção de recaídas, que é essencialmente uma diretiva antecipada na qual as pessoas identificam seus primeiros sintomas de alerta antes da crise e listam pessoas em quem podem confiar, estratégias úteis e hospitais que podem preferir.

A tomada de decisão apoiada é facilitada na Soteria pela filosofia de “estar com”, o que significa que se dá muita ênfase a passar tempo com a pessoa até que ela esteja capaz de decidir de maneira independente. Essa filosofia se aplica a todas as atividades, como escolhas sobre refeições, enfrentamento dos efeitos da medicação, quando e como sair de casa e como acessar apoio financeiro e moradia.

### **Práticas não coercitivas**

A Soteria Berna é um serviço voluntário, o que significa que só aceita pessoas dispostas a entrar no serviço. Um princípio básico da casa Soteria é que “todos os psicotrópicos [estão] sendo tomados por vontade própria e sem coerção” [tradução livre] (162). Embora os funcionários não sejam especificamente treinados em técnicas não coercitivas, a contenção e a força nunca são usadas. Não existem salas de isolamento na Soteria, mas quando uma pessoa está em psicose aguda, utiliza-se o “quarto calmo”, e os membros da equipe se concentram em desescalar a crise, oferecendo um ambiente seguro para a pessoa onde ela possa se sentir segura e descansar. Se nenhuma aliança de trabalho puder ser estabelecida, ou se o tratamento não puder continuar por algum motivo, a pessoa pode fazer planos alternativos para si ou ser encaminhada pela equipe da Soteria para um dos hospitais psiquiátricos locais. Isso é raro e acontece em média duas a três vezes por ano (163).

### **Inclusão comunitária**

Realizar atividades cotidianas em um ambiente terapêutico e se recuperar em um ambiente “normal” é visto como uma ferramenta terapêutica fundamental para quem sofre de psicose, de modo que todas as tarefas relevantes para a vida independente em uma comunidade, como fazer faxina e cozinhar, são realizadas pelos moradores. As fases dois e três do tratamento, bem como o apoio ambulatorial posterior, têm o objetivo específico de permitir que as pessoas criem laços com a comunidade. A casa Soteria fica apenas a 20 minutos a pé do centro da cidade. Como a família e os amigos têm acesso constante à casa e os residentes têm liberdade de vir e ir, não há nenhuma barreira ou sensação de isolamento da comunidade. Os membros da equipe também conversam com cada residente a respeito de seus futuros projetos, como emprego ou vida independente. Os funcionários facilitam a conexão com serviços, suportes e organizações da comunidade, ajudam os moradores a construir relacionamentos positivos na comunidade ou até mesmo ajudam a arranjar trabalho para que os moradores possam manter um emprego, “fundamental para a recuperação” (158).

### **Participação**

A casa Soteria conecta os residentes atuais com ex-residentes por meio de reuniões de suporte de pares. Um membro da equipe com experiência vivida estabelece vínculos entre usuários do serviço e redes de pares na comunidade, e atua como moderador de um grupo de maconha e psicose e um grupo de *recovery*. Um grupo de ex-residentes e um grupo de suporte de pares se reúnem todos os meses. Também há planos de permitir que pessoas com experiência vivida participem da tomada de decisões de alto nível na Soteria Berna.

### **Abordagem de Recovery**

A abordagem com foco em *recovery* é explicitamente apontada como um dos oito princípios fundamentais da Soteria Berna e é parte integrante das práticas e da filosofia subjacente. A abordagem de *recovery* de Soteria é centrada no desenvolvimento de esperanças e metas pela pessoa, em vez de se concentrar apenas nos sintomas. Considerar que há significado a ser encontrado na crise ajuda a normalizar as emoções, a forma de agir e os pensamentos da pessoa nas fases agudas da psicose. Com ajuda, os moradores criam planos individuais de *recovery* com foco em saúde, moradia, trabalho, finanças e lazer que captam sistematicamente suas esperanças, preocupações, objetivos e estratégias para lidar com situações difíceis e se manter bem. Finalmente, os princípios orientadores da Soteria Berna estão alinhados com o modelo de *recovery* na medida em que pessoal não médico dá apoio ao poder pessoal de cada residente, incentiva o envolvimento das suas redes sociais e as suas responsabilidades comunitárias.

## Avaliação do serviço

A casa Soteria coleta sistematicamente *feedback* dos usuários para melhorar a prestação do serviço. Antes da alta, cada usuário do serviço preenche um questionário organizado pela Associação Nacional Suíça para o Desenvolvimento da Qualidade em Hospitais e Clínicas (ANQ) (164). As perguntas abordam assuntos que incluem a qualidade dos profissionais da Soteria e as informações fornecidas aos residentes sobre temas como medicação, preparação para a alta e se os usuários do serviço têm oportunidades para fazer perguntas e estão satisfeitos com as respostas fornecidas. Dados recentes da ANQ sobre os principais indicadores de qualidade para atendimento de pacientes internados demonstram que as taxas de satisfação dos usuários da casa Soteria estão “acima da média” em comparação com outros hospitais participantes (165, 166). Avaliações internas anteriores também mostraram a satisfação dos usuários em relação ao sucesso do tratamento, interações com a equipe, suporte recebido e inclusão de redes externas de suporte (167). Pesquisas anuais de profissionais de serviços de saúde mental classificam a Soteria consistentemente acima da média nacional suíça.

Vários estudos científicos constataram que a Soteria é pelo menos tão eficaz quanto o tratamento hospitalar tradicional, mas, crucialmente, com níveis muito mais baixos de uso de medicação antipsicótica (168-170).

### Custos e comparações de custo

A Soteria Berna tem o status legal de um hospital psiquiátrico público, financiado pelo sistema de saúde suíço e pelo seguro-saúde que todos os residentes da Suíça são obrigados a ter (170). A Soteria recebe 673 francos suíços por dia (US\$ 740)<sup>o</sup> para cada pessoa que usa o serviço, sendo 55% do Cantão de Berna e 45% das seguradoras de saúde. Em 2020, o custo de uma estadia na Soteria Berna foi 6-8% menor do que o de uma estadia em hospitais psiquiátricos comparáveis da cidade para pessoas que passaram por episódios psicóticos. Essas economias de custos também estão alinhadas com o que foi constatado na Soteria dos EUA (169, 171).

### Mais informações e recursos:

#### Site:

Soteria, Berna, Suíça [www.soteria.ch](http://www.soteria.ch)

The International Soteria network, <https://soteria-netzwerk.de/>

#### Vídeos:

Einhornfilm, Part 1 – Soteria Berne – Acute (Legendas em inglês, 1/3)

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_fMoJvwMZrk](https://www.youtube.com/watch?v=_fMoJvwMZrk)

Einhornfilm, Part 2 – Soteria Berne – Integration (Legendas em inglês, 2/3)

<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>

Einhornfilm, Part 3 – Soteria Berne – Conversation (Legendas em inglês, 3/3)

[https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb\\_ObrVS8](https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb_ObrVS8)

#### Contato:

Walter Gekle, diretor médico, Soteria Berna,  
Médico-chefe e diretor adjunto,  
Centro de Reabilitação Psiquiátrica,  
University Psychiatric Services, Berna, Suíça.  
E-mail: [Walter.gekle@upd.ch](mailto:Walter.gekle@upd.ch)

<sup>o</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

## 2.3 Centros de saúde mental de base comunitária

---

Os centros de saúde mental de base comunitária oferecem opções de cuidado e apoio para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais na comunidade. Esses centros foram criados para prestar apoio fora do contexto institucional e próximo aos lares das pessoas.

A variedade das opções de apoio oferecidas por esses centros depende do tamanho, do contexto e dos vínculos com o sistema geral de saúde do país. Porém, todas as boas práticas relatadas neste documento prestam serviços de atendimento, inclusive sessões individuais ou em grupo, nos quais a pessoa pode encontrar apoio para começar, continuar e/ou parar diferentes formas de cuidado, como aconselhamento psicológico, terapia ou medicação.

Para apoiar as pessoas atendidas, esses serviços também enfatizam a importância da inclusão social e participação na vida comunitária e de agir para atingir essas metas. Nesse contexto, o suporte de pares e o apoio para acessar oportunidades de emprego e de formação e atividades educativas, sociais e de lazer são recursos importantes. Muitos centros de saúde mental adotam ativamente uma função de coordenadores do referenciamento de pessoas para diferentes serviços e apoios da comunidade. Os exemplos fornecidos na seção a seguir refletem a diversidade de algumas dessas diferentes funções e atividades.

É importante observar que todos os centros de saúde mental apresentados nesta seção adotam uma abordagem de cuidado e apoio integral e centrado na pessoa, tentam reduzir as assimetrias de poder entre os profissionais e as pessoas que usam o serviço e abrangem o suporte além do tratamento médico.

Em alguns países, esses centros comunitários de saúde mental são um pilar fundamental do sistema de saúde mental. Não apenas eles oferecem cuidado e apoio essenciais e baseados na comunidade, como também servem de base para a coordenação e a continuidade dos cuidados. É, portanto, crucial assegurar que ofereçam cuidado e apoio baseados na comunidade, orientados por direitos e focados na abordagem do *recovery*.

2.3.1

## Clínica Aung

Yangon, Myanmar



*A Clínica Aung é um serviço inovador de saúde mental baseado na comunidade localizado em Yangon, a maior cidade de Mianmar. Com o apoio da Open Society Foundations, a clínica oferece uma ampla gama de atividades de apoio para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais: desde serviços de emergência até terapia de longo prazo, suporte de pares, advocacy e atividades vocacionais. O serviço é baseado em uma filosofia de cuidado holística e centrada na pessoa. Atende mais de 200 pessoas e suas famílias por ano, e é o único serviço do tipo no país.*

### Classificação primária: Centro de saúde mental de base comunitária

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

## Descrição do serviço

Como um dos países de baixa renda mais pobres do Sudeste Asiático (172), Mianmar conta com serviços públicos de saúde mental limitados. Cerca de 75% do orçamento da saúde mental vai para serviços hospitalares (173, 174). Ao mesmo tempo, décadas de conflitos internos de caráter étnico e político afetaram muito a saúde mental da população (175), e as pessoas com deficiência enfrentam altos níveis de estigma e discriminação (176).

A Clínica Aung recebe clientes independentemente do diagnóstico – incluindo pessoas que sofrem de TEPT, psicose, transtorno bipolar, depressão e uso de substâncias. A Clínica está aberta diariamente para tratamento clínico e oferece serviços móveis a indivíduos e famílias, inclusive acompanhamento por telefone e suporte online, se necessário. Emergências são atendidas fora do horário comercial e nos finais de semana.

As pessoas podem frequentar a clínica durante o dia, inclusive aquelas pessoas que estão em situação de rua, mas não há pernoite. Ao passarem o dia na clínica, as pessoas em crise muitas vezes conseguem evitar a hospitalização. Qualquer pessoa pode frequentar a clínica, mas pessoas sob efeito agudo de álcool ou outras drogas são excluídas enquanto assim estiverem.

A equipe da clínica é formada por um psiquiatra e médico que é também arteterapeuta, além de cinco trabalhadores de suporte de pares remunerados. Na primeira visita à clínica, os clientes são avaliados pelo psiquiatra, e um plano de tratamento é desenvolvido com a pessoa de acordo com as suas preferências. Redes externas de apoio são incluídas no processo terapêutico sempre que possível (isso inclui família e amigos próximos), com o consentimento da pessoa que está utilizando o serviço.

Além de avaliações, a clínica oferece aconselhamento individual, terapia de grupo, tratamento medicamentoso, treinamento de habilidades vocacionais e grupos de suporte de pares para usuários do serviço e suas famílias. Terapia pela fala, terapia familiar e mindfulness são oferecidas. A clínica também se concentra em ajudar os usuários do serviço e suas famílias a entender seus direitos sob a lei e defende os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, trabalhando em estreita colaboração com escolas, empregadores e organizações locais para garantir que os usuários do serviço possam participar em todos os aspectos da vida. A arteterapia também é usada na clínica (177), e são realizadas exposições de arte que permitem que os usuários do serviço vendam seus trabalhos (178). Há também um clube de culinária semanal e apoio para treinamento em alfabetização, matemática, educação financeira básica e carpintaria.

A clínica colabora com serviços do governo local e ONGs de Yangon, inclusive a Myanmar Autism Association (179) e Future Stars (180), que apoia indivíduos com deficiências intelectuais e suas famílias. Também treina profissionais de saúde filiados à grande rede não governamental de atenção primária à saúde chamada Back Pack Health Worker Team (181), que emprega 456 trabalhadores de saúde e atende comunidades de minorias étnicas vulneráveis e deslocadas em todo o [país] de maneira remota.

## Princípios básicos e valores do serviço

### **Respeito à capacidade jurídica**

Por meio de suas atividades terapêuticas, a Clínica Aung busca fortalecer pessoas que de outra forma estariam em risco de institucionalização. Os usuários do serviço são incentivados a fazerem as próprias escolhas e tomarem decisões sobre os tratamentos que serão administrados como parte do seu plano de cuidado. Medicamentos só são administrados com consentimento prévio, e intervenções não médicas permanecem sempre totalmente disponíveis. As pessoas recebem ajuda para reduzir a quantidade de medicamentos que estão tomando caso apresentem efeitos colaterais incapacitantes e, às vezes, podem parar totalmente de tomar medicamentos.

A Clínica Aung reconhece que a diferença de poder que pode existir entre os membros da equipe e os usuários do serviço tem o potencial de influenciar as decisões. Todos os profissionais são treinados para reconhecer essa dinâmica e reduzi-la. Os usuários são incentivados a expressar sua vontade e preferência durante os grupos de suporte de pares, que são documentadas para garantir que o tratamento e o apoio fornecidos sejam consistentes com seus desejos.

### **Práticas não coercitivas**

Todos os serviços da clínica são oferecidos de forma voluntária. Nenhum tipo de coerção é usado, e as pessoas não são obrigadas a tomar medicamentos nem são submetidas a nenhuma intervenção sem o seu consentimento. Os funcionários são treinados para usar medidas de desescalada da crise para evitar o uso de coerção e internações forçadas. No caso de um paciente estar em risco de hospitalização, a equipe trabalha exaustivamente para encontrar opções não hospitalares. Se a internação for inevitável, eles defendem vigorosamente a não utilização de medidas coercitivas e se empenham para que a pessoa receba alta o mais rápido possível.

### **Inclusão comunitária**

Grande parte do trabalho da Clínica Aung concentra-se em *advocacy* e na capacitação da comunidade para garantir que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais não sejam discriminadas na educação ou no trabalho. Para ajudar os usuários do serviço a encontrarem emprego, a clínica trabalha com famílias e comunidades e intercede para que as pessoas sejam contratadas ou recontratadas. Em áreas pós-conflito, o serviço ajuda a construir relações positivas na comunidade,

participando do desenvolvimento local e de diálogos políticos, criando condições para oportunidades de melhor emprego e educação, entre outros tipos de oportunidade, para pessoas com problemas de saúde mental.

### **Participação**

Busca-se ativamente comentários e sugestões informais das pessoas que usam o serviço, o que é usado posteriormente para guiar as práticas. Um grupo ativo de suporte de pares, com cerca de 30 integrantes, ajuda os participantes a aprender a articular seus desejos e preferências, promovendo uma cultura de empoderamento. Também há um grupo de suporte de pares para famílias, que se reúne mensalmente. Os trabalhadores de suporte de pares são treinados em habilidades básicas de aconselhamento e agora fazem parte dos processos de tomada de decisão da Clínica Aung. Mulheres do grupo de suporte de pares também lideram atividades para defender os direitos das mulheres. Através do trabalho desses grupos, as pessoas que frequentam a clínica e suas famílias aprendem sobre seus direitos segundo a CDPD e recebem apoio para promover *advocacy* por tratamentos melhores.

### **Abordagem de Recovery**

Os planos de *recovery* envolvem o desenvolvimento de metas de curto e longo prazo, planejamento [para] situações de [crise], aportes da família e dos profissionais médicos e definição das abordagens terapêuticas específicas a serem usadas. Mediante este processo, o serviço tenta identificar os pontos fortes do indivíduo para ajudar a pessoa a restabelecer o senso de controle sobre sua vida. Para promover um senso de responsabilidade pessoal e ajudar a desenvolver um senso positivo de identidade, a clínica ajuda as pessoas a encontrarem um papel para si mesmas na sociedade. Ao aprender a se comunicar com mais facilidade e confiança, as pessoas que frequentam a clínica desenvolvem uma sensação de empoderamento, significado e esperança.

## **Avaliação do serviço**

Em uma avaliação qualitativa de 2020 (não publicada), 20 participantes relataram ganhos positivos com a participação na clínica, valorizando especialmente a arteterapia e as sessões de terapia em grupo. Os usuários do serviço mencionaram ter encontrado aceitação na clínica e se sentirem mais capazes de lidar com seus problemas de saúde mental após o atendimento (182).

### **Custos e comparações de custo**

A Clínica Aung é um serviço sem fins lucrativos, e seus serviços são fornecidos gratuitamente para os usuários. Ela abriu em 2010 sem financiamento externo e foi expandida nos últimos anos com financiamento da Open Society Foundations. Entre 2015 e 2016, a Clínica Aung recebeu US\$ 25.000 da Open Society Foundations (183) e, em outubro de 2018, recebeu US\$ 176.000 para o período encerrado em setembro de 2020. Reconhecendo que alguns indivíduos são capazes de pagar pelos serviços, a Clínica Aung agora está contemplando a introdução uma estrutura de pagamento conforme a renda; no entanto, o financiamento sustentável da clínica continua sendo um desafio contínuo.



## Mais informações e recursos

**Site:**

<https://www.aungclinicmh.org/>

**Vídeos:**

Myint Myat Thu. Imagens que curam: Exposição mostra os trabalhos de pacientes de arteterapia. 2019. (Disponível em birmanês): <https://burmese.voanews.com/a/myanmar-mental-health-arts/5487323.html>

**Contato:**

San San Oo, psiquiatra consultora e terapeuta de EMDR e líder da equipe, Iniciativa de Saúde Mental da Clínica Aung, Yangon, Mianmar.

Email: [sansanoo64@gmail.com](mailto:sansanoo64@gmail.com)

2.3.2

## Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III

Brasilândia,  
São Paulo, Brasil



*Situado na região da Brasilândia, em São Paulo, em [área] com alta concentração de favelas e população de 430 mil habitantes, o CAPS III Brasilândia oferece apoio individualizado e integral a pessoas com problemas de saúde mental graves ou persistentes e deficiências psicossociais, inclusive durante crises. Em uma área marcada por altos níveis de violência urbana e vulnerabilidade social, o centro utiliza uma abordagem de atenção psicossocial baseada em direitos e centrada nas pessoas. Os princípios orientadores do serviço incluem promover a autonomia, enfrentar desequilíbrios de poder e aumentar a participação social. O serviço é prestado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.*

## Classificação primária: Centro de saúde mental de base comunitária

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares
- Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde
- Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

Os centros de saúde mentais de base comunitária, conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são o pilar da rede de saúde mental comunitária no Brasil (184). Os CAPS são serviços especializados de média complexidade, bem integrados à atenção básica. Existem vários tipos de CAPS, sendo que alguns atendem principalmente adultos e outros são voltados para crianças e adolescentes. Os CAPS III podem atender adultos, crianças e adolescentes em áreas com população superior a 150 mil habitantes, funcionando 24 horas por dia. Para mais detalhes sobre os diferentes tipos de CAPS, consulte a seção 4.1.1. Esses serviços, existentes em todo o território brasileiro, substituem diretamente a função tradicionalmente desempenhada pelos hospitais psiquiátricos.

O CAPS III Brasilândia começou a operar como CAPS II em 2002 e se tornou CAPS III, com funcionamento 24 horas por dia/7 dias por semana, em 2020. O serviço é cogerenciado pela Associação Saúde da Família, uma organização social. Como todos os CAPS III, o centro oferece atenção e suporte em saúde mental contínuos e personalizados, inclusive na atenção à crise, em base comunitária. Desenvolve ações orientadas por valores com base nos princípios da liberdade em primeiro lugar e da desinstitucionalização.

O serviço está vinculado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região e suas Equipes de Saúde da Família (185), bem como aos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) (186) – equipes multidisciplinares com conhecimento especializado, inclusive na área de saúde mental.

Essa integração entre a atenção primária e as redes de atenção à saúde mental no contexto do SUS agrega valor especial ao serviço para usuários, familiares e profissionais (186). Um forte foco na comunidade também é parte integrante da abordagem do CAPS III Brasilândia – envolvendo tudo, desde a articulação com comércios e esportes até *advocacy* e ações na comunidade.

O CAPS III Brasilândia foi projetado para ter uma estrutura e ambiente semelhante ao de uma casa. Estruturalmente, o centro possui áreas interiores e exteriores comuns para socialização e interação com outras pessoas, área para refeições, espaço para atendimento individual, uma sala para atividades em grupo, farmácia e dormitórios feminino e masculino, cada um com quatro camas, onde pessoas em crise ou precisando de descanso podem ficar por até 14 dias. As atividades são realizadas também na comunidade, usando espaços públicos como parques, centros comunitários de lazer e museus.

O centro tem 58 funcionários assalariados, incluindo psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, funcionários da farmácia e funcionários administrativos. Aproximadamente 400 indivíduos frequentam regularmente o centro todos os meses, e, em média, 60 indivíduos novos por mês participam de um atendimento de acolhimento pela primeira vez. Não há restrição quanto a quem pode usar o serviço, e ninguém tem o acesso recusado com base na capacidade – se não houver vagas, o centro se comunica com outros serviços do CAPS III para obtê-las. O centro não encaminha ninguém para hospitais psiquiátricos.

Uma vez cadastrado como usuário do CAPS, o usuário do serviço desenvolve um plano de atendimento individualizado, o *Projeto Terapêutico Singular* (PTS), com seu profissional de referência (184, 187). O PTS mapeia o histórico da pessoa, suas necessidades, rede social e de apoio, hipótese diagnóstica, desafios pessoais, potencialidades e projetos de vida. O PTS é revisado regularmente pelo profissional de referência e pelos membros da equipe que trabalham de forma mais consistente com o usuário do serviço. Os membros da equipe apoiam os usuários do serviço de muitas outras maneiras, desde mediar conflitos até acompanhá-los a determinadas reuniões ou atividades.

Cinco grupos de trabalho orientados por direitos apoiam o trabalho do centro, sendo que quatro destes envolvem usuários do serviço. Eles são baseados nos princípios orientadores do CAPS e incluem os grupos de trabalho de Arte e Cultura; de Moradia, responsável pela articulação com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) da região; de Geração de trabalho e renda; de Crise; de [território-comunidade], que identifica e promove vínculos com serviços comunitários e promove iniciativas culturais de inclusão comunitária.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

O centro ajuda os usuários do serviço a exercerem sua capacidade jurídica na vida cotidiana, promovendo a autonomia do indivíduo e a tomada de decisões de maneira independente. O reconhecimento da cidadania e a afirmação dos direitos dos indivíduos são questões centrais para os CAPS. A participação é totalmente voluntária e baseada no princípio da liberdade em primeiro lugar; os indivíduos não podem ser encaminhados ao centro nem receber tratamento sem o seu consentimento.

### ***Práticas não coercitivas***

Evitar de práticas coercitivas é um princípio-chave do modelo de CAPS. O isolamento nunca foi utilizado no CAPS III Brasilândia. Os esforços para evitar práticas coercitivas são sustentados por uma prática diária atenta aos desequilíbrios de poder e suas consequências. Quando ocorrem, o centro identifica soluções. Por exemplo, embora a confidencialidade seja protegida, não há nenhum local no centro que os usuários do serviço não possam entrar ou usar, inclusive a sala dos funcionários e suas instalações.

Todas as estratégias de suporte e cuidado, inclusive o uso de medicamentos, são discutidas e acordadas mutuamente com o indivíduo envolvido. Se algum indivíduo não quiser tomar medicamentos, outras estratégias de cuidado, como visitas domiciliares diárias, ainda podem ser oferecidas. Um indivíduo em crise nunca é encaminhado para outro serviço onde práticas coercitivas possam ser usadas, e o grupo de trabalho Crise está disponível para fornecer suporte adicional, se necessário. No entanto, durante o período de fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020, foi preciso utilizar contenção três vezes, por menos de uma hora em cada vez, e um membro da equipe permaneceu com o indivíduo durante esse período. Após cada ocorrência, o serviço se reuniu para identificar onde e por que o serviço falhou.

### ***Inclusão comunitária***

Em nível individual, os usuários do serviço recebem apoio para identificar ativamente projetos pessoais de inclusão na comunidade no seu PTS. O grupo de trabalho Território-comunidade identifica locais positivos da comunidade, como lanchonetes ou grupos acolhedores, que apoiam a inclusão do indivíduo na comunidade. Em um nível comunitário mais amplo, os membros da equipe do CAPS se envolvem com as pessoas da comunidade para entender a dinâmica social, mapeando os problemas frequentes que mais impactam a vida e a saúde mental das pessoas. Recursos da comunidade (líderes comunitários, parques etc.) são identificados, e parcerias com pessoas e serviços são firmadas para realizar iniciativas de atenção à saúde mental. Os grupos de trabalho do CAPS também realizam um trabalho de conscientização sobre o centro e realizam eventos com o objetivo de reduzir o estigma. Para melhorar o engajamento social, o centro constrói proativamente relacionamentos com comércio, instituições e serviços locais.

### ***Participação***

O serviço realiza uma reunião matinal diária que permite que os usuários discutam o dia seguinte e decidam se as atividades planejadas precisam de ajustes ou se outras atividades seriam mais interessantes. Uma assembleia semanal conta com a participação de aproximadamente 60 pessoas, entre usuários, familiares e profissionais, o que permite que as pessoas expressem seu ponto de vista sobre as práticas e orientações do serviço, identifiquem problemas e encontrem soluções comuns. Essa também é uma oportunidade para lidar com desequilíbrios de poder e discutir problemas sociais comuns, como o estigma e a violência. Os usuários do serviço desempenham um papel ativo de liderança nas reuniões de grupo, que incluem o grupo de ouvidores de vozes e o grupo de suporte de pares. Essas atividades são organizadas pelos usuários do serviço com apoio dos membros da equipe. Os usuários do serviço também podem participar do Conselho Gestor, um grupo de consultoria para decisões de alto nível em políticas públicas desenvolvido em todos os serviços de saúde dentro do SUS.

### ***Abordagem de Recovery***

Ao desenvolver seu PTS pessoal, os indivíduos assumem um papel ativo no desenvolvimento de seu próprio PTS. Eles recebem apoio para identificar suas necessidades e desejos, discutir projetos de vida e pactuar estratégias de cuidado e suporte com responsabilidades compartilhadas. O processo é orientado para os direitos e baseado em valores de desinstitucionalização para empoderar as pessoas a assumir o controle de seu próprio processo de *recovery* e aumentar a participação social (188). O foco ativo e comunitário do CAPS assegura ainda que o processo de cuidado de um indivíduo seja apoiado concretamente fora do centro. Ao criar oportunidades sociais positivas e oferecer suporte para a pessoa no dia a dia, o centro apoia e equipa essa pessoa para viver sua vida ativamente e de forma autônoma na comunidade.

### Avaliação do serviço

Desde 2002, um total de 12.333 pessoas utilizaram o serviço CAPS III Brasilândia. Um estudo de 2009 realizado por Campos et al. constatou que os usuários e suas famílias têm altos níveis de confiança em [serviços do] tipo CAPS III, tanto no apoio a crises quanto na reabilitação psicossocial (189). Em 2020, uma avaliação do CAPS III Brasilândia constatou que os serviços oferecidos são compatíveis com uma abordagem de direitos humanos e orientada para a recuperação (190).

O centro foi avaliado usando o kit de ferramentas de avaliação da iniciativa Direito é Qualidade da Organização Mundial da Saúde (191). Constatou-se que tinha um ambiente confortável e limpo, com aspecto de casa, incluindo um grande espaço ao ar livre. Verificou-se que os indivíduos que usavam o serviço recebiam apoio para sua saúde por meio dos PTS centrados na pessoa, fornecido por uma equipe multidisciplinar e complementados por iniciativas comunitárias. A admissão e o tratamento foram sempre baseados no consentimento esclarecido do indivíduo. A avaliação não encontrou relatos de incidentes de violência ou desrespeito no ano anterior; reclusão e contenção não eram práticas aceitas no serviço e havia processos para evitar seu uso. Reuniões eram realizadas periodicamente para evitar quaisquer casos de abuso. Em observações em primeira mão do serviço, os avaliadores constataram que o grupo de trabalho Crise e a disponibilidade de leitos para pernoite proporcionaram apoio efetivo às pessoas em situação grave. Verificou-se que o serviço também promove a participação na comunidade, inclusive apoiando indivíduos para obterem acesso a moradia, trabalho, e/ou atividades de geração de renda.

### Custos e comparações de custo

Os serviços do CAPS são prestados e financiados pelo SUS, sem [custo] direto para os usuários. Os custos operacionais dos serviços CAPS são absorvidos pelo governo federal (50% a 70% do custo total do serviço), e a quantia restante é coberta pelo município. Em 2020, o CAPS III Brasilândia custou cerca de R\$ 500.000 (aproximadamente US\$ 88.200)<sup>l</sup> por mês, ou R\$ 1.100 (aproximadamente US\$ 200)<sup>p</sup> por usuário por mês. Em comparação, o custo por diária de internação em um hospital psiquiátrico no Brasil é de aproximadamente R\$ 1.200-R\$ 2.400 (US\$ 210-420)<sup>q</sup> (192). Porém, considerando as iniciativas mais amplas do CAPS em promoção e prevenção da saúde mental, incluindo atividades de combate ao estigma e preconceito e apoio à inclusão comunitária, os beneficiários do CAPS são em muito maior número do que aqueles que acessam o serviço diretamente. Esse benefício não é quantificável.

### Mais informações e recursos

#### Site:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=20424](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=20424)

#### Vídeos:

Projeto coletivo de geração de trabalho, renda e valor – Ô da Brasa  
<https://www.youtube.com/watch?v=5v0jki3GaBw&feature=youtu.be>

#### Contatos:

Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental,  
Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, Brasil.  
E-mail [gabinetsaude@prefeitura.sp.gov.br](mailto:gabinetsaude@prefeitura.sp.gov.br)  
Coordenação do CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil.  
E-mail [capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org](mailto:capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org)

<sup>p</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

<sup>q</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

2.3.3

## Phoenix Clubhouse

Região Administrativa  
Especial (RAE)  
de Hong Kong, China



*O Phoenix Clubhouse faz parte de uma grande rede internacional de Clubhouses em todo o mundo ligada à Clubhouse international. Os Clubhouses fornecem apoio vocacional e educacional de base comunitária para pessoas que utilizaram serviços de saúde mental e incorporam um elemento significativo de suporte de pares. São empreendimentos sociais independentes ligados por princípios fundamentais, que incluem o direito de ter um lugar para se reunir, acesso a um trabalho com propósito, relacionamentos com propósito e o direito a ter um lugar para o qual voltar (193).*

### Classificação primária: Centro de saúde mental de base comunitária

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária     Serviços móveis de saúde mental na comunidade     Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise     Serviço de base hospitalar     Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim     Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada     Literatura cinzenta     Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde     Sistema público de assistência social     Seguro saúde  
 Entidades financiadoras     Pagamento direto

## Descrição do serviço

Em funcionamento desde 1998, o Phoenix Clubhouse é um membro de longa data da Clubhouse International, que inclui uma rede de 326 Clubhouses em 36 países (194, 195). Os Clubhouses visam oferecer oportunidades para pessoas com doenças mentais conviverem, trabalharem e aprenderem juntas, ao mesmo tempo em que contribuem com seus talentos por meio de uma comunidade de apoio mútuo. Ajudam as pessoas a ficarem fora dos hospitais enquanto atingem objetivos sociais, financeiros e vocacionais (196). Todos os Clubhouses realizam um programa formal de credenciamento e aderem a normas internacionais (International Standards for Clubhouse Programs™) (197). Essas normas de melhores práticas incluem todos os aspectos de funcionamento do Clubhouse, o que inclui o processo de participação, estrutura física, localização, funcionamento diário, acesso ao trabalho e à educação, financiamento e governança. A Clubhouse International oferece um programa abrangente de formação profissional que oferece uma abordagem uniforme de funcionamento para os Clubhouses, administrada em 12 centros de formação autorizados ao redor do mundo. Em 2016, o Phoenix Clubhouse tornou-se uma Base Internacional de Treinamento do Clubhouse (198) e já treinou 21 organizações, das quais um quarto recebeu acreditação plena até o momento (199).

Um fato de grande importância para o modelo de Clubhouse é que as pessoas que utilizam o serviço são consideradas membros, em vez de usuários do serviço. A participação no Clubhouse pode ser vitalícia. Isso promove um senso de pertencimento e compromisso de longo prazo nas pessoas que usam o Clubhouse. Os membros mais antigos do Clubhouse são aptos a apoiar membros mais recentes em



sua trajetória. Os membros do Phoenix Clubhouse são pessoas com problemas de saúde mental ou deficiência psicossocial entre as idades de 18 e 64 anos, que foram encaminhados por psiquiatras do Queen Mary Hospital ou psiquiatras particulares. Não há critérios de exclusão, a menos que a pessoa seja considerada uma ameaça significativa no momento. Atualmente, o serviço conta com cerca de 600 membros, dos quais 150 são membros ativos, ou seja, usam o serviço pelo menos uma vez por mês. Em média, 54 pessoas comparecem ao Clubhouse diariamente (200).

O Phoenix Clubhouse emprega nove funcionários. Três são profissionais transferidos do Departamento de Terapia Ocupacional do Queen Mary Hospital, e seis são funcionários gerais com experiência relacionada à assistência ou à administração. Um grupo de voluntários também apoia o trabalho do Clubhouse, ajudando na formação interna e nos programas sociais.

O programa do Phoenix Clubhouse gira em torno de um dia ordenado pelo trabalho, permitindo que os membros trabalhem junto dos funcionários em tarefas essenciais para o funcionamento diário do clube, adquirindo assim importantes habilidades vocacionais e educacionais (201). Os membros participam de decisões baseadas em consenso sobre todos os aspectos importantes do funcionamento do serviço. Oportunidades de emprego remunerado no mercado de trabalho local são criadas por meio de um programa estruturado de reabilitação vocacional, que inclui um Programa de Emprego de Transição (um emprego de meio período e de nível inicial acompanhado de perto pelo pessoal do clube); um Programa de Emprego Apoiado que oferece emprego em tempo parcial ou integral com suporte local e externo; e Emprego Independente. O serviço também oferece oportunidades de educação com apoio. Programas sociais e recreativos são organizados à noite, nos fins de semana e nos feriados, além de oferecer programas educativos sobre bem-estar e estilo de vida saudável. Por último, o Clubhouse oferece auxílio para a obtenção de moradia segura, decente e economicamente acessível, dependendo da necessidade.

Serviços de atenção psicossocial não são fornecidos no Clubhouse em si, mas os funcionários ajudam os membros a criar um plano pessoal de *recovery* e, mediante solicitação, ajudam a organizar reuniões com psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e quaisquer outros estabelecimentos de saúde relevantes, como unidades básicas de saúde (202). O serviço facilita o acesso à atenção imediata de saúde mental e a outros serviços de saúde, caso necessário.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

A adesão ao Phoenix Clubhouse é voluntária e sem limite de tempo. O serviço promove uma cultura na qual os membros estão em controle e suas opções são plenamente respeitadas. Embora os membros sejam incentivados a trabalhar, não há atividades, regras ou contratos obrigatórios, e os membros nunca são forçados a trabalhar. Muitas vezes os membros optam por receber ajuda de outros membros e dos funcionários nas decisões sobre sua vida, com base em relações de confiança que se desenvolvem naturalmente. Os membros também são apoiados nas suas interações com equipes clínicas do sistema público de saúde mental fora do Clubhouse. Todos os planos de *recovery*, diretivas antecipadas e observações da equipe são capturados eletronicamente e podem ser compartilhados. Os membros são livres para discordar das observações contidas nesses documentos e registrar essas discordâncias.

### ***Práticas não coercitivas***

A cultura do Clubhouse enfatiza relações positivas entre membros e funcionários, com a ideia de que eles são como amigos, colegas, irmãos ou mentores. Nunca se utiliza a força; não há isolamento ou contenção. Métodos de mediação e desescalada são usados quando necessário, e os funcionários são treinados em gerenciamento de crises. Os membros podem decidir livremente se tomarão a medicação

prescrita ou receberão tratamento, como aconselhamento e psicoterapia. Os funcionários exploram os prós e os contras das intervenções com os membros e discutem como manejar o quadro e evitar recaídas. Qualquer decisão de internar alguém involuntariamente no hospital é feita pelos funcionários do Pronto-Socorro, e não envolve funcionários nem membros do Clubhouse.

### ***Inclusão comunitária***

O modelo Clubhouse promove fortemente o envolvimento na comunidade. Os membros vivem na comunidade e o Phoenix Clubhouse os apoia para acessar recursos da comunidade, incluindo serviços sociais e de saúde, atividades recreativas, clínicas de bem-estar e medicina chinesa, programas de educação universitária e educação para adultos, bem como oportunidades de emprego com empresas e outros empregadores locais. Os membros também recebem informações sobre os direitos dos trabalhadores com deficiência, sobre o salário mínimo definido por lei e sobre a discriminação contra pessoas com deficiência. Além disso, recebem aconselhamento sobre questões financeiras e têm assistência social à sua disposição. Os funcionários também oferecem apoio para encontrar moradia; no entanto, as decisões sobre onde e com quem morar são sempre tomadas pelos próprios membros.

### ***Participação***

Todas as reuniões do Clubhouse são abertas tanto para membros quanto para funcionários. A responsabilidade pelo funcionamento do Clubhouse também recai sobre os membros e funcionários (197). Os membros estão envolvidos em todas as decisões sobre políticas, programas e serviços do Clubhouse, bem como no planejamento das futuras direções do Clubhouse. Eles participam da contratação de novos funcionários e da avaliação do seu trabalho. Os membros também integram o Comitê Consultivo e todos os comitês de trabalho.

### ***Abordagem de Recovery***

Os Clubhouses são construídos com base na crença de que cada membro tem o potencial de se recuperar e levar uma vida pessoalmente satisfatória como membro integrado à sociedade, conforme sua própria vontade e decisões (203). O modelo de Clubhouse está centrado fortemente em atividades significativas, como trabalho, educação e capacitação. Ele promove um senso de comunidade, no qual os membros ajudam a si mesmos e a outros na conquista de suas metas (204). No Phoenix Clubhouse, há uma forte ênfase na escolha, e cada membro recebe ajuda ativa para identificar e buscar oportunidades de recuperação nas áreas de amizade, trabalho compartilhado, atenção à saúde, educação, emprego, bem-estar e participação comunitária mais ampla. Há um foco deliberado nos pontos fortes das pessoas, em vez de seus sintomas (205, 206).

## **Avaliação do serviço**

Existe uma extensa literatura de pesquisa internacional sobre o modelo Clubhouse. Uma revisão abrangente da literatura constatou benefícios em termos de emprego, taxas de hospitalização, qualidade de vida/satisfação, relações sociais, educação e atividades de promoção da saúde (194). O Phoenix Clubhouse avalia a própria eficácia anualmente por meio de pesquisas internas. A pesquisa interna de satisfação realizada em 2019 constatou que 84% dos associados se sentiam muito satisfeitos ou satisfeitos com o Clubhouse. A proporção de membros ativos com um emprego fora do clube aumentou significativamente nos últimos 18 anos. Em 2001, 72% dos membros ativos estavam envolvidos em trabalhos externos ([Leung F], [Phoenix Clubhouse], dados não publicados, [2001]), enquanto em 2019, esse número subiu para 92% ([Leung F], [Phoenix Clubhouse], dados não publicados, [2019]).

Em uma pesquisa interna do Queen Mary Hospital como um todo em 2014, o Clubhouse foi elogiado por representar um avanço extraordinário nas áreas de inclusão das pessoas que utilizam o serviço,

cuidados continuados e inclusão dos usuários do serviço, dos cuidadores e da comunidade, no planejamento, prestação e avaliação dos serviços ([Leung F], [Phoenix Clubhouse], comunicação pessoal, [2020]). O *feedback* positivo contínuo reforçou o apoio da gestão do hospital ao financiamento contínuo do programa.

### **Custos e comparações de custo**

Mediante uma taxa fixa de HK\$ 60 por dia (aproximadamente US\$ 8), qualquer pessoa tem acesso a todos os serviços de saúde mental oferecidos pelo sistema de saúde mental da RAE de Hong Kong, inclusive o Phoenix Clubhouse e todos os seus programas. Porém, os membros do Phoenix Clubhouse não pagam essa taxa se estiverem usando somente o Clubhouse e nenhum outro serviço do sistema de saúde mental. Os membros que não podem pagar a taxa podem solicitar a assistência da Previdência Social e outras isenções de taxas de hospital-dia. Aproximadamente 85% das pessoas que frequentam o Phoenix Clubhouse fazem uso desses benefícios. O Phoenix Clubhouse conta com apoio financeiro do Queen Mary Hospital e da Universidade de Hong Kong. O Queen Mary Hospital, como corpo diretivo, financia todo o orçamento operacional, incluindo os custos com pessoal. Os custos com pessoal são de aproximadamente HK\$ 2.900.000 (aproximadamente US\$ 373.000) por ano, e o custo total das operações é de cerca de HK\$ 140.000 (aproximadamente US\$ 18.000)<sup>r</sup> por ano.

## Mais informações e recursos

### **Site:**

Hong Kong Phoenix Clubhouse, <http://www.phoenixclubhouse.org/>  
Clubhouse International, <https://clubhouse-intl.org/>

### **Vídeos:**

Clubhouse International, histórias de membros (disponível em inglês):  
<https://clubhouse-intl.org/news-stories/videos/>

### **Contato:**

Francez Leung, diretor do Phoenix Clubhouse,  
Terapeuta Ocupacional I,  
Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional,  
Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong, China.  
E-mail: [lsy113@ha.org.hk](mailto:lsy113@ha.org.hk)  
Joel D. Corcoran, Diretor Executivo,  
Clubhouse International USA.  
E-mail: [jdcorcoran@clubhouse-intl.org](mailto:jdcorcoran@clubhouse-intl.org)

<sup>r</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

---

## 2.4 Serviços de suporte de pares em saúde mental

---

Os serviços de suporte de pares em saúde mental consistem em sessões de apoio individuais ou em grupo fornecidas por pessoas com a experiência vivida a outras que desejam se beneficiar de sua experiência e apoio. O propósito é apoiar as pessoas nos aspectos que considerem importantes para a própria vida e *recovery*, sem julgamentos e pressuposições.

Como especialistas por experiência, essas pessoas, em razão de seu conhecimento em primeira mão e experiência, são capazes de estabelecer uma conexão e um relacionamento especial com aquelas que estão passando por um período difícil. Assim, atuam como ouvintes compassivos, educadores, coaches, defensores, parceiros e mentores. Os serviços destacados na seção subsequente são administrados e dirigidos por pessoas que são especialistas por experiência. A participação no suporte de pares é sempre baseada na escolha e no consentimento livre e esclarecido, e as pessoas que recebem esse tipo de apoio não têm nenhuma obrigação de continuar o apoio oferecido, permitindo que decidam de acordo com a própria vontade, preferência e necessidades identificadas por elas mesmas.

A estrutura e organização dos serviços de suporte de pares variam muito de acordo com o contexto. Esses serviços também variam em termos do escopo das atividades oferecidas, que vão desde apoio emocional, ajuda para que as pessoas compreendam suas experiências, apoio no acesso a benefícios sociais e outras oportunidades, e atividades destinadas a promover a inclusão social até o trabalho de *advocacy* e conscientização. Em geral, os serviços de suporte de pares facilitam a criação de redes de apoio social que de outro modo poderiam não ser possíveis.

O suporte de pares é considerado um pilar central no *recovery* de muitas pessoas. Baseia-se na importante premissa de que o significado de *recovery* pode ser diferente para cada um e que as pessoas podem obter enormes benefícios com o compartilhamento de experiências e por serem ouvidas, respeitadas e apoiadas para encontrar significado em suas experiências e um caminho para a recuperação adequado a elas que, por fim, possibilite uma vida plena e gratificante. Embora os muitos serviços de suporte de pares existentes em todo o mundo valorizem a promoção da esperança, o compartilhamento de experiências e o empoderamento, os exemplos de serviços com boas práticas apresentados neste documento também adotam medidas ativas para evitar práticas coercitivas e assegurar o respeito à capacidade jurídica dos participantes do suporte de pares.

2.4.1

## Grupos de suporte de ouvidores de vozes



*Grupos de ouvidores de vozes (GOV) juntam pessoas que ouvem vozes em reuniões de grupo com suporte de pares que procuram ajudar aqueles com experiências semelhantes a explorar a natureza das vozes, seus significados e, finalmente, aceitá-las. Os GOV estão se tornando cada vez mais populares, pois a supressão de vozes usando medicamentos e outras intervenções nem sempre é eficaz (207-210). Os efeitos colaterais dos medicamentos também são graves, com taxas de não adesão de até 50% (211-213).*

### Classificação primária: Suporte de pares

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto  Outro<sup>o</sup>

## Descrição do serviço

O Movimento de Ouvidores de Vozes (MOV), cujos princípios formam a base dos GOV, teve início nos Países Baixos, nos últimos anos da década de 1980. Surgiu de uma colaboração entre um psiquiatra holandês, um pesquisador e um ouvidor de vozes, bem como outros indivíduos com experiência vivida em ouvir vozes (214). O movimento agora tem redes nacionais em 30 países (215, 216). Alguns grupos são co-fundados por profissionais e estreitamente alinhados com serviços de saúde mental, enquanto outros são iniciados independentemente por ouvidores de vozes (217). Os grupos são organizados em redes locais e nacionais que oferecem suporte, assessoria e orientação para novos grupos, sem estrutura hierárquica. A Rede Inglesa de Ouvidores de Vozes elaborou um manifesto para os grupos filiados a ela (218), e a Rede de Ouvidores de Vozes nos EUA revisou e ampliou esse manifesto com a inclusão dos últimos avanços em GOV (219). A Interoice também conecta pessoas, compartilha ideias, destaca iniciativas inovadoras e incentiva pesquisas de alta qualidade sobre ouvir vozes (215).

Um grande número de GOV existe em todo o mundo, desde os EUA até a Austrália e Hong Kong (220), e mais recentemente em países como Uganda. Embora muitos operem de forma independente, há exemplos de grupos apoiados por ONGs, como o Voice Collective, administrado pela Mind, uma instituição filantrópica de saúde mental do Reino Unido (221). É um projeto em Londres para apoiar jovens (de 12 a 18 anos) que ouvem vozes.<sup>s</sup>

<sup>s</sup> Os recursos para os grupos de ouvidores de vozes podem ter diferentes origens, de acordo com o grupo, incluindo doações, cobrança de pequenos valores e financiamento por serviços de saúde.

Em Hong Kong, a organização New Life (222) administra seis GOV em seus centros e casas. Diferentes visões de mundo sociais e culturais moldam a maneira como as vozes são vivenciadas e interpretadas, e essa variação transcultural na experiência de ouvir vozes vai ao encontro dos princípios centrais do MOV, que celebra a diversidade (223, 224).

Um importante princípio do MOV é que a saúde é um processo fundamentalmente social, cultural e político (216, 225), e que ouvir vozes é uma parte normal da experiência humana (226-228). Respeita-se a diversidade de ideias sobre as origens das vozes, sejam biológicas, psicológicas, espirituais ou mesmo paranormais, e seu significado (229, 230). Os membros devem ter uma atitude intencionalmente não julgadora, para que as pessoas possam lidar com experiências e memórias emocionalmente dolorosas (229, 231).

Outro princípio basilar do MOV é que a melhor maneira de explicar a experiência de ouvir vozes é a referência a eventos da vida e narrativas interpessoais. De fato, o fenômeno de ouvir vozes como resposta a eventos traumáticos da vida, especialmente desde a infância, está bem documentado na literatura (232-234). Às vezes as vozes são confusas, angustiantes e debilitantes; no entanto, os ouvintes de vozes geralmente querem entender de onde elas vêm (235, 236). Embora as vozes possam atacar a identidade da pessoa, elas também podem ser vistas como uma forma de preservar a identidade ao articular e dar corporeidade à dor emocional (216, 237).

Ao contrário de outras abordagens de suporte de pares, as reuniões dos GOV não seguem um formato padrão. Incentiva-se o desenvolvimento independente de grupos locais. Alguns acolhem apenas ouvintes de vozes, enquanto outros estão abertos a pessoas que têm visões, experiências que seriam tipicamente consideradas psicóticas ou outras formas de sofrimento mental (217, 238). Profissionais ou familiares podem ingressar em alguns GOV; outros grupos admitem apenas mulheres, jovens (239) ou integrantes de comunidades específicas, como judeus ortodoxos, negros e minorias étnicas ou sul-asiáticos.

As reuniões do grupo são realizadas em várias instalações comunitárias, desde bibliotecas e centros de artes até estabelecimentos de saúde mental, prisões e unidades de internação psiquiátrica (240). A maioria dos GOV se reúne semanalmente ou quinzenalmente como grupos abertos; a frequência é informal e não há limitação de tempo (241, 242). Alguns grupos organizam apenas discussões informais, enquanto outros convidam palestrantes ou organizam passeios ou atividades em grupo (217). Juntamente com discussões informais, as sessões podem incluir exercícios ou planilhas, como o Maastricht Interview Schedule (243). As vozes também podem ser exploradas por meio de obras de arte, peças ou dramatizações, e diferentes estruturas explicativas e estratégias de enfrentamento podem ser discutidas.

Alguns ouvidores de vozes e profissionais recebem treinamento para montar, administrar e facilitar grupos (244). Geralmente, os grupos são facilitados por duas pessoas ou mais, e pelo menos uma deve ter experiência vivida de ouvir vozes. Os facilitadores organizam as reuniões e mantêm o foco da discussão, mas não lideram nem atuam como terapeutas. Os grupos incentivam os ouvintes a desenvolver sua própria compreensão, para que possam reivindicar a posse das vozes que ouvem e reconstruir relacionamentos com elas em um espaço seguro. Nesse contexto, o apoio e a colaboração dos pares são empoderadores, especialmente para aqueles que passaram a ver o fenômeno de ouvir vozes como um tabu.

A curiosidade sobre ouvir vozes é incentivada nos GOV. Através do perfil de voz, uma imagem completa das vozes de uma pessoa pode ser criada pelos membros, fazendo perguntas uns aos outros; explorando, por exemplo, o que as vozes dizem, o tom que usam, o número de vozes diferentes, se são masculinas ou femininas, como a pessoa se sente ao ouvir as vozes e qual finalidade a pessoa pensa que elas servem (234).

## Princípios básicos e valores do serviço

### **Respeito à capacidade jurídica**

Os GOV são totalmente voluntários. Nunca são impostos nem atuam de maneira a comprometer a capacidade jurídica das pessoas. A finalidade dos GOV em última instância é empoderar o ouvitor de voz, tornando-o capaz de articular a própria compreensão das vozes e decidir, depois de esclarecido, se deseja tratamento medicamentoso e psicoterapia.

### **Práticas não coercitivas**

O comparecimento e a participação nos GOV são sempre voluntários, e não existem práticas coercitivas. Os GOV não encaminham as pessoas para tratamento em outro lugar contra sua vontade, nem a serviços onde possa haver coerção.

### **Inclusão comunitária**

Embora as pessoas possam receber orientação e sugestões nas reuniões, os GOV não participam diretamente de atividades para encontrar trabalho, educação ou moradia para os membros.

### **Participação**

O *éthos* dos grupos e do movimento como um todo é de participação e suporte de pares. Muitas pessoas consideram favorável a experiência de outros perguntarem sobre as vozes que elas ouvem. Também importante, a pessoa pode ser capaz de identificar as circunstâncias que tendem a desencadear as vozes, o que aumenta seu controle sobre a experiência. Uma pessoa relatou que a participação no GOV a ajudara a desenvolver um vocabulário para descrever as próprias experiências. Essa transformação e os processos associados são explicados por um modelo de três fases criado por Hornstein, Putnam e Branitsky (2020) (229).

### **Abordagem de Recovery**

Os princípios centrais dos GOV estão intimamente ligados à abordagem de *recovery*, incluindo os processos de conectividade, esperança, identidade, significado na vida e empoderamento, conforme identificados na literatura (76, 231). Os GOV ajudam a pessoa a desenvolver a própria estrutura de compreensão, estabelecer as próprias metas e objetivos em relação às vozes e gerar esperança por meio do suporte de pares. Evita-se a terminologia medicalizante como “alucinações auditivas”, “delírios” e “sintomas”. Indo além, muitos membros dos GOV rejeitam até mesmo o conceito de *recovery*, alegando que suas vozes são uma parte essencial de sua personalidade, não um sintoma de doença da qual precisam melhorar.

## Avaliação do serviço

Avaliar GOV é difícil porque os benefícios não podem ser capturados usando escalas de classificação clínica padrão (245, 246). De fato, a maioria dos GOV se vê como grupos sociais e não como grupos de terapia tradicionais (218).

No entanto, um estudo constatou que a duração das internações hospitalares, assim como a frequência e a potência das vozes, diminuíram significativamente após a participação nas reuniões do GOV (247). Outros estudos também mostraram que os participantes encontram apoio que muitas vezes não está disponível em outros lugares, o que pode reduzir o isolamento e melhorar a autoestima, o funcionamento social, a capacidade de enfrentamento e a esperança, ao mesmo tempo em que fortalece os laços com amigos e familiares (248). Em outros estudos, as pessoas relataram uma melhor compreensão



de suas experiências de ouvir vozes e uma maior capacidade de articular o relacionamento com suas vozes para os outros (249, 250). Por exemplo, um entrevistado disse: “Eu compreendo o que são as vozes e de onde vêm, consegui enfrentá-las melhor e, à medida que comecei a me sentir melhor e elas diminuíram, a vida melhorou muito, pois não ouço essas vozes o tempo todo” (231).

Os benefícios podem ser acumulados de forma incremental. O maior estudo sobre GOV constatou que as pessoas inicialmente passam por um processo de descoberta em relação a outros ouvintes de vozes e diferentes maneiras de entender vozes, depois começam a explorar maneiras de ressignificar sua própria experiência para dar sentido a ela. Por fim, o grupo serve de laboratório para modificar as relações fora do grupo (251). Nas palavras de um entrevistado: “Foi como levantar o véu, porque eu ouvi alguém expressar esses sentimentos e pensei... Sei que é anormal, mas ao mesmo tempo parece haver uma espécie de normalidade nisso” (251).

Enquanto muitas pessoas que frequentam GOV continuam a usar medicação psiquiátrica, outras reduziram ou diminuíram completamente tal uso (229, 241). É importante ressaltar que o uso de serviços hospitalares e de atenção à crise foi reduzido (229).

As reuniões de grupo podem ser angustiantes, especialmente se houver a chamada “revanche” das vozes (252). No entanto, isso não diminuiu os benefícios do comparecimento, talvez por dar às pessoas um ambiente onde podem falar sobre material angustiante sem serem julgadas ou patologizadas.

### **Custos e comparações de custo**

Os recursos para os grupos de ouvintes de vozes têm diferentes origens, de acordo com o grupo, incluindo doações, cobrança de pequenos valores e financiamento por serviços de saúde. Os custos são mínimos além do aluguel de um espaço semanal de reunião e uma possível remuneração do facilitador. Os grupos podem ser apoiados por serviços de saúde mental e ONGs. Os GOV são gratuitos para as pessoas que participam deles, exceto no Japão, onde há uma pequena taxa de adesão (253).

## Mais informações e recursos

### Site:

<http://www.hearing-voices.org/>

### Vídeos:

Beyond Possible, How the Hearing Voices Approach Transforms Lives

<http://beyondpossiblefilm.info/>

Eleanor Longden, The voices in my head, TED2013.

[https://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head?language=en](https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en)

### Contatos:

Gail Hornstein, Professora de Psicologia, Mount Holyoke College (MA), EUA.

Email: [gh@gailhornstein.com](mailto:gh@gailhornstein.com); [ghornste@mtholyoke.edu](mailto:ghornste@mtholyoke.edu)

Olga Runciman, Bestyrelsesmedlem, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, Dinamarca.

E-mail: [orunciman@gmail.com](mailto:orunciman@gmail.com)

2.4.2

# Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi

USP Quênia



*Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria no Quênia (USP-K) é uma organização nacional para associados que implanta grupos de suporte de pares (254) para reunir pessoas com deficiências psicossociais e problemas de saúde mental, em um marco explícito de direitos humanos e advocacy. Seu objetivo é apoiar, promover e defender os direitos dos indivíduos de viver e trabalhar como membros integrantes de suas comunidades (255, 256).*

## Classificação primária: Suporte de pares

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

A USP-K é uma organização abrangente que fornece grupos de suporte de pares no Quênia como uma de suas atividades básicas, que também incluem treinamento em direitos humanos, autodefesa, resposta a crises e meios de subsistência, além de fornecer informações aos membros sobre benefícios sociais e oportunidades de financiamento e subsídios.

Desde a sua criação em 2012, os grupos de suporte de pares da USP-K se expandiram para 13 grupos em seis condados do Quênia. Os grupos de suporte de pares filiados à USP-K reúnem pessoas que se autoidentificam como usuárias de serviços de saúde mental, sobreviventes da psiquiatria e pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais. Os grupos de suporte são registrados formalmente no Ministério do Trabalho e Proteção Social e no Conselho Nacional para Pessoas com Deficiência. Cuidadores também podem participar dos grupos, mas pelo menos 70% dos membros de qualquer grupo de suporte de pares devem ter experiência vivida.

Embora o USP-K gerencie muitos grupos, o Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi foi selecionado como modelo para ilustrar o funcionamento dos grupos do USP-K, principalmente por causa da disponibilidade de dados de avaliação.

O grupo de apoio de pares de Nairóbi oferece um espaço para pessoas com experiência vivida se reunirem. Elas trabalham dentro de um contexto social e de respeito aos direitos humanos que promove a não discriminação, a inclusão e participação plena e efetiva, o respeito à dignidade inerente de cada ser humano, a autonomia individual; aí incluída a liberdade individual de escolher e cometer erros, e a igualdade de gênero.

Cada encontro é dividido em várias sessões. Em primeiro lugar, uma sessão informal oferece suporte psicossocial de pares; em seguida, uma sessão estruturada lida com os objetivos de *advocacy* do grupo; e, depois, as sessões de discussão abordam questões mais delicadas. Participantes externos, incluindo profissionais, podem ser convidados por membros do grupo. Em média, 25 membros participam de cada encontro mensal, que pode durar cerca de quatro horas.

Normalmente, um membro da equipe do USP-K e um voluntário participarão de cada reunião do grupo de suporte de pares para dar as boas-vindas aos novos membros e fornecer atualizações, conselhos sobre deficiência e problemas de saúde mental. Também podem dirigir a discussão se necessário – trazê-la de volta para a perspectiva dos direitos humanos e o modelo social de deficiência, por exemplo.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

O modelo do Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi destaca-se por seu foco explícito nos direitos humanos e um modelo social da deficiência. Por exemplo, os membros recebem treinamento sobre a CDPD e os ODS, bem como sobre como aplicar os principais princípios de direitos humanos à vida cotidiana. Essa abordagem apoia as pessoas no exercício do direito de tomar as próprias decisões e de ter essas decisões respeitadas pelos outros. Os membros são incentivados a participar regularmente das reuniões do grupo de suporte de pares, para promover relacionamentos próximos, mas podem entrar e sair do grupo sem aviso prévio. Um indivíduo pode trazer um dilema para o grupo, como escolher um tratamento médico, e outros membros são incentivados a compartilhar suas experiências, aprendizados e conhecimentos sobre o tema. As pessoas aprendem a ter suas escolhas respeitadas, mesmo quando estão em desacordo com os conselhos de outros membros. O grupo às vezes ajuda os membros a criar diretivas antecipadas informais – mesmo que não sejam reconhecidas pela lei queniana.

### ***Práticas não coercitivas***

O Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi da USP-K promove ativamente as práticas não coercitivas. Os grupos identificam e promovem o uso de facilitadores pares, assistentes sociais e trabalhadores comunitários capazes de desescalar qualquer crise que ocorra na comunidade para evitar o uso de métodos coercitivos. O grupo também pode acessar um banco de dados de profissionais que receberam treinamento do USP-K sobre como usar uma abordagem baseada em direitos humanos para a saúde mental. Se uma pessoa tiver uma crise durante uma reunião, o facilitador de pares lidera a resposta de apoio e respeita as preferências da pessoa em crise. Em emergências, como uma tentativa de suicídio, os riscos imediatos para o indivíduo são abordados primeiro e, na primeira oportunidade possível, os desejos da pessoa são respeitados.

### ***Inclusão comunitária***

Os membros do grupo de suporte de pares de Nairóbi contam com apoio para uma ampla gama de questões, incluindo proteção social, acesso a isenções fiscais e programas de capacitação econômica. O grupo ajuda os membros a solicitar auxílio-deficiência e outros direitos, incluindo subsídios para educação, subsídios para ferramentas de trabalho e isenções das taxas de transações do mercado local para pessoas que estão trabalhando na informalidade (257). Com o consentimento do membro, o grupo de suporte pode se envolver com as famílias em reconhecimento do papel desta como estrutura de apoio natural para a maioria das pessoas. Se o indivíduo não consentir, mas a família for a fonte do problema, o grupo pode consultar as estruturas da comunidade local, como os anciãos da aldeia.

## Participação

O Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi é liderado e gerenciado por membros. Os facilitadores do grupo são indicados diretamente pelos membros e dentre eles, e, com treinamento, espera-se que incentivem os indivíduos a desenvolver e enxergar uma nova narrativa de si mesmos além de seu diagnóstico. Os facilitadores ajudam a construir conexões entre os membros e cuidadores, profissionais de saúde mental, voluntários de saúde da comunidade e assistentes sociais. O grupo define seus próprios objetivos de *advocacy* para questões relevantes e pode realizar campanhas de divulgação e comunicação, com o apoio da organização USP-K como um todo. A cada ano, por votação secreta, o grupo elege um presidente, tesoureiro e secretário, juntamente com três membros do comitê. Um comitê de resolução de disputas eleito pelos membros ajuda a resolver conflitos e reclamações dentro do grupo, ou entre um membro e sua família, especialmente em questões que envolvem abuso ou negligência.

## Abordagem de Recovery

Os membros do Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi compartilham suas experiências e informações e fornecem suporte uns aos outros para lidar com quaisquer desafios ou decisões que possam estar enfrentando. O grupo estimula o aprendizado, o questionamento e a autorreflexão. Os membros também compartilham e incentivam uns aos outros a experimentar diferentes estratégias de enfrentamento ou tomada de decisão (258). As discussões são realizadas dentro de um espaço seguro e construtivo, o que permite que os membros recuperem a voz e compreendam suas experiências, ainda mais importante no caso de pessoas que se acostumaram a ser receptoras passivas de tratamento ou suporte. Ver como outras pessoas com diagnóstico ou situação de vida semelhante estão no controle da própria vida é encorajador para muitos membros, assim como o apoio que os voluntários oferecem além das reuniões. Isso pode incluir acompanhamento no hospital, disponibilidade durante uma crise e ajuda nas tarefas da vida diária. Por exemplo, se alguém precisa de ajuda só para sair da cama, um voluntário pode ligar para um membro em um determinado horário todas as manhãs. Finalmente, os membros mencionam o valor de poder cometer erros, como qualquer outra pessoa. Um membro do Grupo de Suporte de Pares relatou: “Estou crescendo. Estou mudando. A história que conto a meu respeito está mudando” (258).

## Avaliação do serviço

Uma pesquisa qualitativa independente sobre o Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi envolveu observações de reuniões dos grupos de suporte de pares, discussões de grupos focais e entrevistas com cuidadores e funcionários do USP-K. O estudo constatou que os grupos de suporte de pares e os membros promoveram especificamente a agência e a autonomia dos membros, e que, por meio das discussões de grupo e de pares, os membros começaram a “recuperar sua voz e se tornar mais assertivos” (258).

Os membros também relataram ter sido inspirados a retornar à escola ou abrir um negócio depois de conhecer um colega que tomou medidas semelhantes. Os membros foram incentivados a desafiar relacionamentos com desequilíbrios de poder insatisfatórios, como com profissionais médicos que tomam decisões de tratamento sem consultá-los. O estudo constatou que as pessoas recebem suporte para planejar respostas a uma possível situação de crise de saúde mental de tal forma que sua vontade e preferências sejam reconhecidas por outras pessoas. Os membros falaram sobre a maior frequência de “situações em que levantaram a voz em defesa própria, quando antes teriam permanecido em silêncio” (258).

### **Custos e comparações de custo**

A organização central USP-K fornece financiamento inicial para novos grupos nos primeiros dois a três anos. Também presta apoio técnico aos grupos por meio de treinamento sobre temas como direitos humanos, defesa dos próprios direitos e interesses, resposta a crises e subsistência. Ajuda os grupos a acessar informações e financiamento governamental para as próprias operações do grupo, bem como para membros individuais, como subsídios para atividades que abordam estigma e discriminação, empoderamento econômico ou verbas específicas para mulheres ou jovens (257). A Open Society Initiative for East Africa (OSIEA) fornece US\$ 30.000 por ano ao USP-K e US\$ 26.000 por ano ao Conselho Nacional para Pessoas com Deficiência (NCPWD). Em 2016, o setor de assistência social do governo queniano também contribuiu recursos.

Financeiramente, cada grupo USP-K individual opera de forma independente. O custo anual do Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi é de aproximadamente US\$ 4.000, o que inclui o local, os facilitadores e custos de *advocacy*. O pessoal da USP-K recebe salário, e os voluntários, uma ajuda de custo mensal. Financiamento e empréstimos adicionais são fornecidos por ONGs, incluindo a Cruz Vermelha e Basic Needs, bem como organizações religiosas e instituições bancárias.

### **Mais informações e recursos**

#### **Site:**

<https://www.uspkenya.org/peer-support-groups/>

#### **Outros:**

The Role of Peer Support in Exercising Legal Capacity, USP Kenya (2016):

<https://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>

#### **Contatos:**

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

Email: [michael.njenga@uspkenya.org](mailto:michael.njenga@uspkenya.org)

Elizabeth Kamundia, vice-diretora,  
Conselho de Pesquisa, Advocacy e Sensibilização,  
Comissão Nacional de Direitos Humanos do Quênia.

E-mail: [ekamundia@knchr.org](mailto:ekamundia@knchr.org);  
[elkamundia@gmail.com](mailto:elkamundia@gmail.com)

2.4.3

## Suporte de Pares do Sudeste de Ontário

Ontário, Canadá



**Suporte de Pares do Sudeste de Ontário (PSSEO) oferece suporte de pares 1:1 com base em um modelo de transição para a alta (MTA), com a finalidade de apoiar as pessoas no seu retorno à comunidade após uma internação psiquiátrica. Nesse modelo, os trabalhadores de suporte de pares têm um papel importante na oferta de apoio e conexão com serviços de base comunitária conforme as necessidades de apoio indicadas pela pessoa (259). Com esse suporte, as pessoas não precisam esperar semanas ou meses após a alta para ter acesso ao apoio comunitário. Ajuda também a evitar a reinternação, que é mais provável no primeiro ano depois da alta (260, 261).**

### Classificação primária:

Suporte de pares

### Outras classificações:

Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

Sim  Não

### Base de evidências:

Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

### Financiamento:

Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

## Descrição do serviço

O PSSEO oferece suporte de pares em cinco hospitais diferentes no sudeste de Ontário, incluindo o Hospital Providence Care, em Kingston<sup>t</sup>, onde o serviço é oferecido em quatro unidades de internação de saúde mental (incluindo a unidade forense), cada uma com capacidade para até 30 pessoas. O serviço de suporte de pares fornecido consiste em grupos semanais de suporte de pares e apoio individualizado para pessoas após a saída do hospital. Os pares atuam como uma ponte de apoio desde o momento da alta de uma pessoa até seu primeiro contato com serviços de saúde mental na comunidade ou sua primeira consulta ambulatorial. Eles fornecem mais assistência, amizade e suporte por até um ano após a alta.

O suporte de pares da PSSEO está solidamente integrado à rotina diária do Providence Care. O mesmo trabalhador de suporte de pares visita as unidades de saúde mental um dia na semana para liderar um grupo de apoio de pares e para conhecer e interagir com pessoas que começaram recentemente a receber tratamento e cuidados no hospital. O trabalhador de suporte de pares informa as pessoas recém-admitidas a respeito dos serviços de suporte de pares oferecidos pelo PSSEO, fornecendo material informativo, detalhes de contato e um convite para participar do programa do MTA e do grupo

<sup>t</sup> O Providence Care é um hospital público que integra programas de saúde mental e psiquiatria a longo prazo com reabilitação física, cuidados paliativos e manejo clínico de alta complexidade.



semanal de suporte de pares. Durante as reuniões do grupo, que se destinam a ser um ambiente aberto e convidativo para todos os interessados, o trabalhador de suporte de pares apresenta o suporte individual como parte do MTA e convida os participantes interessados a marcar uma reunião para iniciar um processo de alinhamento com um trabalhador de suporte de pares antes da alta.

Quando uma pessoa manifesta interesse, o trabalhador de suporte de pares do PSSEO no Providence Care marca uma reunião com essa pessoa para iniciar o processo de alinhamento com um colega, com base em seus antecedentes e interesses. Diagnóstico ou outras características clínicas não precisam ser compartilhadas e não formam a base para o alinhamento. Uma vez selecionado um trabalhador de suporte de pares alinhado com a pessoa, uma primeira reunião é marcada na semana anterior à alta do hospital ou, no máximo, uma a duas semanas após a alta. Se, após a primeira reunião, o par não parecer ideal para o usuário do serviço, ele poderá solicitar o realinhamento com outro trabalhador da PSSEO.

Quando o alinhamento for bem-sucedido, os pares organizam reuniões semanais de uma hora por um período de até um ano. As reuniões semanais podem ser usadas para o que a pessoa quiser ou precisar em termos de suporte. O trabalhador de suporte de pares da unidade hospitalar que organizou o alinhamento original faz contato periodicamente com a pessoa que recebeu alta para verificar se tudo está indo bem, saber se ela ainda está satisfeita com aquele par e ajudar a resolver possíveis problemas.

A PSSEO garante que todas as pessoas interessadas em receber suporte de pares sejam alinhadas com um trabalhador de suporte de pares. Em momentos de demanda excepcionalmente alta, pode haver uma lista de espera de três a quatro semanas até que a pessoa possa ser atendida. Nesses casos, a PSSEO oferece a alternativa de participar de reuniões de grupo em um centro de suporte de pares até o alinhamento. Se um indivíduo tiver alta para a área de captação de um serviço diferente, a PSSEO fornece recursos para potenciais serviços de suporte de pares nessa área.

Há pouquíssimas exigências formais para uma pessoa receber suporte de pares da PSSEO pelo MTA. Para garantir máximo respeito à privacidade, a PSSEO não requer registro formal com informações pessoais e histórico médico e não mantém arquivos dos usuários do serviço. Entretanto, há alguns critérios de elegibilidade para usar o serviço de suporte de pares individual do MTA. As pessoas precisam ser capazes de marcar e comparecer aos compromissos e, nas reuniões com os trabalhadores de suporte de pares, não podem estar sob o efeito de álcool ou outras substâncias. A pessoa tem a liberdade de terminar a relação com o trabalhador de suporte de pares a qualquer momento sem dar explicações.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

A PSSEO opera de forma puramente voluntária, e o alinhamento com um trabalhador de suporte de pares nunca é imposto a uma pessoa. Os trabalhadores de pares da PSSEO promovem ativamente a capacidade jurídica, apoiando as pessoas a tomar decisões e escolhas informadas sobre opções de tratamento, cuidados e suporte, explorando as alternativas junto com a pessoa. Eles também apoiam as pessoas no desenvolvimento de planos antecipados para possíveis crises no futuro.

### ***Práticas não coercitivas***

Nenhuma prática coercitiva é usada pelo pessoal da PSSEO ou pelos serviços comunitários e de suporte aos quais a PSSEO facilita o acesso. Todos os trabalhadores de suporte de pares da PSSEO recebem treinamento exaustivo em técnicas de desescalada e, portanto, são capazes de responder a situações tensas de maneira a acalmar e tranquilizar as pessoas. Em circunstâncias excepcionais, como no caso de uma atitude violenta contra outras pessoas e/ou autolesão, a PSSEO chama o responsável pelo serviço de atenção à crise, que pode encaminhar a pessoa a um hospital onde haja possibilidade de uso

de práticas coercitivas. Nesses casos, o trabalhador de suporte de pares da PSSEO tenta acompanhar a pessoa até o hospital e permanecer com ela durante o processo de internação para apoiar e continuar a tentativa de desescalar a situação.

Além disso, no hospital Providence Care, a PSSEO participa de diferentes grupos de trabalho e conselhos que aconselham as decisões da gestão hospitalar, a fim de estimular a discussão sobre como evitar medidas coercitivas.

### ***Inclusão comunitária***

O suporte de pares prestado pela PSSEO como parte do MTA dedica-se especificamente a facilitar a transição de volta à comunidade após a alta hospitalar. Após a pessoa formar uma dupla com um trabalhador de suporte de pares e eles discutirem as necessidades de apoio e os desejos da pessoa, o trabalhador de suporte de pares apresenta à pessoa os serviços comunitários disponíveis que podem ser adequados para ela. A PSSEO não tem uma política de encaminhamento predeterminada, e as pessoas são sempre livres para decidir em que serviços estão interessadas. Embora a PSSEO concentre-se principalmente na facilitação do acesso a serviços de saúde mental ou adição na comunidade, os trabalhadores de suporte de pares também podem apoiar o acesso a moradia, educação ou benefícios de proteção social se a pessoa assim desejar.

### ***Participação***

Todos os trabalhadores de suporte de pares da PSSEO têm experiência vivida e as pessoas com experiência vivida estão representadas no grupo gestor, o que garante que a perspectiva da experiência vivida se reflita em todo o serviço, inclusive em decisões sobre financiamento, dotação orçamentária e desenvolvimento e implementação do serviço. Todos os programas organizados pela PSSEO, incluindo o MTA no Providence Care, são avaliados por pesquisas de satisfação no mínimo a cada dois anos. Os resultados dessas pesquisas são usados para melhorar e adaptar os serviços prestados pela PSSEO, conforme o caso.

### ***Abordagem de Recovery***

Os princípios básicos do suporte de pares da PSSEO estão estreitamente alinhados com a abordagem de *recovery*. Os trabalhadores de suporte de pares da PSSEO atuam para que as pessoas desenvolvam estrutura, objetivos e desejos próprios para sua jornada pessoal de *recovery* e identifiquem quais serviços e apoios poderiam ser úteis a elas como indivíduos. A PSSEO enfatiza a importância de ver o indivíduo como uma pessoa completa e evitar a terminologia medicalizante e a ênfase em diagnósticos. A ênfase está no fortalecimento da autonomia e no empoderamento do indivíduo, estabelecendo-se com o par qual é o significado de *recovery* para ele e trabalhando em conjunto para apoiar, defender e oferecer esperança.

## **Avaliação do serviço**

Análises de pesquisas de melhoria da qualidade sobre o suporte de pares prestado pela PSSEO como parte do MTA no Providence Care – que incluíram questionários, entrevistas e testemunhos – mostrou altos níveis de satisfação dos usuários e dos membros da equipe com os serviços (262).

Em um estudo de 2019, 92% dos usuários dos serviços de suporte de pares da PSSEO no Providence Care relataram uma experiência positiva e altos níveis de satisfação com os serviços prestados. Os usuários do serviço sentiram-se empoderados, compreendidos, ouvidos e apoiados pelo trabalhador de suporte de pares, e consideraram o apoio recebido um fator positivo essencial em sua jornada de *recovery*. Os membros da equipe do Providence Care relataram experiências igualmente positivas com

o suporte de pares proporcionado pela PSSEO, e consideraram o suporte “um serviço inestimável” e “uma parte essencial da atenção e do *recovery* dos pacientes” (262).

Além disso, estudos de avaliação do MTA em geral, incluindo suporte de pares em diferentes hospitais, mostraram melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço e diminuição do período e custo médios de internação (259, 263-265).

### **Custos e comparações de custo**

Desde a sua fundação em 2001, o PSSEO recebeu financiamento contínuo por 19 anos do Ministério da Saúde e Atenção a Longo Prazo de Ontário. Durante o ano fiscal de 2017-2018, o custo total dos serviços de suporte de pares prestados através do MTA no Providence Care foi de CAN\$ 53.280 (US\$ 42.140)<sup>u</sup>. Em 2018-2019, o custo foi ligeiramente superior: CAN\$ 59.200 (US\$ 46.830)<sup>u</sup>. o custo total inclui os salários dos apoiadores de pares, a prestação de serviços individuais, lanches e bebidas para grupos, bem como o reembolso das viagens do pessoal de suporte de pares ao viajar para as visitas. O custo da prestação de serviços por indivíduo para o ano fiscal de 2017-2018 (119 indivíduos) em média foi de CAN\$ 447 (US\$ 354)<sup>u</sup> por pessoa, e para 2018-2019 (127 pessoas), CAN\$ 466 (US\$ 369)<sup>u</sup> por pessoa.

## Mais informações e recursos

### **Site:**

<https://psseo.ca/>

### **Vídeos:**

[https://www.youtube.com/watch?v=q\\_1qde6kins&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=q_1qde6kins&feature=emb_title)

<http://www.ledbetterfilms.com/our-videos.html>

### **Contato:**

Todd Buchanan, Gestor de Negócios e Operações,  
Suporte de Pares do Sudeste de Ontário, Canadá

E-mail: [tbuchanan@psseo.ca](mailto:tbuchanan@psseo.ca)

Donna Stratton, Coordenadora do Modelo de Transição para a Alta,  
Suporte de Pares do Sudeste de Ontário, Canadá

E-mail: [tdm@psseo.ca](mailto:tdm@psseo.ca)

<sup>u</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

---

## 2.5 Serviços móveis de saúde mental na comunidade

---

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

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

Os serviços comunitários se caracterizam por sua versatilidade, dinamismo e flexibilidade ao prestar atenção de saúde mental a grupos marginalizados que de outra forma não teriam acesso a eles. Vários dos serviços descritos nesta seção servem especificamente às populações rurais ou moradores de rua, por exemplo.

As boas práticas ilustradas nesta seção demonstram a importância que os prestadores dos serviços comunitários dão ao respeito ao direito dos indivíduos à capacidade jurídica. Isso significa que as pessoas que usam o serviço têm autonomia para tomar decisões próprias sobre onde e quando o serviço será prestado, o que ele compreenderá e outros aspectos relacionados. A prioridade é facilitar a *recovery* da pessoa e permitir que ela priorize uma vida independente.

2.5.1

Atmiyata

Gujarat, Índia



*O Atmiyata<sup>v</sup> (266) é um serviço comunitário voluntário que identifica e dá apoio a pessoas com sofrimento nas comunidades rurais do estado de Gujarat, no oeste da Índia. A intervenção baseia-se na empatia e no voluntariado, oferecendo um caminho viável para fornecer apoio em ambientes de poucos recursos (267). A compaixão compartilhada serve como princípio central dessa intervenção e baseia-se, em parte, na antiga teoria indiana da comunicação, Sadharanikaran (267).*

### Classificação primária: Serviço móvel na comunidade

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

## Descrição do serviço

O Atmiyata Gujarat foi fundado em 2017 no distrito de Mehsana do estado de Gujarat, que possui uma população de 1,52 milhão de habitantes em 645 aldeias (268). Com 53% empregados no setor agropecuário, quase metade da população (45,4%) é de baixa renda (269). o serviço é o segundo desse tipo a ser implementado na Índia, após um projeto piloto bem-sucedido em 41 vilarejos do estado de Maharashtra de 2013 a 2015 (266).

O serviço emprega uma abordagem escalonada de atendimento e suporte, usando voluntários da comunidade. Os voluntários nas aldeias realizam quatro atividades: (i) identificar indivíduos em sofrimento mental e fornecer de quatro a seis sessões de aconselhamento baseado em evidências; (ii) aumentar a conscientização da comunidade, exibindo quatro vídeos sobre determinantes sociais da saúde mental em um celular do Atmiyata; (iii) encaminhar as pessoas que possam estar passando por um problema grave de saúde mental aos serviços públicos de saúde mental quando necessário; e (iv) permitir o acesso a benefícios sociais para aumentar a estabilidade financeira.

O serviço é prestado por dois níveis de voluntários da comunidade, residentes nas aldeias. Os primeiros, chamados Atmiyata Mitras, são pessoas de diferentes religiões, seitas e castas, treinadas para identificar pessoas em sofrimento. O segundo nível, chamado de Atmiyata Champions, é composto por líderes comunitários ou professores que são acessíveis e bem conhecidos em sua aldeia. Os Champions são identificados pelos facilitadores comunitários do Atmiyata – assistentes sociais treinados que vi-

<sup>v</sup> A palavra *Atmiyata* significa empatia ou compaixão compartilhada em marata, o idioma local do estado indiano de Maharashtra, onde o programa foi inicialmente implementado.

sitam a aldeia, mapeiam os grupos comunitários e identificam candidatos adequados. Os Champions são treinados para fornecer aconselhamento estruturado usando técnicas de aconselhamento baseadas em evidências, incluindo ativação de comportamento, agendamento de atividades ou resolução de problemas, dependendo das necessidades e objetivos estabelecidos pela pessoa (270-273). O Atmiyata também mantém uma ligação estreita com o programa distrital de saúde mental (DHMP) público, ajudando as pessoas que desejam ter acesso ao DHMP ou a serviços psiquiátricos no hospital distrital.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

As atividades do Atmiyata são baseadas em um modelo de sofrimento/angústia em vez de um modelo focado na doença, porque isso é mais aceitável e viável para uso dentro da comunidade. Esse modelo informa a abordagem e a prestação de cuidados pelos Champions, que são treinados para trabalhar com a vontade e as preferências da pessoa que recebe os serviços. Todas as atividades são baseadas no consentimento informado, e os indivíduos têm o direito de se afastar do suporte fornecido. Como forma de fornecer suporte e mentoria contínuos aos Champions, os facilitadores comunitários discutem com eles os desafios e dificuldades enfrentados; porém, dados identificadores pessoais não são divulgados. Os Champions usam dados anonimizados em sua documentação de trabalho, para proteger a identidade da pessoa em estado de sofrimento, que é conhecida apenas pelo Champion e pelo Mitra que fez o encaminhamento original. O Champion só sugere buscar serviços especializados em caso de necessidade urgente. o treinamento dos Champions também reforça os princípios e a prática do consentimento informado.

### ***Práticas não coercitivas***

As intervenções fornecidas pelos Champions atendem às necessidades de saúde social e mental com base nos princípios de práticas não coercitivas. As técnicas de aconselhamento baseadas em evidências incluem escuta ativa, resolução de problemas, e agendamento de atividades (274). Os Champions também facilitam o acesso a benefícios sociais, como benefícios por invalidez ou desemprego, pensões para viúvas, subsídios para trabalhadores rurais, previdência social e bolsas de estudo.

### ***Inclusão comunitária***

O serviço em si é sediado no nível da aldeia, diretamente dentro da comunidade, e as sessões de aconselhamento são realizadas em locais comunitários onde a pessoa se sente confortável, por exemplo, em sua casa, nos campos, em seu local de trabalho ou em um café. O serviço funciona através de redes existentes nas aldeias e não tenta estabelecer novas redes. Os Champions realizam atividades de conscientização para os habitantes de seus povoados, exibindo num celular quatro filmes de 10 minutos dublados em gujarati em locais de reunião da comunidade (como um templo ou uma fazenda), com posterior discussão. Esses filmes abordam questões sociais comumente vivenciadas na comunidade que afetam a saúde mental, como desemprego, conflitos familiares, violência doméstica e alcoolismo. Fornecer apoio para que os indivíduos obtenham benefícios sociais também facilita uma maior inclusão da pessoa na comunidade.

### ***Participação***

Embora a experiência vivida não seja um requisito obrigatório para ser um Champion ou Mitra, a maioria dos Champions são motivados a se tornar voluntários como resultado de sua própria experiência pessoal de angústia. Os Champions são incentivados a compartilhar suas experiências pessoais de problemas de saúde mental durante as sessões de aconselhamento para construir um relacionamento de confiança e inspirar esperança e segurança.

### **Abordagem de Recovery**

O Atmiyata promove cuidados orientados ao *recovery* para pessoas em sofrimento, com foco em empatia, esperança e apoio. Os Champions usam as sessões de aconselhamento para construir uma relação de confiança e inspirar esperança e segurança. As sessões de aconselhamento constroem a capacidade da pessoa de responder à sua angústia, ganhando assim o controle sobre sua vida. O suporte fornecido pelo Atmiyata baseia-se em uma perspectiva de pontos fortes que incentiva a pessoa a levar uma vida independente com significado pessoal.

### **Avaliação do serviço**

O Atmiyata de Gujarat foi avaliado em 2017 durante um período de 8 meses em um estudo controlado randomizado por conglomerados com implementação escalonada (275). O estudo abrangeu 645 vilarejos no distrito de Mehsana, com uma população adulta rural de 1,52 milhão de habitantes. O desfecho primário foi uma melhora na saúde geral medida através do Questionário de Saúde Geral de 12 itens (276) em 3 meses de seguimento. Os desfechos secundários foram medidos usando várias escalas e incluíram qualidade de vida, melhora dos sintomas, funcionamento social e sintomas de depressão (277-282).

Os resultados mostraram que o percentual de *recovery*, para pessoas com sofrimento mental, foi clínica e estatisticamente maior em pessoas participando do serviço Atmiyata em comparação com a condição de controle. Ainda, foi evidenciada melhora nos sintomas de depressão, ansiedade e gerais de sofrimento mental ao final de 3 e 8 meses. Também houve uma melhora significativa do funcionamento, participação social e da qualidade de vida ao final de 8 meses. Em termos gerais, os resultados indicam que o serviço Atmiyata proporcionou uma melhora considerável da qualidade de vida e dos níveis de deficiência, assim como dos sintomas relacionados a problemas de saúde mental (275).

### **Custos e comparações de custo**

O Atmiyata de Gujarat foi inicialmente financiado pelo Grand Challenges Canada, mas agora recebe apoio da Iniciativa de Saúde Mariwala (283) em parceria com a Altruist, uma ONG local financiada pelo Governo de Gujarat e pelo Instituto TrimBos (284). O financiamento está aprovado até março de 2022. Os serviços Atmiyata são prestados localmente e gratuitamente. Em 2019, o custo anual total da entrega do programa Atmiyata a 500 povoados com uma população adulta rural de 1 milhão de habitantes foi de US\$ 120.000. O serviço alcançou 12.758 pessoas com sofrimento mental ou problemas comuns de saúde mental durante o ano fiscal de 2019-2020 ([Kalha J], [Ordem dos Advogados da Índia], dados não publicados, [2021]). Os custos orçamentários incluem os facilitadores comunitários, gerentes de projeto, treinamento, viagens, smartphones para Champions e administração.



## Mais informações e recursos

### Site:

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

### Vídeos:

Atmiyata: A rural and community led mental health and social care model  
(Atmiyata: um modelo de atenção de saúde e assistência social em comunidade rural),  
<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1300301510190927872>

What is the role of an Atmiyata Champion?

(qual é a função do voluntário de nível Champion no Atmiyata?)

<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1331822246575280128>

Madina Ben, voluntária Champion do Atmiyata, Mehsana, Gujarat

[https://www.youtube.com/watch?v=2rlter\\_9mpi](https://www.youtube.com/watch?v=2rlter_9mpi)

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

<https://www.youtube.com/watch?v=v2w-pkbJxxa>

### Contato:

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

E-mail: [jasmine@cmhlp.org](mailto:jasmine@cmhlp.org)

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

E-mail: [kaustubh@cmhlp.org](mailto:kaustubh@cmhlp.org)

2.5.2

# Banco da Amizade

Zimbábue



*No Banco da Amizade, que começou no Zimbábue em 2006, conselheiras não profissionais apoiam pessoas que passam por sofrimento emocional significativo. Este serviço móvel na comunidade oferece empatia, conhecimento da cultura e comunidade local e habilidades e técnicas formais de resolução de problemas (285), e agora foi implementado em todo o país como parte dos serviços públicos de saúde primária do Zimbábue.*

## Classificação primária: Serviço móvel na comunidade

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

O nome Banco da Amizade deriva do termo xona *chigaro chekupanamazano*, que se traduz literalmente como “banco para sentar e trocar ideias” (286). Fornece uma forma de terapia de solução de problemas de curto prazo para pessoas com problemas comuns de saúde mental, conhecidos em xona como *kufungisisa*, que se traduz literalmente como “pensar demais”. O serviço é gratuito, está vinculado ao centro de atenção primária à saúde local e geralmente é prestado do lado de fora do centro, em um banco de madeira. As pessoas podem se auto-encaminhar ou ser encaminhadas por escolas, delegacias de polícia ou pela unidade básica de saúde.

Os serviços do Banco da Amizade são atualmente oferecidos em três cidades do Zimbábue e 25 clínicas em duas áreas rurais, por meio de um total de 70 unidades de atenção primária à saúde (287). Desde 2016, o serviço atendeu 50 mil pessoas e, em 2019, o Banco da Amizade passou a fazer parte da Estratégia Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (288).

Considerando a escassez de serviços de saúde mental no Zimbábue, o Banco da Amizade preenche uma importante lacuna e necessidade de prestação de serviços comunitários de saúde mental. O serviço é prestado por agentes de saúde não profissionais – mulheres locais empregadas pela autoridade de saúde local para apoiar outros serviços de saúde, como conscientização sobre vacinas. A maioria dos trabalhadores de saúde não profissionais é composta de mulheres mais velhas, e isso é uma parte extremamente importante do serviço. No Zimbábue, os idosos são vistos como importantes guardiões da comunidade e, portanto, são respeitados. Com uma média de 58 anos de idade, essas conselheiras não profissionais são conhecidas como agentes de saúde avós (*ambuya utano*) (272). As mulheres estão imersas na língua e cultura xona e têm amplo conhecimento da economia local e das redes sociais.

Além de viver e trabalhar nas mesmas comunidades que os usuários do serviço, eles passaram por dificuldades em suas próprias vidas e trazem muita empatia ao atendimento (285). As agentes de saúde não profissionais recebem oito dias de treinamento que engloba o reconhecimento de sintomas, uso dos instrumentos de triagem, psicoeducação e terapia de resolução de problemas (289).

A terapia de resolução de problemas do Banco da Amizade é ministrada em seis ou mais sessões, com base em uma abordagem padrão para identificação e solução de problemas, e usando o questionário de sintomas em idioma xona (290), tanto para triagem quanto para apoiar o tratamento. É importante que as agentes não profissionais prestam serviços em xona, a língua nativa da principal etnia do país, e usam provérbios e termos culturais como pontos de referência; acredita-se que isso tenha contribuído para a aceitabilidade da terapia em áreas de língua xona e uso em unidades básicas de saúde (289). Dependendo do tamanho da unidade de saúde, até 25 pessoas podem ser atendidas por dia.

A terapia de resolução de problemas envolve três elementos: ao abrir a mente (*Kuvhura pfungwa*), a agente de saúde e o cliente exploram a situação do cliente, listam os problemas e dificuldades enfrentados e selecionam um problema para abordar; ao reerguer (*Kuzimudzira*), o cliente e a agente de saúde desenvolvem um plano de ação focado na solução; e através do fortalecimento (*Kusimbisisa*), o cliente recebe apoio e é convidado a retornar para uma visita de acompanhamento.

A proposta inicial do Banco da Amizade era oferecer apenas seis sessões de aconselhamento, mas o serviço evoluiu. Muitas sessões informais continuam a ser realizadas porque as agentes de saúde não profissionais encontram os clientes na comunidade e aproveitam para dar apoio (285). As reuniões podem ser realizadas na casa do cliente, na casa da agente de saúde ou em locais informais como o mercado ou junto ao poço público. Como a oração em encontros relacionados à saúde é uma prática comum no Zimbábue (272), muitos conselheiros juntam-se aos clientes e suas famílias em oração. Os clientes são ainda apoiados por mensagens de texto e telefonemas para reforçar a abordagem da terapia de resolução de problemas (291).

Os clientes do Banco da Amizade também são convidados a participar de um grupo de suporte de pares, chamado “De mãos dadas” (*Circle Kubatana Tose*) onde as pessoas podem compartilhar experiências em um espaço seguro em reuniões semanais (292). Estes grupos são liderados por mulheres que já utilizaram os serviços do Banco da Amizade e que receberam formação em gestão de grupos. Às vezes, enquanto compartilha experiências pessoais, o grupo também realiza uma atividade de geração de renda.

## Princípios básicos e valores do serviço

### **Respeito à capacidade jurídica**

O uso do Banco da Amizade é totalmente voluntário. O objetivo é empoderar o participante por meio de apoio para que possa encontrar maneiras de superar seus problemas, tomar decisões e agir para resolvê-los.

### **Práticas não coercitivas**

As agentes do Banco da Amizade não usam práticas coercitivas. Os serviços são fornecidos de forma totalmente voluntária e consentida. As agentes não organizam internações involuntárias. No entanto, se uma pessoa for identificada como de alto risco, a agente pode solicitar que ela seja atendida por um profissional da unidade básica de saúde, que pode decidir encaminhá-la para uma unidade de internação.

## **Participação**

Os grupos de suporte de pares do Banco da Amizade reúnem pessoas com experiência vivida para criar um senso de solidariedade – os participantes apoiam-se uns aos outros e criam oportunidades para a resolução conjunta de problemas. Os grupos de pares operam tanto nos centros de atenção primária à saúde quanto na comunidade. A dimensão de geração de renda também lhes dá um foco prático, já que muitos participantes enfrentam sérios desafios financeiros.

## **Inclusão comunitária**

Além de ser um serviço de saúde pública vinculado à prestação de atenção primária à saúde, o serviço está profundamente inserido na comunidade graças às conselheiras não profissionais que prestam o serviço. Os conselheiros atuais moram há pelo menos 15 anos no local do atendimento e são selecionadas em reuniões comunitárias dos principais interessados, incluindo líderes de igrejas, policiais, diretores e outros líderes comunitários. Assim, as conselheiras nomeadas têm uma posição social e cultural única e compreendem os problemas enfrentados por seus clientes (286).

A terapia de resolução de problemas é normalmente reforçada pelo componente de agendamento de atividades, em que o participante é encorajado a agendar atividades significativas e que tornam sua vida mais gratificante. Além disso, algumas pessoas com necessidades financeiras são encaminhadas a recursos da comunidade local, como projetos de geração de renda na comunidade (272).

## **Abordagem de Recovery**

O objetivo do serviço do Banco da Amizade é ajudar as pessoas a estabelecer metas para si mesmas e encontrar maneiras de alcançá-las. Não envolve medicação ou outras formas de tratamento médico, a menos que alguém seja encaminhado à equipe da clínica para um nível mais alto de atendimento. As conselheiras não fazem diagnósticos psiquiátricos. O questionário de sintomas em xona é utilizado como ferramenta de triagem e como forma de tranquilizar os clientes, na medida em que suas experiências são reconhecidas e vivenciadas por outros. Por meio de seu trabalho, o serviço se concentra em capacitar as pessoas a se tornarem bons solucionadores de problemas, que podem fazer a diferença em suas comunidades.

## **Avaliação do serviço**

Um estudo inicial foi realizado com base em pesquisas com 320 pessoas que completaram 3-6 sessões de terapia, mais de 50% das quais eram HIV-positivas (272). O estudo mostrou que a abordagem básica do Banco da Amizade foi bem-sucedida e que os clientes tiveram uma redução nos sintomas. Posteriormente, um ensaio controlado randomizado por conglomerados com 573 pessoas constatou que aquelas que receberam serviços do Banco da Amizade, inclusive através da participação em um grupo de suporte de pares, tiveram menos sintomas em geral do que aquelas que receberam atendimento usual reforçado (que incluía psicoeducação sobre sintomas, mensagens de SMS ou telefonemas de apoio, medicamentos quando indicados e/ou encaminhamento para uma instituição psiquiátrica) (291). Em outro estudo qualitativo, a importância da empatia e do conhecimento cultural local foram identificados como particularmente importantes (286).

## **Custos e comparações de custo**

O serviço Banco da Amizade faz parte da atenção primária à saúde do Zimbábue e é gratuito para todos que estejam cadastrados em um centro de saúde. As agentes de saúde não profissionais são contratadas pelas autoridades de saúde locais e recebem um salário mensal. O custo de uma primeira sessão no Banco da Amizade foi estimado em US\$ 5 (com base em dados de 2019), o que inclui: sensibilização do grupo para o programa, triagem individual, tempo da equipe do centro de saúde, tempo

da agente de saúde não profissional e materiais. Todos esses custos são cobertos pela autoridade de saúde.

### Mais informações e recursos

**Site:**

[www.friendshipbenchzimbabwe.org](http://www.friendshipbenchzimbabwe.org)

**Vídeos:**

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

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

Why I train grandmothers to treat depression

(Por que habilitar avós a tratar depressão) | Dixon Chibanda

[https://www.youtube.com/watch?v=cprp\\_ejvtwa](https://www.youtube.com/watch?v=cprp_ejvtwa)

**Contato:**

Dixon Chibanda, diretor geral,

Banco da Amizade, Zimbábue

E-mail: [dixon.chibanda@friendshipbench.io](mailto:dixon.chibanda@friendshipbench.io)

Ruth Verhey, diretora de programa,

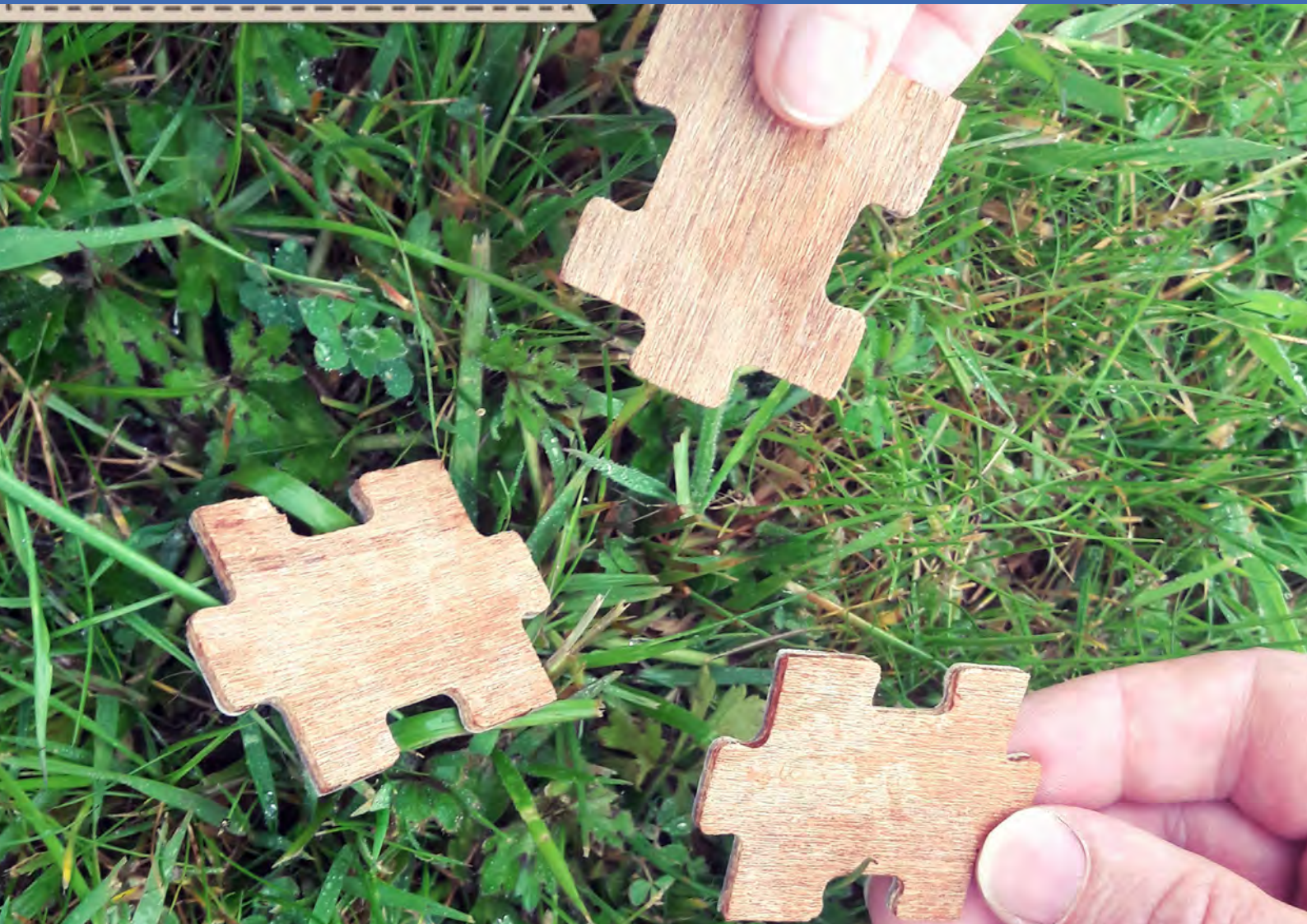
Banco da Amizade, Zimbábue

E-mail: [ruth.verhey@zol.co.zw](mailto:ruth.verhey@zol.co.zw); [ruth.verhey@friendshipbench.io](mailto:ruth.verhey@friendshipbench.io)

2.5.3

## Home Focus

West Cork, Irlanda



*O serviço Home Focus da Irlanda, estabelecido em 2006, oferece apoio prático e emocional a pessoas com problemas de saúde mental que vivem em uma área predominantemente rural, onde os serviços de base comunitária estão geograficamente dispersos. O serviço ganhou reconhecimento nacional por ajudar as pessoas a melhorar sua saúde mental e bem-estar, desenvolver habilidades de vida independente e acessar oportunidades de educação e emprego (293).*

### Classificação primária: Serviço móvel na comunidade

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

A Irlanda, apesar de ser um país de alta renda, se caracteriza pelo alto índice de pobreza e carência da população rural que vive em áreas pouco povoadas e marginalizadas (294). West Cork situa-se no extremo sudoeste do país, com uma população de 55.000 habitantes dispersa por uma área acidentada. O serviço móvel Home Focus surgiu para responder às necessidades dos residentes de West Cork – uma região caracterizada por infraestrutura de transportes precária e acesso limitado não só a serviços de saúde mental, mas também a oportunidades de emprego e formação (293). O Home Focus complementa os serviços de saúde mental existentes e se baseia em iniciativas locais de arte e em grupos de ouvintes de vozes (consulte a seção 2.4.1) já existentes (295, 296). Embora financiada pelo sistema nacional de saúde da Irlanda, o Health Service Executive (HSE), a iniciativa é gerida pela National Learning Network, uma ONG que faz parte do RehabGroup (297).

O Home Focus é baseado em princípios de planejamento de cuidados personalizados, flexibilidade e *recovery*, e tem um foco central na inclusão comunitária. Incorpora o apoio de colegas e pessoas com experiência vivida como membros plenos da equipe. A equipe de serviço compreende: uma enfermeira de saúde mental comunitária, instrutores para capacitação reabilitativa (que ajuda na busca por emprego e treinamento), um agente de apoio em *recovery* treinado em abordagens orientadas para o *recovery* e centradas na pessoa, incluindo Diálogo Aberto (ver seção 2.1.3) e ouvir vozes (ver seção 2.4.1), e um apoiador em *recovery* e desenvolvimento com experiência vivida. Os funcionários são treinados no método WRAP (91) e em liderança de pares através de uma rede de apoio reconhecida (298).



Os encaminhamentos são realizados pelas equipes de saúde comunitária do serviço de saúde mental de West Cork. Pessoas encaminhadas ao serviço incluem aquelas com histórico de duas ou mais internações não planejadas em serviços de internação psiquiátrica no último ano ou que vivenciaram um episódio agudo recente de saúde mental, bem como aquelas que sofrem isolamento social e comprometimento funcional significativo. Pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias geralmente não são aceitas.

O serviço funciona diariamente das 09h00 às 17h00, trabalhando com as pessoas nas suas próprias casas, e ajudando-as também a acessar serviços comunitários. Os indivíduos são apoiados por períodos que variam de três a 18 meses, e até 34 pessoas por vez já foram atendidas (299). O extenso tempo dedicado aos usuários do serviço é considerado um fator crucial para o sucesso da iniciativa (299).

Serviços comunitários são fornecidos a indivíduos e famílias, para problemas relacionados ao gerenciamento de estresse, resolução de conflitos, estratégias de enfrentamento, estabelecimento de metas, alfabetização e habilidades sociais. O serviço também oferece suporte para lidar com medicamentos, buscar emprego e atividades em grupo baseadas na comunidade, como caminhadas e jardinagem, e ajuda as pessoas a acessar grupos de suporte de pares, incluindo alcoólatras anônimos (300), Grow (301), Shine (302) e grupos locais de ouvidores de vozes.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

O serviço está empenhado em apoiar as pessoas a fazerem escolhas e decisões pessoais. A equipe assina uma carta de direitos e responsabilidades com todos os que usam o serviço, incluindo um compromisso de que as pessoas que usam o serviço estarão envolvidas em todas as tomadas de decisão sobre seu futuro e serão ajudadas a fazer escolhas informadas em relação a tratamentos e intervenções. Os usuários do serviço são ajudados a desenvolver um plano de ação individual, revisado a cada 6 meses, que inclui suas metas e prioridades pessoais e articula o que eles querem que aconteça durante as crises. Planos de crise no modelo WRAP (91) também são criados. Embora na Irlanda as diretivas antecipadas de vontade não tenham caráter vinculativo, o plano de ação individual e os planos de crise do Programa WRAP são respeitados e cumpridos pelo serviço de West Cork.

### ***Práticas não coercitivas***

Aqueles que utilizam o serviço o fazem de forma voluntária e sem sanção se não comparecerem. Não há estipulações sobre intervenções de saúde mental que devem receber ou adesão à medicação. No entanto, aqueles que desejam recebem apoio para diminuir sua medicação gradativamente. A equipe do Home Focus trabalha para gerenciar quaisquer possíveis situações de conflito e é treinada para usar várias técnicas e abordagens de desescalada, como SafeTalk (303) e Assist (304). Se os níveis de risco aumentarem, as pessoas que usam o serviço podem ser internadas involuntariamente no hospital. As decisões sobre internações involuntárias não são tomadas pela equipe Home Focus, mas pela família da pessoa, seu clínico geral e um psiquiatra do hospital.

### ***Inclusão comunitária***

A inclusão comunitária está no centro do programa – desde a capacitação para o trabalho até atividades culturais e exercícios como caminhada e natação. Há esforços ativos para conectar as pessoas com suas famílias e também ampliar sua rede social. O serviço serve regularmente de ponte com o Conselho do Condado de Cork, bem como com organizações comunitárias, como centros de recursos comunitários, a Fundação de Saúde Mental de Cork, GROW (301), o Grupo de Bem-Estar de Clonakilty

(305), Novas (306) e Agricultura Social (307). A equipe do Home Focus se retira gradualmente à medida que a pessoa ganha confiança, independência e maior integração na comunidade.

### **Participação**

O apoiador em *recovery* e desenvolvimento da equipe do Home Focus é uma pessoa com experiência vivida de problemas de saúde mental. Este membro da equipe recebeu capacitação em facilitação por pares e é agora um dos organizadores de grupos de suporte de pares em West Cork. O apoiador em *recovery* e desenvolvimento também passa algum tempo com as pessoas que usam o serviço Home Focus, trabalha com flexibilidade e também usa aportes de sua própria experiência. Uma organização parceira, a Irish Advocacy Network, criada, gerida e cujos serviços são prestados por pessoas com experiência vivida, está representada em todos os níveis do WCMHS, garantindo assim a participação dos pares na gestão do serviço Home Focus.

### **Abordagem de Recovery**

O serviço trabalha com um foco explícito no *recovery*. Ao se concentrar nos pontos fortes do indivíduo, a equipe do Home Focus ajuda as pessoas a desenvolver planos de *recovery* com base em suas próprias esperanças para o futuro. A equipe prioriza o estabelecimento de relações respeitadas, solidárias e trabalha de forma flexível. Todas as atividades são projetadas para promover conexão, esperança, identidade, atuação significativa e empoderamento: a abordagem CHIME (76).

### **Avaliação do serviço**

Uma avaliação qualitativa do serviço foi realizada pelo University College Cork (UCC) em 2008 (299). No total, 89% dos entrevistados relataram melhorias em seu funcionamento pessoal e social, incluindo melhorias em tomada de decisão, sono, interações com a família e redes sociais e habilidades sociais. Cerca de 71% das pessoas relataram melhores habilidades de vida independente. Sessenta e nove por cento informaram ter havido melhora da saúde mental com redução da ideação paranoide e suicida, entendiam melhor o tratamento medicamentoso e melhoraram sua capacidade de falar sobre problemas de saúde mental. Por fim, 40% informaram ter um vínculo mais forte com os grupos comunitários e entidades de apoio. Os pesquisadores verificaram que os participantes valorizaram sobretudo o tempo que a equipe dedicava a eles, a flexibilidade no trabalho e o apoio prático prestado.

O Home Focus foi avaliado em 2011 pelo Órgão de Supervisão de Serviços de Saúde Mental do HSE, que afirmou: “um dos aspectos distintos do serviço era sua capacidade de prestar um serviço efetivamente de Recovery, e não ser apenas algo da boca para fora. A equipe interinstitucional demonstrou flexibilidade e capacidade de resposta em diversos domínios psicossociais e prestou assistência centrada na pessoa. A atuação profissional, intervenções com base no diagnóstico ou o trabalho fragmentado das entidades não interferiu na flexibilidade” (293).

### **Custos e comparações de custo**

O serviço foi inicialmente financiado em caráter experimental, mas agora recebe financiamento nacional recorrente. Alcançou reconhecimento nacional como um exemplo de boa prática. Graças à comunidade local e ao apoio político, o Home Focus sobreviveu a um período de austeridade nacional após a crise financeira, quando muitos outros serviços foram cortados. Mesmo assim, o HSE continua a financiar o Home Focus através do orçamento da National Learning Network, e não diretamente através do orçamento local do serviço de saúde mental. Continua a ser o único serviço do tipo na Irlanda. O serviço é totalmente financiado pelo Estado através do HSE e custa aproximadamente €260.000 por ano – aproximadamente €7.600 por usuário por ano. Não há custos para os indivíduos que usam o serviço e, portanto, não há pagamentos de seguro ou coparticipação.

## Mais informações e recursos

### Site:

Health Service Executive, 2008. Having Choices – an evaluation of the Home Focus project in West Cork (em inglês):  
<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.html>

### Contato:

Kathleen Harrington, gerente de área,  
Rede Nacional de Aprendizagem, Bantry,  
Condado de Cork, República da Irlanda.  
E-mail: [kathleen.harrington@nln.ie](mailto:kathleen.harrington@nln.ie)  
Jason Wycherley, Rede Nacional de Aprendizagem,  
Donemark, Bantry, Condado de Cork,  
República da Irlanda.  
E-mail: [Jason.wycherley@nln.ie](mailto:Jason.wycherley@nln.ie)

2.5.4

## Naya Daur

Bengala Ocidental, Índia



O Naya Daur fornece apoio, tratamento e cuidados de base comunitária para pessoas sem-teto que têm um problema de saúde mental ou deficiência psicossocial. É ancorado por uma rede de cuidadores comunitários e iniciativas de inclusão comunitária. Naya Daur (Nova Era) é o principal projeto da ONG Iswar Sankalpa (308), sediada em Calcutá.

## Classificação primária: Serviço móvel na comunidade

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

O Naya Daur foi criado em 2007 e oferece atendimento comunitário pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais em 60 distritos municipais de Calcutá. Desempenha um papel importante nesta cidade de 14 milhões de pessoas (309), dos quais cerca de 700.000 não têm residência fixa, muitos dos quais sofrem de problemas crônicos de saúde mental. Na ausência de serviços móveis estatais, o Naya Daur preenche uma lacuna importante entre os hospitais públicos, indivíduos e famílias (309, 310). Sua equipe multidisciplinar de 16 membros inclui um coordenador, assistentes sociais, psiquiatras, conselheiros, equipe de apoio e uma grande rede de voluntários comunitários que atendem adultos sem-teto de 16 a 80 anos de idade.

O engajamento, com o consentimento do usuário em potencial, concentra-se na construção de relacionamentos de longo prazo. A equipe oferece check-ups regulares, cuidados de saúde física e mental, roupas, alimentos e apoia o acesso a direitos sociais. Os clientes são identificados por trabalhadores de campo em consulta com profissionais de saúde mental (311), e recebem uma avaliação do psiquiatra da organização, que acontece na área onde a pessoa mora. Nesta fase, as atividades de reabilitação e *recovery* também começam, incluindo o estabelecimento de metas de *recovery*. Opções medicamentosas são discutidas, se a pessoa estiver disposta (311). Os clientes – particularmente clientes do sexo feminino vulneráveis à violência – podem ser encaminhados para abrigos administrados por Iswar Sankalpa. A equipe também facilita o acesso aos centros-dia da Iswar Sankalpa, incentiva o emprego apoiado e explora a possibilidade de reencontro com a família do cliente, com o seu consentimento. O Naya Daur aceita todas as pessoas sem residência fixa que tenham um problema de saúde mental ou deficiência psicossocial, com exceção de pessoas com grande mobilidade que não fiquem em um mesmo bairro ou pessoas que se comportem de forma agressiva.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

A premissa central do Naya Daur é a autonomia do cliente. As pessoas que utilizam o serviço não precisam deixar suas “casas” na rua. Se forem vulneráveis e necessitarem de cuidados urgentes, lhes é perguntado se gostariam de ir para um abrigo ou, se necessário, para o hospital. No entanto, eles não são forçados, e a negociação continua mesmo em casos agudos. A escolha do cliente é fundamental para todas as decisões e intervenções, incluindo aceitar alimentos ou tomar medicamentos, o grau e a forma das interações, o compartilhamento de informações, etc.

Os membros da equipe apoiam os clientes no exercício de sua capacidade jurídica, e os comentários dos clientes são amplamente documentados. Os planos de cuidados individuais (PCI) são elaborados com o cliente, que toma as decisões por meio de um processo de consentimento informado. Conferências de casos e revisões periódicas da equipe multidisciplinar garantem que as preferências do cliente sejam incorporadas e respeitadas, inclusive em situações de crise. Esta abordagem tem sido bem sucedida graças ao relacionamento e confiança que são construídos de forma incremental ao longo de um período de vários meses, muitas vezes começando com atenção às necessidades básicas, como alimentação, vestuário, cuidados físicos básicos e medicamentos.

### ***Práticas não coercitivas***

Um princípio orientador do Naya Daur é fornecer cuidados e apoio dentro da comunidade para que ninguém seja forçado a se mudar de seu bairro. O psiquiatra, por exemplo, pode visitar os clientes nas ruas conforme necessário e iniciar um processo lento de construção de um relacionamento baseado na confiança. Como os serviços são prestados abertamente na comunidade, os clientes podem se desvincular ou retirar o consentimento a qualquer momento, bastando afastar-se. O cliente se comunica verbalmente ou não verbalmente – esta última opção se faz necessária no caso de problemas de idiomas ou dialeto, bem como em condições de saúde física ou mental muito graves.

Os cuidadores comunitários também intervêm diretamente para prevenir atos comunitários de violência e coerção institucional, como internação involuntária em hospitais pela polícia. Atualmente não existe uma política formal para situações de crise; no entanto, o Naya Daur se esforça para evitar internações involuntárias por meio de discussões abertas e dando espaço às pessoas. Em situações de agressão ou comportamento violento, a internação pode ser negociada com o cliente, muitas vezes com o apoio de membros da comunidade que conheçam a pessoa e que tenham recebido formação para prestar um apoio mais eficaz. A equipe também exemplifica práticas não coercitivas para os cuidadores comunitários e os treina sobre a importância destas.

### ***Inclusão comunitária***

Um aspecto marcante da abordagem do Naya Daur é o papel desempenhado pelos cuidadores comunitários, que moram no mesmo bairro e prestam apoio junto à equipe. Os cuidadores comunitários são tipicamente pessoas envolvidas em pequenos negócios, como camelôs, restaurantes de rua ou lojas, que conhecem os sem-teto. Com o envolvimento do Naya Daur, eles se sentem mais confiantes para oferecer suporte prático e pessoal. Esses voluntários comunitários são treinados e supervisionados para oferecer psicoeducação geral aos seus clientes, atender necessidades básicas e facilitar acesso a serviços públicos de saúde, abrigo e emprego. O treinamento ocorre principalmente no local e os voluntários da comunidade também são convidados para as reuniões do Naya Daur e um fórum anual de cuidadores (311). Dessa forma, a responsabilidade pelo suporte é compartilhada entre a equipe multidisciplinar, o cliente e os voluntários da comunidade.

Os agentes de campo e conselheiros visitam regularmente os clientes e voluntários para supervisionar, defender os direitos dos clientes a benefícios de saúde e bem-estar social e resolver quaisquer tensões na relação cliente-voluntário. Reuniões familiares também podem ser facilitadas com consentimento mútuo. A fase final da intervenção do Naya Daur envolve a transferência da função de apoio diário aos voluntários da comunidade.

O Naya Daur também estabelece vínculos diretos com a comunidade por meio de programas de conscientização. São realizados em unidades municipais de saúde, escolas, faculdades e clubes juvenis locais, e servem para sensibilizar os membros da comunidade a respeito das condições da população em situação de rua, deficiência psicossocial e saúde mental em geral. A equipe também interage com a polícia e as autoridades municipais conforme necessário. Dessa forma, uma forte rede comunitária é construída, incluindo membros e serviços da comunidade, bem como autoridades locais e policiais.

### **Participação**

Em muitos casos, os ex-clientes do Naya Daur assumem funções ou responsabilidades de suporte de pares como cuidadores de novos clientes. Um ex-cliente sem-teto tornou-se um cuidador comunitário. Embora o serviço ainda não tenha mecanismos formais para a inclusão de clientes como funcionários, o *feedback* dos clientes é incorporado informalmente no delineamento e na implementação do serviço.

### **Abordagem de Recovery**

A abordagem de *recovery* seguida pelo Naya Daur é holística: coloca a pessoa no centro do processo de cuidado – concentra-se em sua recuperação social e clínica. A equipe do Naya Daur passa por orientação e treinamento rigorosos em práticas centradas no cliente (311), incluindo treinamento prático detalhado sobre diversas intervenções e etapas psicossociais, desde a construção de empatia e atenção plena até intervenções mais práticas. Os planos de cuidados individuais são baseados nos objetivos pessoais dos clientes, e uma intervenção é desenvolvida de forma colaborativa com a equipe do Naya Daur. O plano é revisado a cada trimestre com o cliente para avaliar o progresso alcançado e alterar as metas ou ações planejadas, se necessário.

A equipe adota uma perspectiva de pontos fortes – todas as interações visam ajudar os clientes a identificar seus pontos fortes e recursos que podem continuar a desenvolver. Os conselheiros e/ou cuidadores comunitários visitam os clientes quase diariamente e fornecem aconselhamento motivacional e suporte, bem como um compartilhamento cuidadosamente considerado de suas próprias experiências pessoais para fomentar a esperança, aumentar a auto-aceitação e ajudar os clientes a se moverem em direção às suas metas de vida. A comunicação é orientada para essas metas, concentrando-se em objetivos como obter direitos, restabelecer vínculos familiares e sociais e garantir o próprio sustento.

### **Avaliação do serviço**

Em média, por ano, 90-100 clientes de rua são apoiados pelos prestadores de assistência comunitários. Até o momento, o Naya Daur construiu um círculo de cuidados com 250 cuidadores comunitários e se esforça para expandi-lo ([Das Roy S], [Iswar Sankalpa], dados não publicados, [2021]). Uma análise das operações de 2007 até julho de 2020 constatou que o Naya Daur prestou serviços a mais de 3.000 pessoas sem residência fixa com deficiência psicossocial (312, 313). Uma revisão separada das operações do Naya Daur de 2007 a 2011 foi realizada pela Iswar Sankalpa, que constatou que o serviço forneceu comida a 1.015 clientes, roupas e serviços de higiene a 765 e assistência médica a 615. Mais 69 pessoas receberam apoio com moradia (312). De 2011 a agosto de 2020, o serviço esteve em contato com 2.003 moradores de rua, dos quais 65% haviam sido diagnosticados com doença mental, a maioria com psicose. Durante este período, medicamentos e serviços de aconselhamento foram fornecidos a 1.122 clientes e 197 pessoas foram apoiadas com alojamento (312). Com o apoio prestado

pelo Naya Daur, mais de 60 clientes obtiveram acesso a benefícios do governo entre 2015-2018. Nenhuma pesquisa ou avaliação formal de *feedback* dos clientes foi realizada; no entanto, a revisão contém estudos de caso de pessoas que se beneficiaram do serviço.

### **Custos e comparações de custo**

O Naya Daur é gratuito para as pessoas que usam o serviço. Custa 107 rúpias (₹) por pessoa por dia (US\$ 1,50)<sup>w</sup> ou US\$ 45 por mês, que é aproximadamente 75% do custo por pessoa por dia dos abrigos em regime de porta aberta geridos pela Iswar Sankalpa e endossados pelo governo de Bengala Ocidental (314). Isso representa um terço do custo por pessoa para apoio institucional em centros privados (US\$ 150), incluindo alimentos, medicamentos, tratamento, materiais de higiene, roupas, mão de obra e despesas gerais ([Das Roy S], [Iswar Sankalpa], comunicação pessoal, [2020]) (315).

## Mais informações e recursos

### **Site:**

<https://isankalpa.org/>

### **Vídeos:**

Community of Care: The Ashoka Fellow Bringing Mental Healthcare To Kolkata's Homeless  
<https://www.ashoka.org/en-in/story/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-cuidados-de-saude-kolkata's-sem-abrigo>

### **Contato:**

Sarbani Das Roy, diretora e cofundadora,  
Iswar Sankalpa, Índia  
E-mail: [sarbani@isankalpa.org](mailto:sarbani@isankalpa.org)

<sup>w</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.



2.5.5

# Ombudsman pessoal

Suécia



*Em um país com um sistema de saúde mental altamente desenvolvido (316), o Ombudsman Pessoal da Suécia (317) presta um serviço comunitário a pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, prestando assistência em questões familiares, cuidados de saúde, habitação, finanças, apoio ao emprego e integração na comunidade, ajudando os clientes a viver suas vidas de forma ativa e autônoma. O serviço trabalha de modo a garantir que outros serviços sociais e de saúde mental cooperem e colaborem (318). Os serviços são fornecidos com total aporte e consentimento do cliente, e têm sido descritos como uma “amizade profissional” (319).*

### Classificação primária: Serviço móvel na comunidade

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

O sistema de ombudsman pessoal (OP) foi lançado no ano 2000 após uma reforma nacional dos serviços de saúde mental da Suécia. Como parte da reforma, 15% do orçamento de saúde mental foi transferido para os municípios para apoiar alternativas de base comunitária, melhorar a prestação de serviços e prevenir hospitalização (320-323). O serviço de OP visa melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiências psicossociais graves ou de longo prazo e, nos últimos 20 anos, tornou-se um componente consagrado dos serviços sociais comunitários na maioria dos municípios suecos (323). Em 2018, um total de 336 serviços de OP estavam em funcionamento, alcançando 9.517 pessoas em 87% dos municípios do país (318).

A Suécia tem seis grandes organizações provedoras de OP (duas das quais são lideradas por usuários) que podem ser contratadas pelos municípios para fornecer serviços. O serviço é gerido localmente e é institucionalmente independente de outros serviços de saúde e sociais (319, 321, 322).

O serviço está disponível para adultos com mais de 18 anos de idade com deficiências psicossociais graves e uma necessidade significativa de cuidados de longa duração, apoio e acesso a serviços, incluindo alojamento, reabilitação e/ou emprego (324, 325). É divulgado através de folhetos e por boca a boca (323). Os clientes podem solicitar um OP diretamente, ou por meio de intermediários, ou o OP podem entrar em contato com clientes em potencial. Dá-se prioridade a jovens adultos, pessoas com crianças em casa que tenham problemas de saúde, pessoas em risco de suicídio e pessoas sem-teto ou em risco de despejo, bem como pessoas sem apoio e rede social.

Muitos OP são assistentes sociais treinados, advogados ou têm formação em medicina, enfermagem, psicologia ou psicoterapia. A maioria tem experiência de trabalhar com pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais (323) e podem ter experiência vivida. Novos OP recebem treinamento em temas tão diversos como prevenção de suicídio, migração e jogos de azar. Recentemente, uma profissão social recém-reconhecida foi estabelecida para eles, com seu próprio corpo profissional (*Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige*). Normalmente, os OP têm entre 13 e 20 clientes por vez (323) e trabalham sozinhos ou em grupos sob um órgão de gestão de OP. Este grupo de supervisão é composto por representantes do município, conselho do condado, serviços de atenção primária e saúde mental, serviços de emprego e seguro social, grupos de *advocacy* locais e/ou organizações de pessoas com experiência vivida.

Para chegar a bons resultados, o OP deve estabelecer uma relação de confiança mútua desde o início. Ao ouvir e trabalhar com um cliente, o OP pode ajudá-lo a identificar seus problemas, esperanças e objetivos de apoio. Isso pode incluir contestar uma ordem de tutela, ajudar na busca de moradia ou apoiar na construção de conexões comunitárias e uma rede de pares. Juntos, eles podem definir um roteiro para atingir esses objetivos. Essas reuniões são informais e podem ocorrer em um café, no escritório do OP ou na casa da pessoa. A fase introdutória inicial pode levar tempo se um cliente teve experiências anteriores negativas, pois os usuários do serviço incluem muitas pessoas que foram desautorizadas pelo sistema de saúde mental e, portanto, desconfiam de qualquer envolvimento (321, 322). Alguns serviços de OP usam um acordo escrito descrevendo como o cliente e o OP trabalharão juntos, mas outros não, em casos em que isso pode ser desanimador para o cliente. Em todas as situações, as necessidades e desejos do cliente orientam a ordem e a urgência das questões a serem tratadas.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

A premissa básica dos serviços de OP é o respeito à capacidade jurídica do cliente. O OP não pode ser indicado involuntariamente a um indivíduo por sua família, autoridades públicas ou tribunais, por exemplo; apenas o indivíduo pode solicitar suporte de um OP, e segue livre para encerrar o relacionamento a qualquer momento. O OP só pode agir com o consentimento do cliente. O OP nunca atua como uma figura de autoridade em relação ao cliente, apenas como um apoiador, reconhecendo e abordando potenciais desequilíbrios de poder.

### ***Práticas não coercitivas***

O uso da força ou coação é contrário aos princípios do serviço de OP. Um OP não pode forçar um cliente a aceitar quaisquer serviços, incluindo tratamento médico. Se o cliente estiver passando por uma crise ou episódio psicótico, o OP faz todos os esforços para encaminhá-lo aos serviços sociais ou de saúde adequados, respeitando as preferências do cliente, que podem ter sido previamente discutidas. Se um cliente for internado involuntariamente no hospital, o OP permanece em contato e continua a apoiar o cliente. Se o OP acredita que o comportamento de um cliente é um risco sério para si mesmo ou para outros, ele notifica a autoridade relevante.

### ***Inclusão comunitária***

Um dos principais objetivos do serviço é ajudar os clientes a serem participantes ativos e líderes de suas próprias vidas. Inclusão e participação na comunidade podem ser buscadas e apoiadas se o cliente desejar. O OP facilita os vínculos com os serviços, organizações e atividades da comunidade e ajuda o cliente a identificar barreiras ou conflitos que possam estar impedindo-o de se sentir incluído em sua comunidade, além de possíveis soluções. O OP também pode apoiar um cliente se ele tiver dificuldades

com parte da vida na comunidade, como dificuldades em lidar com conflitos, encontrar serviços de mediação ou se mudar para uma comunidade diferente.

### **Participação**

O serviço de OP incentiva o envolvimento dos clientes, bem como de organizações de usuários e familiares, no órgão de gestão dos OP e também de forma mais ampla. Essas partes interessadas têm um papel consultivo fundamental na identificação e, em última análise, no enfrentamento das barreiras que impedem os indivíduos de acessar cuidados, apoio e serviços disponíveis na comunidade. As organizações de usuários podem compartilhar relatórios de avaliação de serviços e pesquisas de satisfação do cliente diretamente com o Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar para subsidiar as práticas de OP e o desenvolvimento de programas gerais de OP. O órgão de gestão do serviço de OP e a representação das principais partes interessadas desempenham um papel importante na redução da distância entre o OP e as autoridades locais, e na efetivação de mudanças em todo o sistema.

### **Abordagem de Recovery**

A relação entre o cliente e o OP é essencial para o processo de recuperação. Uma função primária do OP é ajudar as pessoas a ganhar a confiança e as habilidades necessárias para assumir o controle sobre sua vida cotidiana. À medida que o cliente ganha maior influência e poder sobre sua situação, aumenta a possibilidade de *recovery*. Os OP recebem treinamento na abordagem de *recovery* para apoiá-los em seu papel (321, 324). O serviço de OP tem uma abordagem totalmente centrada na pessoa para trabalhar com os clientes e fornecer os cuidados, apoio e serviços de que necessitam. O *recovery* não é visto em termos de recuperação de uma condição de saúde mental em si, mas em termos da criação de novos objetivos e encontrar um novo significado na vida. O *recovery* também não é um processo linear, mas um em que se experimentam diferentes soluções ou caminhos, o que pode levar tempos diferentes e exigir suportes diferentes dependendo das necessidades dos clientes (324).

### **Avaliação do serviço**

O sistema de OP é avaliado de forma contínua. Existem dados quantitativos e qualitativos da eficácia e eficiência do serviço, que demonstram melhorias na qualidade de vida e benefícios socioeconômicos para as pessoas que usam o serviço (321, 326). Um rigoroso estudo quantitativo de 92 clientes ao longo de vários anos encontrou “menos sintomas psiquiátricos, uma melhor qualidade de vida subjetiva, [e] uma rede social aumentada” (327). Outras avaliações descreveram resultados mais dramáticos, inclusive: “ocorre uma transição radical, passando da assistência cara e passiva com a atenção psiquiátrica e o auxílio financeiro a uma ajuda mais dinâmica, com reabilitação, emprego, psicoterapia, ponto de contato, auxílio financeiro, serviços domiciliares, entre outros” (321).

O Comitê Nacional Sueco de Saúde e Bem-estar Social também realiza avaliações regulares (321, 326). Um estudo de 2014 mostrou que o apoio de um OP melhorou a situação financeira do cliente, capacitando-o a lidar com questões como liquidação de dívidas e emprego. Curiosamente, os custos com cuidados de saúde dos clientes aumentaram nos primeiros três anos, mas depois voltaram aos níveis pré-OP. O estudo nacional apurou, como outros antes dele, que há uma mudança gradual dos custos de suporte para os custos de reabilitação, tais como apoio à habitação e cuidados domiciliares. Outras avaliações notaram benefícios como: mais acesso a empregos significativos e “ao apoio e aos serviços que as pessoas necessitam e querem” (321, 326).

### **Custos e comparações de custo**

Os serviços de OP da Suécia são fornecidos gratuitamente aos usuários do serviço. Em 2013, entrou em vigor um novo regulamento que estabeleceu financiamento permanente para o sistema de OP (321,

323). O Comitê Nacional Sueco de Saúde e Bem-estar Social aumentou recentemente o financiamento total disponível para serviços de OP de 99,9 milhões de coroas suecas em 2019 (aproximadamente US\$ 12 milhões)<sup>x</sup> para 130 milhões de coroas em 2020 (aproximadamente US\$ 15,5 milhões)<sup>x</sup> ([Bengtsson A], [Socialstyrelsen], comunicação pessoal, [2020]). Esse financiamento é disponibilizado aos municípios por meio de uma verba estadual como um valor fixo por OP empregado pelo município. Além desta verba, os municípios cobrem parte do salário dos OP e custos adicionais, tais como transporte, despesas, etc. Os conselhos distritais também podem estar envolvidos no financiamento das atividades de OP; no entanto, isso varia significativamente de condado para condado.

Houve também benefícios socioeconômicos com o serviço de OP na Suécia, com redução dos gastos do governo de cerca de 700 mil coroas suecas (cerca de US\$ 83.760) por cliente em um período de 5 anos – uma economia equivalente a um custo 17 vezes menor (321, 83).

## Mais informações e recursos

### Site:

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

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

### Vídeos:

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

<https://www.mhe-sme.org/paving-the-way-to-recovery-the-personal-ombudsman-system/>

### Contato:

Ann Bengtsson, funcionária do programa, Socialstyrelsen, Suécia

E-mail: [ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se](mailto:ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se)

Camilla Bogarve, diretora geral, PO Skåne, Suécia

E-mail: [camilla.Bogarve@po-skane.org](mailto:camilla.Bogarve@po-skane.org)

<sup>x</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

---

## 2.6 Serviços residenciais de apoio para saúde mental

---

Os serviços residenciais de apoio 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 seção 3 – *Rumo a uma prestação de serviços holística: Moradia, educação, emprego e proteção social*.

Os serviços residenciais de apoio 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. Assim, 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 os tipos são ilustrados nesta seção.

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 nos quais pessoas que precisam de suporte vivem junto com pessoas que não precisam disso. Outros exemplos mostram indivíduos que vivem na sua própria casa ou sozinhos em uma moradia fornecida pelo serviço, enquanto recebem apoio do serviço residencial.

O tipo e a intensidade do apoio fornecido também variam muito, dependendo das necessidades individuais das pessoas. Por exemplo, alguns serviços podem oferecer assistência diurna e noturna para as atividades da vida diária e autocuidado. Às vezes, funcionários e assistentes moram na própria unidade habitacional, como vizinhos de quem usa o serviço. Em outros serviços residenciais, os cuidados e apoio fornecidos são mínimos, pois os residentes são capazes de viver de forma independente por conta própria. Em alguns serviços, a intensidade do apoio prestado evolui ao longo do tempo, à medida que as necessidades dos usuários mudam.

Em muitos países, os serviços residenciais são tradicionalmente de base hospitalar, com usuários isolados, impedidos de participar e se engajarem na comunidade. Nesta seção, são apresentados serviços alternativos que se distanciam deste 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.

2.6.1

# Residência Hand in Hand

Geórgia



*A Hand in Hand é uma ONG georgiana que fornece moradia comunitária independente para pessoas com deficiências psicossociais de longo prazo, inclusive pessoas que já foram institucionalizadas. A missão é criar melhores condições de vida para as pessoas com deficiência e apoiar a sua inclusão e integração na sociedade (328). A ONG também oferece assistência pessoal e treinamento para famílias e/ou indivíduos que apoiam pessoas com deficiências psicossociais.*

### Classificação primária: Serviço residencial de apoio

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

A Geórgia é um país de renda média-alta em rápido crescimento. Embora em 2015 tenha sido publicado um plano de ação nacional de cinco anos para a desinstitucionalização e o desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitários, o sistema de saúde mental da Geórgia continua sendo predominantemente manicomial (329, 330). Comparativamente, a Hand in Hand oferece uma abordagem residencial e centrada nas pessoas; cada casa admite no máximo 5 adultos que dormem em quartos individuais ou duplos. Na última década, a Hand in Hand se expandiu de uma para seis casas e agora acomoda um total de 30 adultos em suas casas em Gurjaani e Tbilisi.

As pessoas que desejam ingressar em uma residência devem preencher um formulário por escrito descrevendo o tipo de apoio de que necessitam. Esta avaliação inclui detalhes da personalidade do indivíduo, habilidades de comunicação, necessidades de apoio e compatibilidade geral com os outros residentes. O Fundo Nacional de Atenção, Proteção e Auxílio às Vítimas Legais de Tráfico Humano é que decide quem pode se tornar um residente, embora leve em consideração as avaliações da própria Hand in Hand. Aqueles priorizados para aceitação incluem pessoas com deficiência psicossocial que fazem parte da família biológica de outro residente (por exemplo, um filho ou filha); aqueles que foram criados em famílias adotivas, mas se mudaram aos 18 anos; e aqueles que estão morando em casa, mas não recebem apoio familiar.

Desde que as reformas nas leis da Geórgia acabaram com a tutela e a tomada de decisões por procuração para pessoas com deficiências psicossociais, as pessoas precisam dar seu pleno consentimento para ingressar nas residências e também são livres para sair, se assim o desejarem.



Cada casa tem 3-5 colaboradores, chamados assistentes, que trabalham com flexibilidade em turnos de 24 horas para que haja pelo menos um sempre disponível a qualquer hora do dia e da noite. Os assistentes usam os princípios do suporte ativo (331) para ajudar os residentes a marcar consultas com psicólogos ou assistentes sociais; ajudá-los a participar de atividades de trabalho, esporte ou lazer; e acompanhar as pessoas em atividades ao ar livre. Os assistentes também apoiam os usuários do serviço na defesa dos seus direitos e na gestão dos seus assuntos pessoais (332). Sob as novas leis que substituíram o antigo sistema de tutela, os assistentes também podem assumir o papel de “apoiador designado” de um residente, nos casos em que um vínculo mútuo se desenvolve e ambas as partes concordam.

Outros funcionários também atendem às necessidades dos residentes, incluindo psicólogos. O coordenador da Hand in Hand está sediado no escritório da ONG em Tbilisi (332). O coordenador presta consultoria sobre casos individuais, facilita o atendimento médico externo e também defende os direitos dos residentes perante as autoridades. Todos os funcionários recebem treinamento em vários temas, inclusive prestação de cuidados de longo prazo, cuidados orientados ao *recovery*, sexo e deficiência, e manejo de comportamentos desafiadores.

Os residentes são incentivados a participar das atividades diárias de sua escolha para desenvolver ou manter a autonomia e as redes de apoio. A inclusão na comunidade também é incentivada e apoiada. Os moradores preparam a comida, cuidam da casa e do jardim, compram produtos domésticos, entram em contato e interagem com os vizinhos, participam de hobbies e participam de diversos eventos culturais (333). Cada morador recebe um espaço designado para trancar e guardar seus pertences (334). Eles criam e revisam seus próprios planos de suporte junto com assistentes da Hand in Hand, usando o método de mapas (335) ou roteiros (336), que são todos baseados nas necessidades e desejos da pessoa.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

O modelo Hand in Hand estimula a cooperação da equipe com os moradores para fornecer a assistência necessária para viver uma vida plena. O apoio à capacidade jurídica dos residentes é prestado de acordo com os princípios do Suporte Ativo (337). A equipe interna é treinada para garantir que os indivíduos sejam empoderados para tomar decisões em todas as áreas de suas vidas. Por exemplo, enquanto os residentes geralmente decidem em grupo os planos e horários das refeições, os indivíduos também podem fazer suas próprias escolhas. As pessoas têm acesso total a toda a sua documentação médica e legal e todas as informações pessoais são mantidas em sigilo.

Cada morador indica uma pessoa de sua confiança para ser incluída no desenvolvimento de seu plano de atendimento individual, que pode ser um amigo, um parente, um padre, um vizinho ou outro assistente, e o serviço assegura a sua participação. Famílias e amigos também têm acesso a sessões de treinamento sobre a melhor forma de apoiar os indivíduos e promover uma vida digna e independente.

### ***Práticas não coercitivas***

A Hand in Hand evita o uso de coerção, incluindo medicação ou tratamento forçado (334). Os funcionários passam por treinamento sistemático sobre medidas não coercitivas e técnicas de desescalada, com reciclagem a cada dois ou três anos. Nas raras situações em que uma pessoa se recusa a tomar a medicação e seu bem-estar foi impactado negativamente como resultado, a equipe faz um grande esforço para negociar com a pessoa junto com um membro de confiança do círculo de apoio. Na maioria dos casos, esta abordagem foi bem sucedida; no entanto, algumas pessoas foram hospitalizadas. Os

funcionários notificam quaisquer incidentes que envolvam coerção, juntamente com as decisões tomadas e as medidas que se seguiram.

### **Inclusão comunitária**

A Hand in Hand visa promover a inclusão na comunidade. Os moradores costumam convidar os vizinhos para visitar e participar de festas de aniversário, outras celebrações e eventos sociais. Metade dos moradores das casas Hand in Hand têm empregos na comunidade e recebem apoio para encontrar e manter emprego (338). Os residentes também trabalham em empreendimentos sociais geridos pela Hand in Hand. Alguns trabalham para empresas da comunidade ou administram seus próprios negócios individuais, em áreas como agricultura, apicultura, confeitaria, artesanato e fabricação de brinquedos e utensílios domésticos de madeira e outros produtos naturais. Alguns residentes também trabalham nas profissões artísticas. Um morador, por exemplo, é integrante da trupe teatral “Azadaki Garden” e participa de suas produções (334). Os moradores também são incentivados a participar de eventos esportivos, cinema, cultos religiosos e comer fora de vez em quando. Todos os anos, eles passam 10 a 14 dias de férias em um resort na Geórgia, acompanhados por assistentes.

### **Participação**

Os beneficiários do serviço estão cientes e informados sobre os procedimentos de *feedback* e reclamações por meio dos quais podem expressar livremente seus desejos, reclamações ou preocupações aos assistentes e membros da administração (incluindo o coordenador, diretor, gerentes, etc.). O *feedback* é analisado pela equipe em reuniões semanais e medidas são implementadas em resposta. Embora nenhuma pessoa com experiência vivida ou ex-residente da Hand in Hand tenha sido contratada como funcionário, voluntário ou estagiário da ONG, essas pessoas são regularmente envolvidas em discussões mensais sobre as decisões relativas à organização e desenvolvimento do serviço. Um dos moradores da Hand in Hand trabalha em uma ONG georgiana que presta serviços de *advocacy*. Ele também deve servir no Conselho de uma nova iniciativa Hand in Hand para toda a Geórgia, cujos membros se identificam como sobreviventes de abusos de direitos humanos nos serviços.

### **Abordagem de Recovery**

As residências comunitárias da Hand in Hand funcionam de forma alinhada à abordagem de *recovery*. Cada morador da casa é empoderado para se tornar um participante ativo em sua própria jornada de *recovery*, fazendo suas próprias escolhas diárias sobre sua vida e aprendendo a viver coletivamente em um ambiente seguro. Eles são incentivados a manter seus planos individuais atualizados para que possam reavaliar regularmente suas esperanças e objetivos, bem como estratégias para lidar com os medos. Também recebem apoio para desenvolver habilidades que tornam a vida mais significativa e os ajudam a encontrar um papel na sociedade, para ajudar a desenvolver um senso de responsabilidade pessoal, identidade e significado. O serviço também incentiva uma atitude positiva perante os riscos, concentrando-se concretamente nos pontos fortes das pessoas (328).

### **Avaliação do serviço**

Um levantamento interno informal com cinco moradores ([Dateshidze A], [ONG – Hand in Hand], comunicação pessoal, [2020]) constatou que as pessoas gostavam de sua situação de vida. Apreciaram o fato de serem os principais tomadores de decisão, decidindo que roupas usar, quando limpar seu quarto e apartamento, quando dormir, usar o telefone, quem pode visitá-los e quando podem visitar amigos e familiares, etc. Um relatório do governo de 2018 que avaliou uma casa da Hand in Hand em Tbilisi constatou que o serviço proporcionava um nível de vida adequado num ambiente higiênico e confortável (334). Também constatou que os indivíduos tinham acesso a uma variedade de serviços na comunidade e participavam de atividades lúdicas e estimulantes. Crucialmente, eles foram capazes

de desenvolver habilidades essenciais para uma vida independente, incluindo organização pessoal, limpeza, culinária, higiene, uso de objetos domésticos, fazer compras, ir à farmácia e usar o dinheiro.

### **Custos e comparações de custo**

As casas da Hand in Hand como um todo contam com um orçamento anual de cerca de 300 000 laris georgianos (ლ) (aproximadamente US\$ 90.300), sendo que os salários dos funcionários representam cerca de 60% desse montante. O custo médio diário por morador em 2019 foi de ლ33 (US\$ 10)<sup>y</sup>. Em comparação, as residências institucionais mais tradicionais custam ლ29 por morador por dia (US\$ 8,70), o que significa que as casas da Hand in Hand são custo-efetivas, ao mesmo tempo em que proporcionam maior qualidade de vida aos moradores. É cobrado dos residentes um aluguel simbólico mensal de ლ15 em Gurjaani (cerca de US\$ 4,50)<sup>y</sup> e ლ40 em Tbilisi (cerca de US\$ 12)<sup>y</sup>; no entanto, não há regras rígidas nem obrigação de co-pagamento.

Desde a sua criação em 2010, o serviço tem demonstrado a viabilidade de fornecer serviços de saúde mental e de vida apoiada na comunidade. Este reconhecimento resultou na inclusão das casas Hand in Hand como um dos programas sociais financiados pelo Ministério do Trabalho, Saúde e Assuntos Sociais em 2014. Isso praticamente duplicou o financiamento estatal por residente em 2018. No geral, o estado agora cobre 80% das despesas totais da ONG. Os 20% restantes vêm de instituições de caridade, incluindo a Open Society Foundations, bem como empresas sociais geridas pela Hand in Hand ou por seus moradores. Doações em espécie e campanhas de arrecadação também contribuíram para apoiar a organização.

## Mais informações e recursos

### **Site:**

[www.handinhand.ge](http://www.handinhand.ge)

### **Vídeo:**

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

### **Contato:**

Amiran Dateshidze, fundador, Hand in Hand, Geórgia.  
E-mail: [adateshidze@yahoo.com](mailto:adateshidze@yahoo.com)  
Maia Shishniashvili, fundadora, Hand in Hand, Geórgia.  
E-mail: [maia.shishnia@gmail.com](mailto:maia.shishnia@gmail.com)

<sup>y</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

2.6.2

## Home Again

Chennai, Índia



*O Home Again é um serviço de moradia para mulheres com problemas de saúde mental de longo prazo, que vivem na pobreza e/ou em situação de rua, sediado em três estados da Índia: Tamil Nadu, Kerala e Maharashtra, inclusive na cidade de Chennai. Fundada em 2015 pela The Banyan, uma organização sem fins lucrativos que fornece serviços de saúde mental tanto institucionais como de base comunitária (339), a Home Again apoia pessoas que estão em transição de cuidados institucionalizados para uma vida independente na comunidade, abrigando-as com outras pessoas em um ambiente caseiro.*

## Classificação primária: Serviço residencial de apoio

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

O Home Again tem como base a crença de que a oportunidade de viver na comunidade, em um ambiente familiar ou doméstico, deve estar disponível incondicionalmente – sem as definições normativas de estar “apto para alta” ou “pronto para a comunidade”. O Home Again é um componente integral do serviço de vida inclusiva da The Banyan. Opera em dois bairros de Chennai e em outras áreas de Tamil Nadu, bem como em três distritos em Kerala e dois em Maharashtra. A The Banyan também opera uma casa de grupo em Kovalam, uma cidade litorânea perto de Chennai. Além de seus programas residenciais, a ONG oferece atendimento de emergência e serviços de *recovery* para pessoas que precisam de suporte durante crises ou cuidados agudos e promove a saúde psicossocial por meio de programas comunitários de saúde mental, todos voltados para os sem-teto, comunidades indígenas e aqueles que vivem abaixo da linha da pobreza.

O serviço Home Again aluga casas em bairros urbanos, suburbanos e rurais, perto de serviços essenciais como lojas, centros culturais e unidades de saúde. As acomodações variam entre casas e apartamentos, inclusive em condomínios fechados; cada casa recebe de quatro a cinco pessoas. A escolha é um fator essencial para determinar o local de permanência dos usuários do serviço; os moradores podem escolher entre um ambiente urbano ou rural, com quem desejam morar, e manifestar sua preferência por espaços compartilhados.

Além de moradia, o serviço oferece diversos suportes aos moradores para melhorar sua saúde psicológica, integração à comunidade, qualidade de vida e mobilidade social. As pessoas que usam o serviço

são incentivadas a se envolver com todos os aspectos da vida, incluindo trabalho, lazer, recreação e várias oportunidades sociais (340). O Home Again também oferece ajuda para acessar direitos sociais; conscientizar os membros de seus direitos; avaliações e revisões de apoio médico e psicossocial; acesso a cuidados gerais de saúde; e para aqueles com necessidades complexas, assistência pessoal no local (341).

A admissão é oferecida a pessoas que vivem há um ano ou mais em qualquer uma das outras instalações da The Banyan ou em certos hospitais psiquiátricos públicos, e o serviço é restrito a pessoas que não podem morar com familiares. O estado de Kerala exclui do serviço pessoas com histórico de violência extrema. Não há outros critérios de exclusão (342). Em 2019, 245 pessoas receberam apoio em 50 casas, incluindo aquelas apoiadas por uma organização parceira, Ashadeep, que tem seis casas no estado de Assam.

The Banyan não estabelece regras rígidas para as casas; em vez disso, as pessoas são incentivadas a criar suas próprias rotinas e formas de convivência responsável, incluindo limites. Respeito à privacidade (340), discussão e a supervisão não intrusiva são marcas registradas dessa abordagem, e os membros desenvolvem um sentimento de parentesco entre si e com seus apoiadores. Quando surgem conflitos, o gerente de caso ou o assistente pessoal fazem a mediação e ajudam a negociar o melhor caminho a seguir.

Para cada 60 pessoas, há quatro funcionários (um gerente de programa, dois gerentes de caso e uma enfermeira) e 15 a 24 assistentes pessoais, dependendo das necessidades de suporte. O papel do assistente pessoal é entender e ajudar as pessoas a identificar experiências e objetivos que desejam para suas vidas, avaliar colaborativamente as necessidades de apoio e facilitar oportunidades e acesso a recursos (343). Os assistentes pessoais ajudam os indivíduos a cuidar de si mesmos e de suas casas, bem como realizar transações sociais e econômicas, procurar emprego e acessar serviços bancários, recreativos e de saúde. Algumas casas não têm funcionários, enquanto outras têm pessoal que pernoita na casa ou reside nela em tempo integral (343).

Os assistentes pessoais são recrutados das comunidades locais, muitas vezes de origem rural, e normalmente não têm experiência anterior em saúde mental. Outros podem ser ex-residentes de um serviço da The Banyan (341). Eles passam por um programa de indução de uma semana com base em um currículo (desenvolvido em conjunto com a Universidade da Pensilvânia) que descreve a estrutura, o processo e os protocolos. Os gerentes de caso, que têm formação em nível de mestrado em serviço social ou psicologia, visitam as casas semanalmente, tanto para supervisionar o trabalho dos assistentes pessoais quanto para passar tempo com os residentes. Os gerentes de caso trabalham com cerca de 30 indivíduos cada, e enfermeiros também visitam os lares semanalmente (341).

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

O ingresso no Home Again é totalmente voluntário; as pessoas são livres para fazer o que quiserem em termos de lazer, interação com a comunidade ou trabalho. A maioria dos usuários do Home Again recebe suporte para redigir uma diretiva antecipada, que é reanalisada anualmente. Os protocolos da The Banyan (aplicáveis a todos os serviços da ONG) regem o acesso aos prontuários e o uso e divulgação de informações do serviço. Qualquer uso de informações com finalidade que não a prestação do serviço exige consentimento informado do cliente por escrito. Quando as pessoas se inscrevem no serviço, elas preenchem um formulário de consentimento e indicam como desejam que suas informações sejam usadas. Quaisquer violações do sigilo por membros da equipe são levadas muito a sério. Se um usuário do serviço sente que sua confiança foi quebrada, ela pode optar por trabalhar com outra pessoa.

### **Práticas não coercitivas**

Reclusão e contenção não são usadas no serviço, e os residentes podem sair se assim o desejarem. Visitas sociais regulares e sessões de Diálogo Aberto (ver seção 2.1.3) são organizadas para garantir que qualquer coerção não intencional, explícita ou implícita, seja abordada. Ocasionalmente, uma pessoa em crise tem a opção de ir a um dos centros de atenção de emergência e *recovery* da The Banyan, que também não usam práticas coercitivas. As diretivas antecipadas são usadas para seguir os desejos e preferências da pessoa em situação de crise. Os residentes podem escolher se querem ou não tomar qualquer medicação prescrita. Estratégias de Diálogo Aberto são usadas para explorar perspectivas alternativas e razões por trás das escolhas da pessoa.

A Home Again também teve um impacto nas práticas coercitivas com base em discriminação de casta e gênero. Embora a escolha da moradia seja baseada em grupos de afinidade, observou-se a formação de grupos de castas mistas, bem como grupos de classes mistas. A Home Again também representa o modelo ainda raro de domicílio encabeçado por mulheres, e mulheres vivendo de forma independente sem apoio dos homens.

### **Inclusão comunitária**

O programa Home Again visa especificamente promover a inclusão de pessoas com deficiência psicossocial na malha socioeconômica da comunidade. Vários apoios são fornecidos para que os moradores participem de atividades, incluindo reuniões da comunidade ou povoado, criação de um grupo de autoajuda ou rede de apoio, abertura de um empreendimento social, bem como aprendizado de habilidades básicas (344). Os relacionamentos são incentivados dentro da casa, bem como fora dela. Os usuários do serviço são incentivados a participar de eventos sociais e recebem apoio para procurar suas famílias, de acordo com seus desejos (344, 345). O serviço também liga as pessoas a redes de pares locais na comunidade.

### **Participação**

Pessoas com experiência vivida estão presentes em toda a equipe e diretoria, desde os fundadores até a equipe de administração sênior; o objetivo é alcançar pelo menos 50% de representação nos próximos anos. Muitos assistentes pessoais também têm experiência pessoal com angústia, que é considerada uma fonte valiosa de experiência vivida que pode melhorar seu suporte aos usuários do serviço (341). Além disso, os usuários do serviço são incentivados a participar de reuniões da comissão de saúde mental criada pela The Banyan e liderada por pessoas com experiência vivida. A comissão de saúde mental audita o *feedback* recebido dos usuários do serviço com base em visitas trimestrais, entrevistas e *feedback* registrado pelos gerentes de caso em visitas semanais. Qualquer pessoa pode participar dessas reuniões, bem como das reuniões mensais de um comitê de direitos humanos, composto por pessoas que usam serviços de saúde mental além de lideranças locais, ativistas de deficiência, advogados e cuidadores de pessoas com problemas de saúde mental. Os usuários do serviço também realizam um grupo focal mensal chamado de “reunião de pulso”, que consolida e analisa esse *feedback* e planeja como melhorar os serviços de forma incremental (341).

### **Abordagem de Recovery**

Planos individualizados de *recovery* ou de crescimento pessoal são desenvolvidos por meio de diálogo contínuo. Ferramentas clínicas e não clínicas que ajudam a construir resiliência, preparar-se para a incerteza, celebrar pequenas e grandes alegrias, manter a esperança e olhar para o futuro são usadas em associação para fornecer um plano de atendimento individual único. Sessões mensais baseadas em diálogo ajudam a avaliar as ações e o progresso rumo às metas. Os usuários do serviço articulam desafios e identificam de forma colaborativa estratégias de vida significativas usando o Diálogo Aberto.

O manejo de casos envolve o uso de avaliações detalhadas para determinar as necessidades de apoio médico e psicossocial da pessoa e o plano de cuidados personalizado (341).

### Avaliação do serviço

um estudo interno de pessoas que usaram os serviços da The Banyan por mais de 12 meses em uma comunidade urbana e três comunidades rurais de Chennai avaliou as experiências de 53 pessoas que optaram pelo Home Again em comparação com 60 pessoas que optaram por permanecer nas instalações institucionais do The Banyan (consideradas como o grupo de tratamento padrão habitual). Medidas foram coletadas semestralmente por meio de diferentes questionários e escalas, durante um período de 18 meses (341). Foram constatadas melhorias significativas quanto à integração da comunidade no grupo Home Again em comparação com o grupo de tratamento padrão após 6 meses e 18 meses (341). Esses resultados foram baseados em um Questionário de Integração Comunitária que mede a integração domiciliar, social e no trabalho.

### Custos e comparações de custo

O apoio financeiro geral é fornecido pela Hans Foundation, Rural India Supporting Trust, Iniciativa Filantrópica Azim Premji, Fundação Paul Hamlyn, Sundram Fasteners Limited, Bajaj Finserv e Fundação HCL. Os serviços são gratuitos para o usuário. Em 2019, o custo do Home Again era de ₹9060 (US\$ 123)<sup>z</sup> por pessoa por mês, o que inclui todos os custos de bem-estar, pessoal, capacitação e administração. Isso representa menos de um terço dos custos das instalações psiquiátricas administradas pelo governo, que custam ₹29 245 (US\$ 426)<sup>aa</sup> por pessoa por mês.

### 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) 1: <https://www.youtube.com/watch?v=FoyLsmhJjvg>

#### Contato:

Pallavi Rohatgi, diretora executiva (parcerias),  
The Banyan, Chennai, Índia.

E-mail: [pallavi@thebanyan.org](mailto: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](mailto:nisha@thebanyan.org)

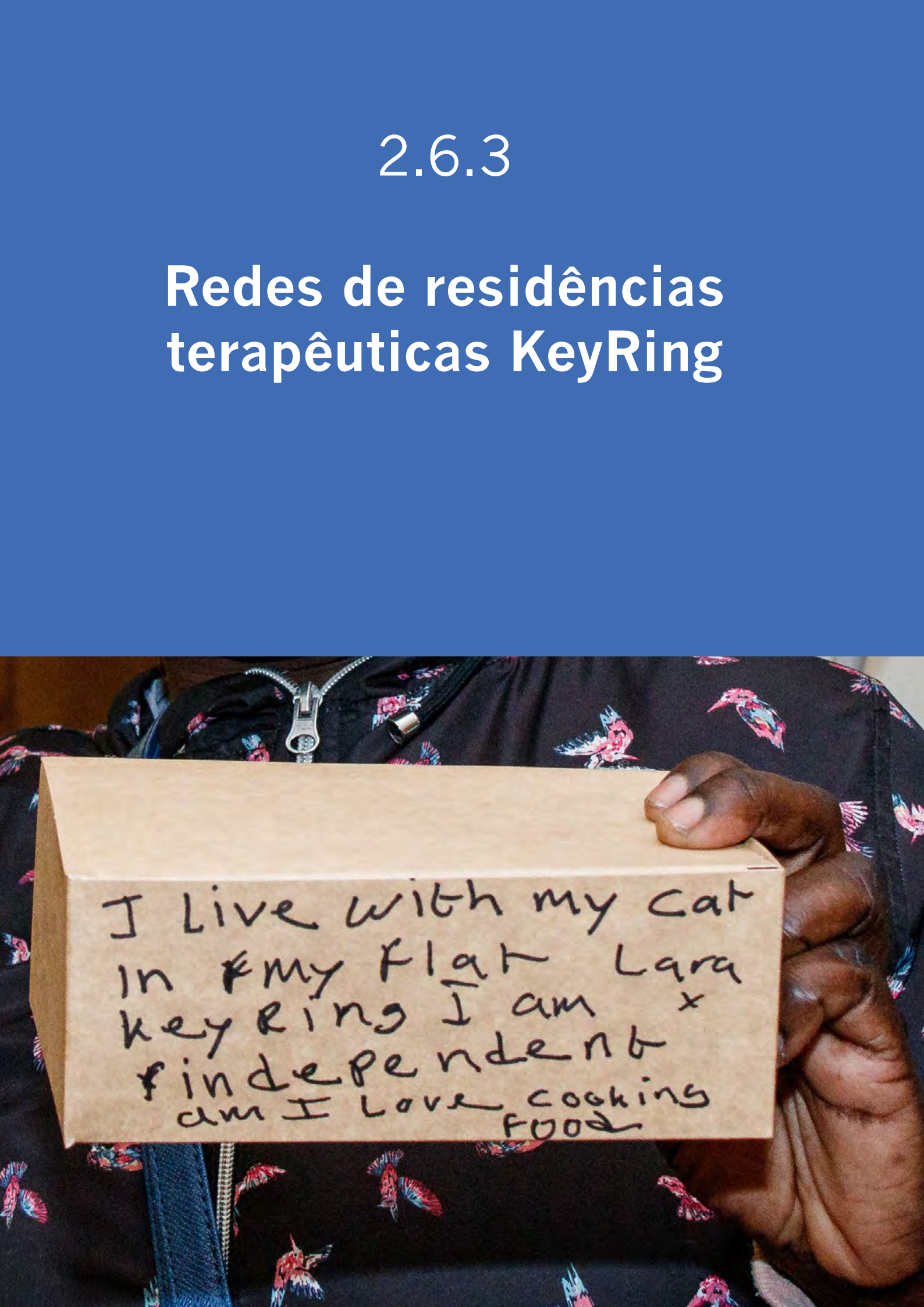
<sup>z</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

<sup>aa</sup> Conversão da moeda em março de 2021.



2.6.3

## Redes de residências terapêuticas KeyRing

A person wearing a black jacket with a colorful floral pattern is holding a rectangular cardboard sign. The sign has handwritten text in black ink. The text 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

*Desde 1990, a KeyRing fornece serviços de residência terapêutica para pessoas com problemas de saúde mental, deficiências psicossociais e dependência de drogas e álcool (346). Sua missão é inspirar as pessoas a construir vidas independentes por meio de suporte flexível, desenvolvimento de habilidades e redes de conexão (347). A KeyRing consiste em mais de 100 redes de suporte na Inglaterra e no País de Gales (348), cada uma com cerca de 10 casas localizadas a uma curta distância umas das outras, para que os membros da KeyRing também possam se conectar e se envolver mais com sua comunidade (349-351). A missão do serviço é conectar pessoas e inspirá-las a construir a vida que desejam.*

### Classificação primária: Serviço residencial de apoio

#### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária  Serviços móveis de saúde mental na comunidade  Suporte de pares  
 Serviço para atenção à crise  Serviço de base hospitalar  Serviço residencial de apoio para saúde mental

#### Oferecido em outros locais:

- Sim  Não

#### Base de evidências:

- Literatura publicada  Literatura cinzenta  Nenhuma

#### Financiamento:

- Sistema público de saúde  Sistema público de assistência social  Seguro saúde  
 Entidades financiadoras  Pagamento direto

### Descrição do serviço

Como um país de alta renda, o Reino Unido tem um sistema de saúde mental bem desenvolvido e foi um dos primeiros países industrializados a iniciar um processo de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, nas décadas de 1970 e 1980 (352). No entanto, um aumento de 40% nas detenções involuntárias sob a Lei de Saúde Mental entre 2005 e 2016 (353-356) e a colocação inadequada de pessoas com deficiência psicossocial em instituições asilares ou sua detenção em prisões e instalações forenses (357, 358) refletiu um movimento em direção a uma abordagem de “aversão ao risco” no setor de saúde mental e uma falha em fornecer apoio suficiente. A KeyRing foi criado para preencher essa lacuna, fornecendo suporte para arranjos de vida independentes e conectados por períodos limitados de tempo.

As residências são alugadas das autoridades locais ou associações de mutuários, ou podem mesmo ser de propriedade dos membros. As redes são desenvolvidas em torno de acomodações existentes e disponíveis, para que os moradores nem sempre precisem se mudar para ingressar na KeyRing, o que os forçaria a abandonar laços sociais e comunitários significativos (348). Os voluntários que vivem na comunidade vivem em acomodações da KeyRing e fornecem apoio informal aos membros para as atividades do dia-a-dia, o que inclui acompanhar os membros a compromissos para educação, emprego e atividades voluntárias (348, 359). Um hub comunitário, no centro da rede, permite que os membros da KeyRing socializem com outros usuários do serviço e se encontrem com voluntários e funcionários

da comunidade (360). Outros funcionários da KeyRing incluem voluntários de conexões comunitárias, gerentes de apoio e facilitadores da comunidade, que apoiam os residentes em diferentes aspectos de seus compromissos comunitários e vidas pessoais (346, 360).

Quando um recém-chegado é aprovado como membro da KeyRing, a equipe inicia uma análise holística para determinar os requisitos de suporte mais imediatos da pessoa (361) e apoiá-los para desenvolver um plano de recuperação pessoal. A formação de pessoal, através da Care Academy (362), abrange saúde e segurança, trabalho solitário, salvaguardas e apoio à igualdade e à diversidade. Os funcionários também são treinados no desenvolvimento de valores da KeyRing, como desenvolvimento comunitário baseado em ativos, empoderamento, organização da comunidade e também sobre como usar o método Outcome Star (363) para ajudar os membros a se tornarem mais independentes. Outras oportunidades de treinamento especializado e certificação também são oferecidas.

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

A capacidade jurídica é um princípio fundamental subjacente à missão da KeyRing de promover uma vida independente e facilitar a autonomia. A equipe se concentra em acompanhar os membros com base em suas habilidades e experiência (347), usando uma abordagem baseada em pontos fortes para criar uma atmosfera de incentivo e positividade. Buscam-se sempre escolhas bem informadas, e os membros têm acesso flexível ao apoio, incluindo uma linha de apoio 24 horas e acesso a um defensor (364). Versões fáceis de ler de documentos estão disponíveis para que decisões independentes totalmente esclarecidas possam ser tomadas (365). Os moradores escolhem onde e com quem moram; eles não são obrigados a mudar de casa para ingressar na rede, uma vez que novas redes podem ser criadas em torno de acomodações existentes (348). Isso cria um senso de responsabilidade e agência.

### ***Práticas não coercitivas***

Práticas coercitivas, como isolamento e contenção, nunca são usadas nos serviços KeyRing. Há treinamento disponível para os funcionários na plataforma de aprendizagem Open Futures a respeito de técnicas de desescalada e trabalho com pessoas difíceis ou propensas a autolesões. Os funcionários e voluntários são considerados membros iguais da comunidade, o que impede o desenvolvimento de assimetrias de poder. As pessoas nunca são obrigadas a tomar medicamentos e tomá-los não é condição para a continuidade da prestação do serviço e apoio. Se um usuário do serviço não estiver disposto a tomar seus medicamentos, a equipe da KeyRing discute os riscos com o indivíduo, bem como com os profissionais, familiares, cuidadores e até mesmo com um voluntário, com o consentimento do usuário do serviço. A linha direta 24 horas está disponível caso os indivíduos precisem entrar em contato com um conselheiro de crise com urgência (348, 364). Se os funcionários não são capazes de gerenciar uma situação de crise, eles entram em contato com as equipes de saúde mental e assistência social da área local para obter apoio; mas se uma pessoa estiver causando danos a outros membros ou funcionários da rede, um alerta de proteção é emitido à autoridade local ou à polícia. Caso um usuário seja levado ao hospital, os funcionários da KeyRing visitam, articulam com as equipes de saúde mental e cuidam de questões de habitação e financeiras.

### ***Inclusão comunitária***

Vincular os residentes da KeyRing aos recursos da comunidade é uma parte importante da abordagem KeyRing (366). Ter várias opções de suporte dentro da área em que moram incentiva os membros da rede a pensar mais além do seu funcionário de suporte; eles podem ligar para um amigo se estiverem preocupados com alguma coisa ou visitar o café local se se sentirem sozinhos – e assim participar diretamente da vida da comunidade. A equipe mapeia recursos dentro da comunidade e convida pales-

trantes para conversar com os membros. Os usuários do serviço são incentivados a participar de clubes, grupos e esportes locais e outras atividades da comunidade local, como projetos de melhoria do bairro, campanhas e arrecadação de fundos para caridade (364). As pessoas também recebem apoio para encontrar oportunidades de emprego.

### **Participação**

Os membros da KeyRing participam de todos os níveis da organização; também podem assumir cargos de voluntários ou funcionários. Dois membros do Conselho Deliberativo da KeyRing são pessoas com experiência em serviços da KeyRing (346, 365). Os membros também fazem apresentações para autoridades locais, participam de processos de seleção de funcionários e voluntários e participam da realização de conferências nacionais da KeyRing. Os membros têm igual voz aos gerentes nas nomeações e no controle editorial do jornal trimestral da organização. O grupo “Working for Justice”, que faz campanha para pessoas com deficiências de aprendizado que tiveram problemas com o sistema de justiça criminal, forneceu treinamento para agentes penitenciários em todas as prisões da Inglaterra. Membros chamados “Keycheckers” monitoram os serviços da KeyRing, e uma pesquisa de satisfação dos membros garante que o *feedback* dos usuários do serviço seja ouvido (365).

### **Abordagem de Recovery**

A abordagem de *recovery* é central para a filosofia da KeyRing (364) e é reforçada pelo uso de uma abordagem de desenvolvimento comunitário baseada em ativos, cujos princípios fundamentais são promover o desenvolvimento liderado pelo cidadão, orientado para o relacionamento, baseado em ativos, baseado no local e baseado na inclusão (367). Com base na análise holística dos requisitos de suporte mais imediatos dos novos membros, a equipe ajuda os membros a preparar um plano de *recovery* que especifique metas de *recovery* de curto e longo prazo, usando a ferramenta de planejamento de suporte Outcome Star, que considera dez etapas da jornada de uma pessoa em direção à autossuficiência (363, 368). Assumir riscos de maneira positiva também é valorizado, e um plano de gestão de riscos positivo é desenvolvido com os membros para identificar estratégias visando lidar com situações difíceis e aumentar o bem-estar. Rotular as pessoas é visto como algo que limita o potencial delas e é evitado por completo (346, 347).

### **Avaliação do serviço**

Durante o ano fiscal de 2017-2018, 2001 pessoas receberam apoio em 50 autarquias locais, em redes que empregavam cerca de 209 funcionários da KeyRing (369). No ano seguinte, 2019-2020, o KeyRing prestou apoio a um total de 2.213 pessoas, com uma equipe de 220 pessoas entre funcionários e voluntários (370).

Desde sua primeira avaliação em 1998, o KeyRing recebeu avaliações consistentemente positivas sobre a qualidade de seu serviço e sua relação custo-benefício (356). Em 2002, uma avaliação independente concluiu que o KeyRing “estava bem à frente da maioria das entidades em termos de foco e resultados” (356). Em 2006, um estudo do Departamento de Saúde do Reino Unido analisou os resultados de membros de três redes diferentes, concluindo que todos permitem que pessoas que precisavam de apoio em grau elevado, seja prestado por cuidadores remunerados ou familiares, vivam gradualmente de forma independente. O estudo constatou que o KeyRing “ajuda adultos que necessitam de apoio a obter mais que o oferecido pelos modelos tradicionais” (356). Em 2015, uma avaliação de três anos da rede de *recovery* da KeyRing, que apoia pessoas em recuperação de abuso e dependência de substâncias, declarou: “Conclui-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” (371).

Uma avaliação de 2018 realizada pela Housing Learning and Improvement Network concluiu que, todos os anos, a presença das redes KeyRing conseguiu: que 30% de seus membros evitassem uma internação psiquiátrica (com duração média de três semanas); 30% não ficassem em situação de rua; 25% não precisassem mais de visitas semanais de um enfermeiro psiquiátrico comunitário ou do assistente social/coordenador do cuidado; 20% não precisassem mais de visitas semanais de um agente para problemas decorrentes do uso de substâncias; e 10% não necessitassem mais de visitas semanais de um enfermeiro especializado em problemas de aprendizagem (351).

Outros relatórios de estudos de caso também afirmam que os adultos alcançam mais na KeyRing em termos de seus objetivos de desenvolvimento do que por meio de formas tradicionais de apoio, com base em medidas de bem-estar, prevenção de despejo, abstinência contínua e envolvimento em atividades significativas (356, 371). No geral, 99,9% dos membros da KeyRing conseguem manter a moradia (350). Finalmente, o *feedback* positivo sobre o Keyring também inclui vários testemunhos de interessados diretos da comunidade, inclusive as forças de segurança pública (346, 359).

### **Custos e comparações de custo**

O serviço é financiado pelo orçamento de assistência social das autarquias locais, que é atribuído pelo governo central. Grandes cortes no financiamento do governo central desde 2010 forçaram as autarquias locais a aumentar a renda de fontes alternativas, inclusive impostos sobre negócios locais e estacionamento, para apoiar o KeyRing. O custo do serviço varia de acordo com as necessidades, a localização e os beneficiários, que se submetem a um teste de hipossuficiência para determinar quanto deve ser sua coparticipação. Uma avaliação realizada em 2018 pela Housing Learning and Improvement Network (372) estimou o custo do apoio em £3.665 (aproximadamente US\$ 5.100) por pessoa por ano (excluindo moradia ou alimentação), ou £70 (US\$ 97)<sup>ab</sup> por semana. O custo dos serviços da KeyRing é menor do que o custo dos serviços tradicionais, porque os membros precisam de menos serviços de suporte ao longo do tempo. A boa relação custo-benefício do modelo incentivou as autoridades locais e nacionais a investir no desenvolvimento de mais redes.

## Mais informações e recursos

### **Site:**

[www.keyring.org](http://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](mailto:sarah.hatch@keyring.org)

<sup>ab</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

2.6.4

## Shared Lives

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



*O Shared Lives oferece apoio comunitário e acomodação para adultos necessitados, inclusive pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais (373). O Shared Lives é uma alternativa aos asilos de idosos, ao home care e aos centros de acolhida diurnos, e também oferece cuidados transitórios depois de uma estadia no hospital ou no sistema de família acolhedora para jovens. Quase 1.000 pessoas são apoiadas pelo Shared Lives no País de Gales (374), e mais de 12.000 em todo o Reino Unido (375).*

## Classificação primária: Serviço residencial de apoio

### Outras classificações:

- Centro de saúde mental de base comunitária
  Serviços móveis de saúde mental na comunidade
  Suporte de pares
- Serviço para atenção à crise
  Serviço de base hospitalar
  Serviço residencial de apoio para saúde mental

### Oferecido em outros locais:

- Sim
  Não

### Base de evidências:

- Literatura publicada
  Literatura cinzenta
  Nenhuma

### Financiamento:

- Sistema público de saúde
  Sistema público de assistência social
  Seguro saúde
- Entidades financiadoras
  Pagamento direto

## Descrição do serviço

Shared Lives é uma forma de assistência social apoiada pelo Estado que opera em todo o Reino Unido (376), prestando apoio não apenas às pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, mas também às pessoas com dificuldades de aprendizagem, deficiências físicas ou idosos com fragilidade ou demência (377). Fornece apoio às pessoas em um ambiente comunitário em lugares onde possam se sentir em casa (378), e inclui alojamento, apoio diurno e apoio de curta duração após uma alta hospitalar ou para evitar internação.

O esquema Shared Lives no sudeste do País de Gales atualmente oferece apoio para mais de 500 pessoas. Há mais de 200 famílias de cuidadores do Shared Lives que trabalham com o serviço, cada uma das quais pode apoiar até três indivíduos ao mesmo tempo. Os 13 funcionários da equipe Shared Lives e quatro coordenadores de colocação de adultos aprovam e treinam os cuidadores (379), recebem encaminhamentos, alinham as necessidades de indivíduos com cuidadores do Shared Lives e monitoram os acordos (377).

Em 2019, um novo serviço foi lançado pelo Aneurin Bevan University Health Board em parceria com o South East Wales Shared Lives para facilitar tais arranjos para pessoas em crise, como alternativa à internação hospitalar, ou para facilitar a alta precoce de ambientes de internação. Nesse novo serviço Shared Lives para crises de saúde mental, os indivíduos podem se mudar ou visitar regularmente a casa de um cuidador Shared Lives aprovado e cuidadosamente alinhado ao usuário como uma alternativa ao tratamento hospitalar (380). Colocações de emergência com o serviço de crise de saúde mental do Shared Lives são oferecidas a curto prazo (por até 6 semanas), com famílias treinadas. Mediante

encaminhamento dessa equipe ou da equipe da enfermaria psiquiátrica, um cuidador compatível é encontrado dentro de 24 a 48 horas e se encontra com o indivíduo na enfermaria do hospital ou na própria casa do cuidador. Se ambas as partes concordarem, o acordo pode começar imediatamente.

Uma vez que o acordo esteja em vigor, o indivíduo, um trabalhador do Shared Lives e a equipe de crise produzem conjuntamente um plano personalizado. O plano estabelece as ações necessárias para atender às necessidades de bem-estar, cuidados e apoio do indivíduo, e define como os desejos do indivíduo serão apoiados para alcançar seus objetivos e resultados pessoais (381). O plano é revisado regularmente com o indivíduo.

Como os seus homólogos no serviço Shared Lives geral, os cuidadores do programa para crises de saúde mental têm um trabalhador dedicado do Shared Lives para os apoiar com visitas domiciliares e contatos por telefone e e-mail, conforme necessário. Fora do horário comercial, eles podem obter suporte tanto por meio do Shared Lives como do serviço de crise de saúde mental. Há também reuniões regulares de cuidadores e um processo de revisão anual (382). Para obter mais apoio, os cuidadores também podem filiar-se ao Shared Lives Plus, a instituição filantrópica nacional que apoia os esquemas de Shared Lives, providenciando assessoria sobre aspectos como questões legais e direitos humanos (383, 384).

## Princípios básicos e valores do serviço

### ***Respeito à capacidade jurídica***

Opção de escolha, empoderamento e autonomia – e, portanto, capacidade jurídica – são os pilares do serviço Shared Lives do sudeste do País de Gales. Os indivíduos recebem informações sobre Shared Lives, e o consentimento é necessário antes de qualquer encaminhamento. Os usuários do serviço escolhem com quem vão morar ou ficar (382), e seu plano pessoal é produzido conjuntamente com trabalhadores do Shared Lives e revisado regularmente. Os usuários do serviço são incentivados a incluir metas de bem-estar, desejos pessoais específicos e planos para o futuro. Indivíduos que gostariam de apoio para tomar decisões são incentivados a incluir familiares ou outras pessoas importantes de sua rede mais ampla, incluindo profissionais. Os usuários do serviço também podem escolher um defensor, se assim desejarem.

### ***Práticas não coercitivas***

O uso de coerção, força ou contenção é proibido pela Shared Lives. Os funcionários e cuidadores são treinados em teoria e técnicas de apoio ao comportamento positivo, bem como medidas preventivas e de desescalada, incluindo conscientização e prevenção de gatilhos. Há avaliações de risco colaborativas e planos de manejo em vigor para cada indivíduo. Os indivíduos podem precisar de apoio para entender seu próprio comportamento e técnicas para ajustar positivamente suas vidas a fim de abordar quaisquer questões relacionadas à segurança. Como cada acordo é altamente personalizado, muitos dos gatilhos que geralmente estão presentes em um ambiente institucional de internação (que podem levar à agitação e subsequente contenção) estão ausentes do ambiente Shared Lives.

### ***Inclusão comunitária***

A inclusão da comunidade está no centro dos valores do Shared Lives. Todos os cuidadores trabalham em suas próprias casas, levando regularmente os indivíduos para a comunidade local e apresentando-os à sua rede social mais ampla, oferecendo oportunidades para que as pessoas se envolvam em atividades que apoiem sua jornada de *recovery* em um ambiente menos estigmatizado. Os cuidadores podem ajudar os indivíduos na busca de atividades, hobbies ou interesses e no acesso a oportunidades de educação, aprendizado e desenvolvimento. Os cuidadores também apoiam conexões do indivíduo



com sua comunidade cultural ou religiosa, família e amigos. A equipe da Platform, a instituição filantrópica de saúde mental do sudeste do País de Gales, também apoia as pessoas que usam o esquema para crises de saúde mental do Shared Lives para acessar redes comunitárias e de pares, incluindo projetos e grupos de terapia liderados pela instituição Mind (221).

### **Participação**

Os indivíduos que usam o serviço e seus representantes são consultados anualmente por meio de questionários anuais de garantia de qualidade do serviço, que são incluídos nos relatórios de análise da qualidade do atendimento. Os usuários do projeto de crise de saúde mental passam por uma avaliação de qualidade de vida relacionada ao *recovery* no início e no final de sua estadia, bem como um questionário de experiência do paciente. Os resultados desses questionários são utilizados para planejar alterações no serviço.

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 a formar novos serviços, inclusive o do Shared Lives. Eles também contribuíram para o processo de tomada de decisões durante o desenvolvimento do projeto Shared Lives para atenção a crises de saúde mental.

### **Abordagem de Recovery**

A estratégia do País de Gales para a saúde mental, Together for Mental Health (juntos pela saúde mental) (385), adota uma abordagem baseada em direitos e promove explicitamente o modelo de *recovery*, bem como o empoderamento e envolvimento dos usuários dos serviços, em nível individual, operacional e estratégico. Todos os serviços do Shared Lives operam de acordo com a abordagem de *recovery*, com o objetivo declarado de fornecer aos usuários: “uma vida normal em família, em que todos contribuem, têm relacionamentos significativos e conseguem ser cidadãos ativos e valorizados” (386). O plano pessoal de cada usuário do serviço inclui uma avaliação detalhada das necessidades e necessidades pessoais do indivíduo (382). São desenvolvidas e mantidas competências que melhoram a autonomia e a confiança, em linha com a abordagem de *recovery*.

### **Avaliação do serviço**

A Inspectoria de Serviços de Assistência Social e Cuidado do País de Gales realizou uma inspeção completa do Shared Lives no sudeste do País de Gales em 2018, analisando a qualidade de vida, a qualidade dos cuidados e a qualidade da liderança e gestão. Encontrou um serviço bem administrado, com cuidadores minuciosamente alinhados aos usuários e capazes de oferecer suporte que atendesse às necessidades dos indivíduos. O planejamento da assistência foi considerado bom, com uma equipe bem treinada, motivada e capacitada. Estruturas e sistemas eficazes também estavam em vigor para garantir que os cuidados atendessem às necessidades identificadas (382).

Na Inglaterra, a Care Quality Commission, que regula todos os esquemas do Shared Lives no país, classificou consistentemente esses serviços como a forma de atendimento mais segura e da mais alta qualidade. Em 2019, a Care Quality Commission classificou 96% de todos os 150 esquemas Shared Lives no Reino Unido como “Bom” ou “Excelente”, inclusive o do sudeste do País de Gales (387-389).

Uma avaliação qualitativa realizada por meio da plataforma online Shared Lives Plus em abril de 2019 constatou que 97% dos entrevistados que usaram a Shared Lives disseram que se sentiam parte da família de seus cuidadores a maior parte do tempo ou o tempo todo, 89% se sentiam envolvidos com sua comunidade, 83% sentiram que sua saúde física melhorou e 88% disseram que a saúde emocional melhorou. A maioria disse que o apoio de seu cuidador também os havia ajudado a ter mais opções em sua vida diária e melhorado sua vida social (390).

Desde a sua criação em setembro de 2019, o esquema de atenção à crise do Shared Lives apoiou 59 indivíduos, com uma duração média de estadia de 15 noites (391). Esses usuários do serviço avaliaram suas experiências por meio de um Questionário de Experiência do Paciente, com pontuação média superior a nove em uma escala de 10 pontos.

Essa nota é significativamente maior do que as atribuídas por pacientes hospitalizados à sua experiência de atenção hospitalar. As pessoas que usam o serviço de crise também preenchem uma avaliação de qualidade de vida relacionada ao *recovery*. Em uma avaliação recente comparando os desfechos de qualidade de vida de 44 desses usuários do serviço em comparação com 15 participantes de um grupo controle, foram constatadas melhorias significativas na qualidade de vida após a alta entre as pessoas que usaram o esquema de atenção à crise do Shared Lives. Essas pessoas sofreram menos internações em unidades de atendimento agudo após a alta do que antes de serem internadas, além de menos idas ao pronto-socorro e menos encaminhamentos para serviços de saúde mental, sugerindo que a Shared Lives está associada a um padrão de redução do uso de serviços de saúde ao longo do tempo (391). Os testemunhos individuais sobre a Shared Lives no sudeste do País de Gales também são altamente positivos (392-398).

### **Custos e comparações de custo**

Os usuários de serviços Shared Lives no sudeste do País de Gales passam por uma avaliação de hipossuficiência e podem ser obrigados a pagar uma taxa pelos cuidados e suporte recebidos. Porém, para o serviço de atenção à crise de saúde mental, não há custo para o indivíduo. Os cuidadores recebem entre £340-£588 por semana para cuidados residenciais (aproximadamente US\$ 475-820)<sup>ac</sup>, dependendo do nível de suporte. Um relatório independente calculou que, em média, o custo líquido dos arranjos Shared Lives de longo prazo era 43% mais barato do que as alternativas para pessoas com problemas de aprendizagem e 28% mais barato para pessoas com necessidades de saúde mental, resultando em uma economia média de £ 26.000 (aproximadamente US\$ 36.300)<sup>ad</sup> e £ 8.000 (US\$ 11.170)<sup>ad</sup> por ano, respectivamente (399). Uma estimativa diferente afirmou que “o ingresso 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” (400).

O custo semanal do Shared Lives de atenção à crise em saúde mental é de £ 672 por semana (US\$ 940), enquanto uma semana de internação hospitalar custa £3.213 (US\$ 4.485)<sup>ad</sup> no sudeste do País de Gales. Em combinação com dados que indicam melhores desfechos, isso sugere que a Shared Lives para atenção à crise de saúde mental é uma intervenção altamente custo-efetiva (ou de alto valor). O histórico geral da organização contribuiu para o compromisso do governo galês de financiar totalmente o esquema Shared Lives para atenção à crise em saúde mental.

<sup>ac</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

<sup>ad</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

## Mais informações e recursos

### Site:

Shared Lives

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

Shared Lives for mental health crisis

<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://youtu.be/auWBkppqUFz4>

### 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](mailto:Benna.Waites@wales.nhs.uk)

## 2.7 Conclusão

A ampla gama de serviços de saúde mental apresentados neste documento fornece exemplos muito diferentes de boas práticas. No entanto, todos eles surgiram da percepção de que as pessoas muitas vezes não são bem atendidas pelos serviços e sistemas de atenção convencionais. Os serviços apresentados têm procurado encontrar novas formas de responder às pessoas – formas que tornem os direitos humanos uma preocupação central e trabalhem a partir de uma abordagem positiva de *recovery*. Eles são testemunho do fato de que, com imaginação, criatividade, comprometimento e liderança, pode-se obter progresso real nos cuidados de saúde mental em ambientes muito diferentes em todo o mundo.

Embora existam grandes diferenças entre esses serviços e os contextos em que operam, também existem vários pontos em comum:

- quase todos os serviços apresentados procuram ajudar indivíduos e famílias a articular suas experiências e necessidades em suas próprias palavras, em vez de usar a linguagem dos diagnósticos;
- eles procuram atender às necessidades das pessoas de maneira holística em todas as áreas de sua vida, em vez de fazer da medicação o foco central de seu trabalho;
- todos são receptivos ao *feedback* dos indivíduos e famílias com quem trabalham, acolhendo desafios e críticas e mudando e se desenvolvendo ao longo do tempo; e
- eles trabalham dentro das comunidades, ressaltando a importância de compreender e responder às condições e crises de saúde mental em seus contextos locais.

Ao destacar estes exemplos específicos, a intenção não é sugerir e que os serviços apresentados sejam os únicos serviços que incorporam boas práticas, nem que sejam perfeitos e sem limitações. Embora esses serviços demonstrem que é possível respeitar a capacidade jurídica e promover práticas não coercitivas, participação, inclusão comunitária e uma abordagem de *recovery* centrada na pessoa, cada um o fez à sua maneira. Em alguns casos, suas estratégias são semelhantes; em outros, são muito diferentes. Nenhum, porém, é totalmente compatível com a CDPD, e todos podem ser melhorados. Além disso, poucos serviços têm dados concretos sobre desfechos, mesmo em países de alta renda, e a qualidade dos dados de avaliação varia consideravelmente entre os serviços. Essa limitação específica se aplica à maioria dos serviços de saúde mental em todo o mundo, pois as avaliações de resultados não têm sido um foco central até o momento. Embora cada um desses serviços forneça exemplos positivos de maneiras diferentes de prestar cuidados de saúde mental, nenhum deles é capaz, por si só, de fornecer a ampla gama de serviços e apoios de que muitas pessoas precisam para viver vidas plenas e inclusivas em suas comunidades. Para que isso aconteça, é importante que os serviços do sistema de saúde colaborem estreitamente com os serviços do setor social.

A seção 3 demonstra a importância das intervenções de habitação, educação e treinamento, emprego e proteção social para que uma inclusão total na comunidade seja alcançada. Embora os serviços de saúde mental descritos nesta orientação forneçam algum apoio nessas áreas, não é sua principal área de foco. Ainda assim, em alguns casos, eles trabalharam para superar limitações, colaborando com outros serviços e organizações, tanto governamentais como não governamentais, para fornecer uma resposta mais abrangente às necessidades dos indivíduos e famílias.

Além disso, embora todos esses serviços incorporem uma abordagem de direitos humanos e procurem evitar intervenções coercitivas em seu próprio trabalho, cada um deles faz parte de um sistema de saúde mental mais amplo que muitas vezes tem agendas e prioridades diferentes. Por exemplo, todos esses serviços estão situados em países onde as leis nacionais permitem práticas coercitivas. Além disso, alguns dos serviços estabeleceram critérios restritivos de admissão, em que as pessoas em crise são excluídas do serviço. Outros simplesmente não conseguem lidar com situações mais desafiadoras,

encaminhando pessoas que estão passando por uma crise difícil para partes do serviço convencional em que ainda vigem práticas coercitivas. Esses desafios ressaltam as limitações inerentes a qualquer abordagem autônoma para a prestação de serviços de saúde mental. A realidade do trabalho em saúde mental é que muitas vezes ele é complexo e desafiador, e nenhuma forma única de intervenção ou serviço será sempre apropriada ou sempre bem-sucedida.

A situação ideal é aquela em que uma gama completa de serviços e apoios esteja disponível para indivíduos e famílias dentro de uma rede conectada que promova os valores e princípios positivos descritos neste documento. A seção 4 apresenta alguns exemplos importantes de esforços para criar uma rede de serviços tão abrangente. Embora nenhuma dessas redes tenha abolido completamente as práticas coercitivas, elas fizeram avanços consideráveis e genuínos rumo a esse objetivo.

# 3.

**Rumo a uma prestação  
de serviços integral:  
habitação, educação,  
emprego e proteção social**

A seção anterior documentou e descreveu serviços de saúde mental de base comunitária de todo o mundo, que foram selecionados como exemplos de boas práticas. Esses serviços estão fortemente comprometidos em fornecer intervenções e apoio de saúde mental de maneira compatível com os direitos humanos e com a abordagem de *recovery*, e consideram consistentemente maneiras de melhorar e alcançar um padrão mais alto de qualidade de atendimento e apoio. Em suas diferentes formas, buscam respeitar a capacidade jurídica dos indivíduos, utilizar alternativas às práticas coercitivas, promover a inclusão comunitária, garantir a plena participação de pessoas com experiência vivida em todos os processos decisórios e adotar uma postura em relação à saúde mental baseada na perspectiva de *recovery*.

Conforme destacado anteriormente, a saúde mental e o bem-estar são influenciados por múltiplos fatores sociais, econômicos e ambientais, e têm consequências de longo alcance em todos os aspectos de nossas vidas. Assim, os serviços de saúde mental por si sós nem sempre são suficientes para provocar uma verdadeira transformação na vida das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Hoje, muitas pessoas nesses grupos têm menos oportunidades de educação e emprego e enfrentam discriminação quando se trata de moradia ou benefícios sociais. Ter acesso pleno a esses serviços em igualdade de condições com os demais indivíduos é um direito humano fundamental, além de ser um componente essencial para viver uma vida significativa e participar plenamente de sua comunidade. Como tal, é importante desenvolver serviços que se envolvam com essas importantes questões da vida de forma significativa e garantir que todos os serviços e apoios disponíveis para a população em geral também estejam disponíveis, acessíveis e qualificados para pessoas com problemas de saúde mental.

Esta seção descreve considerações sobre habitação, educação, emprego e benefícios sociais, e apresenta vários serviços de todo o mundo que abordam esses problemas enfrentados por pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais.

## 3.1 Moradia

---

A moradia adequada é um direito humano ao qual todos têm direito, sem discriminação. A CDPD abrange o direito à moradia para pessoas com deficiência, incluindo o direito a um lar e uma comunidade seguros (401). A habitação é um importante determinante da saúde mental e uma parte essencial do *recovery*. Moradias inseguras e precárias podem exacerbar a saúde mental precária e perpetuar um ciclo vicioso de exclusão (402). Estudos também demonstram que atender às necessidades de moradia de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais protege mais contra a mortalidade precoce por causas naturais e outras, incluindo suicídio, do que a prestação de qualquer outro serviço necessário (403). Além disso, a qualidade da moradia contribui para a percepção de controle, escolha e independência de uma pessoa – que são todos fatores intrínsecos ao *recovery* (404). Assim, abordar a habitação adequada não é apenas um imperativo de direitos humanos, mas também uma prioridade de saúde pública.

A importância de fornecer apoio “para garantir moradia e ajuda doméstica” foi identificada como uma pré-condição necessária para a capacidade das pessoas com deficiência de viver e participar plenamente na comunidade no relatório de 2016 do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (405). Essa situação está longe de ser alcançada. Pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais são mais propensas a enfrentar múltiplas barreiras para acessar e permanecer em moradias estáveis e de qualidade. Os obstáculos incluem o estigma, a discriminação, a pobreza e a falta de moradia disponível (406).

Como resultado, muitas pessoas em todo o mundo enfrentam a falta de moradia e se encontram em situação de rua em algum momento de suas vidas (407, 408). Por exemplo, no Rio de Janeiro, Brasil, muitas pessoas diagnosticadas com esquizofrenia relataram ter sido sem-teto em algum momento de suas vidas (409). Uma pesquisa realizada em Chengdu, na China, também constatou que uma proporção significativa de pessoas com esquizofrenia passou por um período de falta de moradia durante o acompanhamento (410). Resultados semelhantes foram relatados por um estudo na Etiópia (411).

Embora sejam necessárias pesquisas mais precisas e mais robustas, muitos estudos demonstraram uma prevalência muito maior de problemas de saúde mental e/ou deficiências psicossociais em populações de rua e abrigos do que na população geral, tanto em países de baixa e média renda (412), como a Etiópia (413) e Colômbia (414), como em países de renda mais alta (407) incluindo os EUA (415), França (416) e Alemanha (417). Devido à sobre-representação de pessoas com problemas de saúde mental na população em situação de rua, é essencial que a prestação de serviços integrais inclua apoio habitacional.

Por muitos anos, supôs-se que as pessoas com “problemas de saúde mental” precisavam ser tratadas primeiro para que pudessem ser funcionais em moradias independentes (418-421). A abordagem *housing first*, “habitação em primeiro lugar” ou “moradia em primeiro lugar”, afasta-se desse paradigma, desvinculando a habitação e os cuidados de saúde mental. Essa abordagem, que começou em 1988 em Los Angeles, na Califórnia, e se expandiu para o resto dos EUA e vários outros países, prioriza o fornecimento de moradia permanente e acessível para pessoas sem teto, tirando-as dessa situação e servindo como uma plataforma a partir da qual eles podem buscar objetivos pessoais e melhorar sua qualidade de vida. A abordagem *housing first* funciona com base no princípio de que as necessidades básicas das pessoas, como alimentação e abrigo, precisam ser atendidas primeiro, antes de atender às questões de saúde mental. A abordagem também se baseia no princípio de que as pessoas devem poder exercer a escolha na seleção de moradia e serviços de apoio, e que essa escolha ajuda a garantir que as pessoas mantenham suas moradias e melhorem suas vidas (422). Desta forma, o modelo *housing first* rompe o círculo vicioso entre a saúde mental precária e a falta de moradia.



Avaliações da abordagem da *housing first* mostraram consistentemente que ter acesso à moradia sem pré-condições de aceitação ou adesão ao tratamento reduz a falta de moradia, porque permite que as pessoas consigam moradia mais rapidamente e a mantenham por períodos de tempo mais longos do que a moradia dependente de tratamento (423). Também há evidências para apoiar os efeitos benéficos da abordagem *housing first* na qualidade de vida das pessoas, incluindo dimensões como ajuste comunitário e integração social, e alguns aspectos da saúde (424, 425). À medida que o corpo de evidências está crescendo em favor dessa abordagem (424, 426), o modelo *housing first* está se expandindo em todos os países europeus e até se tornou política nacional na Finlândia (427).

Por trás do apoio habitacional eficaz e útil está o entendimento de que a experiência das pessoas de viver com um problema de saúde mental ou deficiência psicossocial é única e suscetível a mudanças ao longo do tempo. Isso significa que as oportunidades de moradia e quaisquer serviços de apoio prestados devem ser tão diversos quanto possível para responder às necessidades de cada indivíduo, por exemplo, em termos do grau de apoio prestado, disponibilidade dos assistentes (no local ou não), tipo de estrutura (grupo ou individual) e nível de permanência (ênfase forte ou limitada em sair do serviço) (428).

O nível de apoio, incluindo a quantidade e o tipo fornecido, deve depender das escolhas, preferências e necessidades de cada indivíduo. Alguns serviços de apoio à habitação podem ter funcionários apenas algumas horas por dia ou semana para fazer o *check-in*. Onde for necessário apoio adicional, os funcionários podem ser mais presentes, mas os residentes ainda cuidam do seu dia-a-dia, por exemplo, cozinhando, fazendo faxina e trabalhando. Por fim, algumas opções de serviços residenciais de apoio têm funcionários sempre presentes para fornecer cuidados e assistência nas habilidades da vida diária, como refeições, pagamento de contas, transporte e assistência médica. Por exemplo, os serviços domiciliares fornecidos pela The Banyan em Chennai (consulte a seção 2.6.2) são um tipo de moradia apoiada que fornece níveis baixos a altos de apoio para ajudar as pessoas a fazer a transição de uma vida institucionalizada (por exemplo, hospitalização de longo prazo) para uma vida independente na comunidade, dando-lhes a opção de co-habitar com outras pessoas num ambiente semelhante ao de uma casa.

Os serviços também são diferenciados quanto ao fato de os assistentes residirem ou não na unidade habitacional. Em alguns serviços de apoio à habitação, como as redes de habitação KeyRing, os assistentes não vivem na casa da pessoa que utiliza os serviços (ver seção 2.6.3). Os membros escolhem onde e com quem moram, e o contrato de aluguel é feito em seu nome. Ainda assim, as pessoas que usam este serviço têm acesso ao suporte, conectando-se com seu agente comunitário ou qualquer outro colega da rede, se e quando sentirem necessidade. Há também uma linha de apoio disponível para que os membros possam contatar alguém para obter suporte em todos os momentos. Em outros serviços de habitação para pessoas que muitas vezes exigem níveis mais elevados de apoio, os assistentes vivem com as pessoas que utilizam os serviços.

Também é possível distinguir entre opções de moradia em grupo, compartilhadas com outros usuários de serviços de saúde mental, e opções de moradia individual, que incluem moradia comunitária genérica (não específica de saúde mental). Como exemplo de habitação coletiva, as “lares protegidos” (*Hogares Protegidos*) no Peru oferecem moradia para até oito moradores com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais sem apoio familiar ou comunitário, que moram temporariamente juntos em uma casa da comunidade (429, 430). Um exemplo de habitação compartilhada que não é específica para a saúde mental é o desenvolvimento habitacional de apoio permanente liderado por “The People Concern” e “Fly Away Home”, em Colden, Los Angeles, que fornece moradia para 32 pessoas e famílias ex-sem-teto, incluindo pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais (431). No total, são oito unidades, cada uma com quatro dormitórios, além de uma unidade para o gerente. Os inquilinos compartilham uma sala de estar, cozinha e banheiro, e têm seus próprios quartos privativos (432). Além de fornecer moradia, o The People Concern também fornece um conjunto de serviços de

suporte no local para garantir que os participantes do programa recebam apoio para permanecerem alojados. A propriedade é construída com muito espaço comum e espaço ao ar livre para incentivar a interação entre os inquilinos. O objetivo é fornecer moradia para 20.000 pessoas desabrigadas em Los Angeles até 2028, desenvolvendo soluções habitacionais semelhantes em um terço do tempo e um terço do custo por pessoa, por meio de um modelo de desenvolvimento escalável e replicável (incluindo construção modular, unidades compartilhadas, etc).

Finalmente, alguns serviços de habitação enfatizam a necessidade de passar para arranjos habitacionais mais independentes no futuro, enquanto outros não. Por exemplo, o serviço Shared Lives no País de Gales é um esquema em que um adulto que precisa de apoio e/ou acomodação pode se mudar e ficar com um cuidador aprovado pelo tempo que ambos desejarem (consulte a seção 2.6.4) (374). Em alguns casos, cuidadores e usuários convivem há décadas. Outros não constituem opções de longo prazo, e as pessoas são incentivadas a sair após um período específico de tempo ou quando sua situação mudou.

Em geral, as necessidades de moradia das pessoas devem sempre ser avaliadas. Existe uma vasta gama de opções de apoio à moradia que podem e devem ser disponibilizadas de acordo com as necessidades das pessoas. Independentemente de seu tipo e forma, é importante garantir que as opções de moradia apoiada não reproduzam valores e práticas da institucionalização. Como o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência enfatizou, por mais que os ambientes institucionalizados tenham diferentes tamanhos, nomes e configurações, eles compartilham certos elementos definidores. Esses elementos incluem: isolamento e segregação da vida independente dentro da comunidade, abordagens paternalistas nas quais os usuários do serviço não têm controle sobre suas próprias decisões do dia-a-dia, que são tomadas pela equipe, falta de escolha sobre com quem viver, rigidez da rotina independentemente da vontade e preferências pessoais, supervisão das condições de vida, compartilhamento obrigatório de assistentes com outros e pouca ou nenhuma influência sobre a escolha de quem ajudará a pessoa no dia-a-dia (74). Enquanto as configurações institucionais reduzem significativamente as oportunidades das pessoas de fazer suas próprias escolhas e interagir com outras, as opções de moradia apoiadas, ao contrário, visam expandi-las.

## 3.2 Educação e capacitação

A educação constitui um alicerce essencial do desenvolvimento humano e econômico, e tem amplos impactos sobre a saúde, o emprego, a pobreza e o capital social (433, 434). Como tal, tem estado na vanguarda dos documentos orientadores internacionais, como o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 (435) e a CDPD (436).

O acesso a oportunidades de educação de boa qualidade não é uniforme entre os diferentes grupos da população. Muitos adultos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais tiveram sua educação interrompida ou interrompida durante a infância, adolescência ou início da idade adulta (436-438). Em países de baixa e média renda, estudos mostram que pessoas com problemas de saúde mental sofreram níveis elevados de exclusão na educação (439, 440). Elas têm índices mais baixos de matrícula na escola, são mais propensas a enfrentar discriminação e estigma na educação e são mais propensas a abandonar a escola mais cedo (441). Este também é o caso em muitos países de alta renda. Por exemplo, uma revisão sistemática de 2019 sobre deficiências na infância e desfechos educacionais nos EUA mostrou que pessoas com problemas de saúde mental e/ou deficiências psicossociais apresentaram taxas consistentemente menores de conclusão dos estudos e maiores taxas de desistência (442). Outro estudo mostrou que eles tinham menores chances de concluir o ensino superior (443).

Essa lacuna na educação tem repercussões importantes na vida adulta para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, afetando suas perspectivas futuras de emprego, renda e padrão de vida (444). A falta de oportunidades de educação constitui uma barreira à sua plena inclusão e participação na comunidade, e contribui para perpetuar um ciclo de exclusão social e econômica (438).

Além de fornecer acesso a serviços e apoios de saúde mental de boa qualidade (436), é essencial proporcionar uma educação adequada e de qualidade, bem como oportunidades de aprendizagem ao longo da vida (445), para garantir que os indivíduos possam obter as qualificações ou conhecimentos necessários para ter um emprego ou um meio de subsistência que corresponda aos seus interesses, desejos e necessidades. Para tal, é essencial que as escolas e universidades sejam construídas sobre abordagens inclusivas à educação, com bases curriculares e contextos escolares que se adaptem às necessidades de cada aluno, incluindo as pessoas com deficiência (440, 446). Além disso, é necessário fornecer apoio social e de saúde adequado, juntamente com métodos de ensino variados e/ou acomodações razoáveis dentro do sistema de ensino regular. Isso pode incluir aulas online, carga horária menor, assistência individual, apoio de colegas ou assistência para navegar o sistema escolar.

Além disso, existem serviços de educação apoiada em alguns lugares para ajudar adultos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais a ir ou voltar à escola (444, 447). Embora variem no tipo e nível de serviços que prestam, estes geralmente ajudam os indivíduos a identificar seu objetivo educacional, (re)entrar em um programa de ensino de sua escolha, articular com outros serviços de saúde mental e outros recursos comunitários e lidar com as dificuldades relacionadas a estudar e navegar no sistema escolar (444, 448, 449). Muitos também oferecem atividades individuais e/ou de desenvolvimento de habilidades em grupo para desenvolver habilidades transversais que podem ser úteis em um ambiente educacional (por exemplo, gerenciamento de tempo ou regulação emocional). Alguns programas educacionais apoiados estão disponíveis como parte de um currículo educacional mais amplo, enquanto outros são serviços independentes, baseados na comunidade ou trabalham em parceria com os sistemas escolares. Embora sejam necessárias mais evidências para avaliar rigorosamente o impacto dos programas educacionais apoiados, evidências preliminares sugerem que esses serviços podem ajudar os indivíduos a construir uma melhor autoestima, progredir rumo a seus objetivos educacionais e desenvolver um sentimento de esperança (444).

A ledovec é uma organização orientada para o *recovery* que fornece serviços educacionais apoiados na República Tcheca desde 2006. Dependendo das necessidades da pessoa, o apoio pode começar antes e continuar durante todo o período do estudo. As ofertas de apoio são variadas e incluem atividades como a escolha da escola mais adequada, preparação para qualquer exame de admissão, apoio para lidar com os deveres normais de estudo e com o estresse. Os funcionários da ledovec podem mediar discussões com os funcionários da escola e fornecer assistência na implementação de direitos e interesses pessoais na escola, e também ajudar os indivíduos a preparar sua transição da escola para o ambiente de trabalho. Famílias, bem como profissionais de educação próximos à pessoa, são incluídos no processo, e grupos de suporte de pares são organizados para garantir que um forte sistema de apoio seja criado em torno da pessoa. Finalmente, a ledovec aumenta a conscientização sobre os problemas de saúde mental no sistema educacional e cria redes de apoio pluridisciplinar compostas por profissionais dos setores educacional, social e médico para defender e remover barreiras educacionais para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais na sociedade tcheca.

Além da educação oferecida em escolas e universidades, há um movimento crescente para estabelecer “escolas de *recovery*” em vários países – espaços de apoio seguros onde pessoas com problemas de saúde mental podem desenvolver habilidades, técnicas e conhecimentos para a recuperação (450, 451). Essas escolas compartilham algumas características da educação formal: cadastro, matrícula, currículos semestrais, pessoal em tempo integral, professores por disciplinas e um ciclo anual de aulas; e algumas, de fato, situam-se dentro de institutos de educação de jovens e adultos convencionais (452). Como tal, embora as escolas de *recovery* não sejam projetadas para ajudar as pessoas a conseguir um emprego específico ao final do curso, o conhecimento e as habilidades que os indivíduos podem obter dessa experiência podem ser bastante úteis para encontrar e manter um emprego (453). As pessoas podem usar a escola de *recovery* como uma alternativa aos serviços de saúde mental, juntamente com o apoio oferecido pelos serviços de saúde mental, ou para ajudá-las a sair completamente dos serviços de saúde mental convencionais. Em Kampala, Uganda, o hospital nacional de referência Butabika estabeleceu o Butabika Recovery College (Brec) no complexo hospitalar, onde pessoas com experiência vivida e profissional de problemas de saúde mental projetam e oferecem conjuntamente sessões regulares de ensino sobre tópicos relacionados ao *recovery*. A maioria das sessões de ensino concentra-se “no que ajuda” e “no que atrapalha” a jornada de *recovery*, embora a Brec também ofereça sessões de ensino baseadas em habilidades. Os alunos são principalmente usuários dos serviços de internação e ambulatoriais do Butabika, embora a Brec também esteja aberta a familiares e funcionários do hospital. A coprodução dos cursos garante que pessoas com experiência vivida tragam seus conhecimentos para a concepção, desenvolvimento e ensino dos cursos oferecidos (454).

Os indivíduos podem querer receber treinamento vocacional específico para aprender habilidades práticas ou comerciais, o que, por sua vez, pode ser útil para conseguir um emprego específico (consulte a seção 3.3). Muitas vezes, essas oportunidades de treinamento não exigem o pré-requisito de um diploma ou qualificação específica. Por exemplo, Enosh, a associação israelense de saúde mental, fornece vários serviços de reabilitação de saúde mental baseados na comunidade, um dos quais é o treinamento vocacional em saúde mental. O programa se concentra em três áreas: mecânica de bicicletas, culinária e oratória. O programa desenvolve-se ao longo de cinco meses e proporciona uma formação psicopedagógica que visa melhorar a jornada pessoal de *recovery* e construir competências profissionais. O processo de formação inclui seis partes: matrícula, construção de um plano pessoal, formação profissional, estágio, formatura com diploma e apoio com oportunidades de emprego. Os participantes dessa iniciativa envolvem-se em processos de capacitação e mentoria e beneficiam-se de formação profissional e experiência prática (455) que levam diretamente a um emprego. Por exemplo, os participantes do curso de mecânica bicicletas recebem um certificado oficial e podem ser empregados em oficinas de bicicletas no mercado de trabalho aberto ou continuar seu emprego de apoio na oficina de bicicletas da Enosh. Desde 2014, 233 pessoas se formaram no programa e uma avaliação da filial de

Ramat-Gan mostrou que 61% dos formandos estavam empregados, 29% receberam emprego apoiado e apenas 10% permaneciam desempregados (456).

Os indivíduos também podem querer estudar pela satisfação e significado de aprender, sem um trabalho específico ou resultado em mente. A aprendizagem deve ser considerada como um aspecto importante do *recovery* em si, pois envolve reconhecer os pontos fortes e potenciais de cada indivíduo, melhorar o acesso e a inclusão e nutrir sentido, propósito e significado (457).

Finalmente, embora muitos adultos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais possam não ter recebido uma educação adequada e de qualidade durante a infância e adolescência, desenvolver e preservar iniciativas que preencham a lacuna educacional na idade adulta é essencial para garantir que os indivíduos possam se beneficiar dos benefícios pessoais, sociais e profissionais da aprendizagem, se assim o desejarem. Os serviços de saúde mental devem, portanto, perguntar rotineiramente sobre interrupções na educação e aspirações futuras, e facilitar o encaminhamento para serviços apropriados na comunidade.

### 3.3 Emprego e geração de renda

A maioria das pessoas, incluindo aquelas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, quer se envolver em um trabalho significativo (458, 459). Ter acesso ao emprego remunerado pode não apenas proporcionar estabilidade financeira e facilitar o acesso às necessidades básicas, como moradia, mas também pode melhorar a qualidade de vida, agregando estrutura diária e um senso de realização, propósito, autonomia e contribuição para a sociedade (460, 461). O trabalho também pode estar ligado a um sentimento de identidade e status, e pode contribuir para o fortalecimento da rede social de uma pessoa (73). Assim, ter acesso a um emprego significativo voluntário ou remunerado está intrinsecamente ligado ao *recovery*.

Apesar de as pessoas com deficiência terem direito ao trabalho em igualdade de condições com as demais (462), a discriminação em todo o mundo contra pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais persiste até hoje (463) e as taxas de desemprego entre este grupo são consistentemente mais altas do que na população em geral, com efeitos prejudiciais conhecidos sobre o bem-estar (464, 465). Nos países da OCDE, pessoas com problemas leves a moderados, como ansiedade e depressão, têm duas vezes mais chances de estarem desempregadas do que a população em geral (465, 466), e os que estão empregados tendem a ter contratos mais precários e salários mais baixos (465). Além disso, um levantamento de 27 países com níveis de renda variados relatou taxas de desemprego em média de 70% entre os participantes que receberam um diagnóstico de esquizofrenia (467). A diferença nas taxas de emprego pode ser atribuída a vários fatores, como estigma e discriminação, falta de apoio significativo, medo dos indivíduos de perder o acesso a benefícios sociais ou a dificuldade de lidar com problemas de saúde mental no início da idade adulta sem apoio adequado (muitas vezes, um período de transição para o emprego ou formação futura) (459, 467-469).

Várias abordagens para apoiar pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais para entrar ou voltar ao mercado de trabalho foram desenvolvidas em todo o mundo. Historicamente ligadas ao atendimento institucional, predominam as abordagens em que as pessoas trabalham em ambientes protegidos com outras pessoas com deficiência (470). No entanto, esse tipo de abordagem está desaparecendo gradativamente devido ao trabalho geralmente de baixa qualidade oferecido por esse tipo de emprego (más condições laborais, trabalho repetitivo, baixos salários, sem perspectivas de crescimento profissional etc.), e também devido à baixa taxa de transição para o mercado de trabalho aberto e a dificuldade de criar uma estrutura financeiramente viável em um ambiente não competitivo (470). Esse cenário também leva à segregação e marginalização de pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais da comunidade.

Outras abordagens baseiam-se na crença de que pessoas que estão fora do mercado de trabalho precisam receber algum treinamento antes de acessar qualquer forma de emprego. Essa abordagem pode ter vários nomes, mas é mais conhecida como treinamento vocacional. As pessoas geralmente recebem cursos de treinamento (sobre habilidades laborais genéricas ou específicas, desenvolvimento pessoal ou habilidades sociais ou cognitivas específicas, etc.), participam de oficinas para se familiarizar com as expectativas de emprego e/ou recebem aconselhamento (471) (ver seção 3.2). Essas abordagens são particularmente úteis quando visam ajudar as pessoas a encontrar um emprego que seja significativo para elas.

Alguns serviços oferecem um período de **emprego transitório** antes de ajudar a pessoa a obter emprego no mercado livre. Isso pode ser considerado um processo gradual em que as pessoas ganham experiência profissional em programas específicos para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, que podem ser usados como um trampolim para futuras perspectivas de emprego (471).

O modelo Clubhouse é um exemplo baseado em *recovery* de um serviço que oferece treinamento vocacional e oportunidades de emprego transitório antes de fornecer suporte para o acesso ao emprego no

mercado aberto. Sua abordagem envolve um período de preparação antes que os membros tentem um emprego competitivo (194). Esse período de preparação baseia-se na criação de um “dia de trabalho ordenado” e um sistema de cogestão em que os membros do clube têm responsabilidade e propriedade compartilhadas para o bom funcionamento do serviço (planejamento de compra de mantimentos, culinária, gerenciamento de verba, cadastro de novos membros, etc.). Essa abordagem constrói a autoestima e as competências dos membros, que passam a conhecer melhor o que se espera de um cargo remunerado. A sede do clube também apoia os membros na identificação e acesso a empregos de transição que tenham significado para a pessoa em questão e os ajuda a retornar progressivamente ao mercado de trabalho (194). Os cargos de emprego transitórios possuem tempo limitado – geralmente entre seis a nove meses, durante os quais o clube desenvolve e mantém um relacionamento com o empregador, e fornece treinamento e suporte no local (194).

Alguns serviços de saúde mental têm promovido a criação de **empresas sociais** que oferecem emprego para pessoas com deficiências psicossociais. Essas empresas competem com outras empresas no mercado aberto, pagam a seus trabalhadores um valor de mercado corrente pelo seu trabalho e oferecem condições decentes e segurança (470) (veja o exemplo de Trieste na seção 4.1.3). Em Hong Kong, a New Life Psychiatric Association, que foi formada e até hoje pertence e é gerida por um grupo de indivíduos com diagnóstico de algum problema de saúde mental, criou vários empreendimentos sociais em vários domínios, como hotelaria, varejo e ecoturismo (472). Eles combinam treinamento e emprego para criar um negócio viável que possa gerar renda. O lucro é então reinvestido para atingir a missão social da empresa, que é fornecer treinamento a pessoas com problemas de saúde em ambientes reais de trabalho e apoiá-las para obter as habilidades e a confiança necessárias para o emprego aberto e a integração na comunidade (472). Assim, cada empresa social funciona como um verdadeiro local de formação profissional e disponibiliza estágios de formação para os usuários do serviço, que trabalham como estagiários. À medida que as pessoas melhoram suas habilidades e capacidades de trabalho, elas são promovidas a estagiários sênior. Quando progredirem ainda mais, os funcionários de colocação da associação os ajudam a encontrar emprego no mercado aberto.

Outro exemplo de empreendimento social que emprega pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais é o Parivartan Café, localizado nas dependências do hospital de saúde mental de Ahmedabad, em Gujarat, na Índia. O café funciona com sucesso desde outubro de 2017. É gerido por pessoas com experiência vivida e oferece formação profissional a outras. O objetivo do café é garantir que pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais tenham mais oportunidades de emprego e também criar uma conscientização positiva sobre saúde mental dentro da própria comunidade. Os colaboradores recebem um ordenado mensal de 3.000 rúpias indianas (US\$ 41)<sup>ae</sup>, além de refeições gratuitas. Esse honorário é 50% superior ao salário mínimo diário oficial. Os colaboradores contam com o apoio de um psicólogo, que os auxilia no que for necessário, desde lidar com dificuldades no trabalho até conversar sobre sua própria saúde e bem-estar.

Enquanto a formação profissional e o emprego transitório seguem uma abordagem “formar e depois colocar”, outra forma de fornecer apoio ao emprego para pessoas com problemas de saúde mental e/ou deficiências psicossociais é através de uma abordagem “colocar e depois treinar”. Isso geralmente é chamado de **emprego apoiado** e tem uma base de evidência empírica muito forte (471). Esses programas não oferecem treinamento antes do emprego, mas priorizam o acesso ao mercado de trabalho aberto. Eles então fornecem suporte e treinamento, se necessário, enquanto a pessoa está envolvida no trabalho (470). Esses programas já demonstraram gerar resultados bons ou até melhores do que a reabilitação com treinamento vocacional em termos de conseguir empregos competitivos (473). As pessoas com empregos apoiados também ganhavam mais e trabalhavam mais horas por mês do que as pessoas em formação pré-vocacional e vocacional (473).

<sup>ae</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

Colocação e suporte individual (474) é um modelo específico de emprego apoiado com uma extensa base de evidências de muitos países (475-482). É baseado em uma série de princípios, definidos por uma escala de fidelidade (483). O foco está na realização de uma busca rápida de emprego (em vez de focar primeiro em treinamento ou aconselhamento) em um ambiente de trabalho competitivo, sem limites de tempo artificiais e com remuneração igual para colegas de trabalho com funções semelhantes. Também envolve gerar oportunidades de trabalho para as pessoas, entrando em contato com os empregadores para garantir que as preferências dos clientes orientem as decisões, fornecendo suporte individualizado por tempo ilimitado e ajudando as pessoas a acessar benefícios sociais (474). Uma revisão sistemática de 27 ensaios clínicos randomizados demonstra que essa abordagem leva a taxas de emprego competitivo mais elevadas quando comparada à reabilitação vocacional tradicional em todos os ambientes estudados (484).

Outra abordagem comum e importante para a geração de emprego e renda é a abertura de pequenas empresas e a criação de programas de subsistência para oferecer oportunidades para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Por exemplo, a organização Basic Needs é uma ONG internacional, agora conhecida como CBM Global, que presta apoio a pessoas com problemas de saúde mental e/ou diagnóstico de epilepsia para acessar ou regressar ao trabalho, juntamente com uma série de outros serviços, como melhor acesso ao tratamento, desenvolvimento de serviços de saúde mental de base comunitária, etc. (485). Eles trabalham com parceiros locais e garantem que os meios de subsistência sejam considerados parte integrante do processo de *recovery* dos indivíduos. Em um de seus projetos, a Basic Needs de Gana, eles apoiaram 650 pessoas no norte de Gana para garantir uma renda na área de escolha dos usuários, que incluiu cultivo de hortaliças, criação de gado, jardinagem e programas de aprendiz em alfaiataria e confecção de roupas (486).

Finalmente, também precisam ser feitos esforços para apoiar as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais em seu ambiente de trabalho, e também para apoiar seu retorno a empregos anteriores. Isso pode exigir suporte e acomodações no local de trabalho e pelo empregador (487, 488). Em geral, há várias maneiras de fornecer apoio ao emprego. Como as necessidades de cada indivíduo são diferentes, os esquemas de trabalho devem se adequar melhor às aspirações da pessoa naquele momento. Algumas pessoas podem achar mais útil uma abordagem gradual para o emprego, aumentando sua confiança e habilidades antes por meio do voluntariado ou de qualquer outra forma de envolvimento comunitário. Outros podem preferir começar diretamente em seu emprego preferido e se beneficiar de acomodações no trabalho (carga horária flexível ou mais leve, trabalho em casa, licença médica e retorno gradual ao trabalho, etc.). Outros podem sentir que não estão prontos para o trabalho, ou podem não querer trabalhar, e alguns podem se sentir confortáveis com um contrato de trabalho totalmente independente.



## 3.4 Proteção social

Existe uma relação bidirecional bem estabelecida entre dificuldades financeiras e problemas de saúde mental (489). Viver na pobreza e em condições geralmente associadas à pobreza, como moradia precária, nutrição insuficiente, violência, falta de acesso à saúde e apoio social, entre outras, aumenta o risco de desenvolver problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Pessoas com problemas de saúde mental e/ou deficiências psicossociais também são mais propensas a cair ou permanecer na pobreza devido à discriminação que enfrentam no emprego e na educação (465) (ver seção 3.3). Taxas de desemprego mais elevadas também significam menos oportunidades de acesso a regimes contributivos, como a previdência social (490).

Mais pessoas com problemas de saúde mental relatam estar endividadas em comparação com pessoas sem condições semelhantes (491). Além disso, embora o emprego seja geralmente um fator positivo quando se trata de saúde mental, isso nem sempre é o caso, e algumas pessoas podem achar mais difícil trabalhar durante algumas fases de suas vidas devido à sua condição ou deficiência. A luta para garantir uma fonte de renda estável pode gerar muito estresse e prejudicar ou piorar a saúde mental da pessoa. Assim, os programas e benefícios de proteção social podem fornecer uma tábua de salvação para as pessoas que não podem se sustentar, temporariamente ou a longo prazo, e, como tal, constituem um aspecto essencial do *recovery* (492).

O direito das pessoas com deficiência a um padrão de vida adequado e proteção social, sem discriminação com base na deficiência, é uma disposição fundamental da CDPD (493) e inclui tanto os programas de proteção social disponíveis para a população em geral (como os regimes de pensões, seguro-desemprego e todos os outros regimes de proteção social convencionais) como os regimes dirigidos especificamente às pessoas com deficiência. Ambos são de fundamental importância para garantir a plena inclusão de indivíduos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com os demais na sociedade. Esta seção, no entanto, concentra-se em questões relacionadas a benefícios específicos para pessoas com deficiência.

Apesar das normas de direitos humanos estabelecidas pelo direito internacional, a prática em muitos países demonstra que pessoas com problemas de saúde mental são, de fato, discriminadas em relação a benefícios sociais específicos para deficiência (494, 495). Nos países da OCDE, por exemplo, as atuais ondas de políticas que visam tornar os processos de avaliação e os critérios de elegibilidade para benefícios por deficiência mais rígidos afetam desproporcionalmente as pessoas com problemas de saúde mental (494, 496, 497). Na Grã-Bretanha, por exemplo, um estudo estimou que os requerentes com problemas de saúde mental eram 2,4 vezes mais propensos a perder o direito a uma pensão por invalidez do que aqueles com um problema não relacionado à saúde mental, como diabetes, doenças neurológicas ou musculoesqueléticas (498).

Outra forma de discriminação decorre do fato de que pode ser particularmente difícil para essas pessoas navegar pelos complexos processos de cadastro e perícia inerentes a muitos sistemas de proteção social (499, 500). Por exemplo, na Índia, alguns argumentam que muitas que se qualificariam para benefícios [por deficiência] são impedidos por sua própria deficiência de obter o certificado de deficiente sem assistência (501). Uma pesquisa realizada no Reino Unido mostrou que quatro em cada cinco pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais que fizeram pedidos de assistência social lutaram para encontrar as informações necessárias para enviar e ter seu pedido considerado, e quase todas acharam o processo de solicitação difícil (500). Nesse mesmo estudo, nove em cada dez participantes (93%) disseram que sua saúde mental se deteriorou por antecipação antes da avaliação médica (500), o que mostra que os processos de cadastro e avaliação em si são extremamente estressantes e podem ter impactos consideráveis em pessoas que já estão enfrentando problemas de saúde mental (502). Além disso, como o acesso aos benefícios por invalidez muitas vezes depende de

perícia médica, os psiquiatras atuam como mediadores de acesso para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Isso pode atuar como um desincentivo ao acesso aos benefícios da proteção social. Ter uma “ficha” como “portador” de uma condição de saúde mental também atua como um desincentivo para solicitar benefícios, pois pode desqualificar as pessoas de muitos tipos de emprego.

Em muitos países, os critérios para concessão de benefícios são apenas variáveis como tipo de deficiência, recursos individuais ou familiares ou capacidade estimada para trabalhar; não se baseiam nas necessidades (503, 504). Isso representa uma abordagem reducionista da deficiência que obscurece o fato de que, por definição, a deficiência existe por causa do ambiente em que a pessoa está situada e das barreiras sociais que ela enfrenta. Por exemplo, focar apenas no tipo de deficiência não aborda o fato de que indivíduos com condições semelhantes podem ter necessidades muito diferentes em termos de tipo e intensidade de cuidados e necessidades de suporte, dependendo de suas situações de moradia e aspirações de vida. Além disso, em muitos países, para se qualificar para benefícios sociais, a pessoa precisa passar por um teste de hipossuficiência, que muitas vezes não leva em conta os custos significativos relacionados à deficiência que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais enfrentam para alcançar o mesmo padrão de vida que outras (505).

Além disso, o foco em uma avaliação da capacidade de trabalho ignora completamente o estigma e a discriminação generalizados no setor de emprego e a resultante dificuldade em encontrar emprego vivenciada por muitos candidatos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais (506). Sob essa abordagem, os indivíduos são classificados como “incapazes de trabalhar” para acessar os programas de proteção social, o que contradiz diretamente o direito ao trabalho reconhecido na CDPD. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais estariam realmente posicionadas para trabalhar se os mercados de trabalho fossem inclusivos e as pessoas recebessem apoio e acomodações no local de trabalho (488). Além disso, o medo de que começar um emprego e obter uma renda reduza o direito a benefícios também pode marginalizar ainda mais as pessoas e impedir sua plena inclusão na sociedade (503). Nesse contexto, é necessário afastar-se da abordagem da “incapacidade para o trabalho”, particularmente entre os jovens, e promover uma combinação adequada e flexível de segurança de renda e apoio adequado à deficiência para promover o empoderamento econômico e o emprego (490).

No geral, evidências recentes sugerem que as condições impostas dos programas de proteção social – em que o acesso aos benefícios depende de as pessoas concordarem em cumprir certas obrigações (por exemplo, entrevistas obrigatórias, focadas no trabalho, esquemas de treinamento e apoio ou exigência de procura de emprego) – são amplamente ineficazes e inadequados para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, e, em muitos casos, desencadeiam impactos negativos para a saúde (507). Tais benefícios condicionados também podem contribuir para a estigmatização, na qual as pessoas que recebem proteção social são estigmatizadas e discriminadas por serem beneficiárias de tais programas (508, 509). Essa dinâmica foi destacada por um estudo na América Latina, no qual beneficiários de programas sociais diagnosticados com transtorno bipolar relataram níveis mais elevados de estigma autopercebido em comparação com não beneficiários (510).

Há muitas maneiras de garantir que os benefícios sociais sejam adaptados às necessidades do indivíduo e, assim, apoiem sua inclusão na sociedade. Uma dessas formas é inserir um componente incondicional na proteção social. Por exemplo, na Suécia, um estudo de 2015 constatou que fornecer uma renda mensal incondicional de US\$ 73 em espécie por nove meses para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais levou a melhorias expressivas em sua qualidade de vida percebida e nas redes sociais, e uma redução estatisticamente significativa (porém clinicamente modesta) na gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade em comparação a um grupo controle (511). Em uma revisão de sistemas de proteção social e saúde mental, Senior et al. concluíram a partir das evidências atuais que a introdução de um componente incondicional no sistema de previdência provavel-

mente melhorará a saúde mental dos requerentes (e, conseqüentemente, sua capacidade de trabalhar) sem reduzir seu desejo de trabalhar (502).

Há também a necessidade de desenvolver uma fonte de financiamento que acompanhe as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais com base nas necessidades por elas expressas. Um bom exemplo disso é o conceito de orçamentos de saúde pessoal, que são alocações de dinheiro que os indivíduos podem gastar nos serviços de sua escolha (512). Essa abordagem de atendimento e apoio holístico e centrada na pessoa capacita os indivíduos a usar o dinheiro de maneiras possivelmente novas e inovadoras que vão além dos serviços tradicionalmente encomendados (512). Os orçamentos pessoais de saúde pressupõem que os indivíduos são especialistas em suas próprias vidas e bem-estar, e permitem que eles assumam o controle dos serviços e apoios que desejam receber, o que facilita uma vida mais significativa, integrada, inclusiva e gratificante para os beneficiários. Após sua implementação no Reino Unido, surgiram evidências e *feedback* positivo a favor de seu uso crescente (513-515).

A cidade de Trieste, na Itália, implementou um exemplo bem-sucedido de orçamentos individuais de saúde para pessoas que precisam de cuidados e apoio altamente personalizados para exercer plenamente seu direito à moradia, emprego e inclusão social (ver seção 4.1.3) (516). Os 160 participantes identificaram seus objetivos e necessidades em planos de cuidados personalizados, dos quais depende seu orçamento de saúde. Este último pode ser usado para atender às necessidades de moradia, emprego ou relações sociais, fomentando assim uma visão holística de cuidado e apoio. Essa abordagem baseada nas necessidades aumenta o nível de autonomia dos indivíduos e aumenta a personalização dos cuidados. Por meio dos orçamentos de saúde, todos os recursos comunitários são implementados de forma integrada, e os serviços baseados em um plano de atendimento personalizado passam de programas rígidos e pré-concebidos para programas flexíveis e diversificados (516).

Em 2015, o governo de Israel, o Comitê de Distribuição Conjunta e a Ruderman Family Foundation formaram uma parceria para criar o “Israel Unlimited”, um programa-piloto de orçamento pessoal que beneficiou 300 pessoas com diversas deficiências em 2019 (517). Nesse programa, os participantes são vinculados a um coordenador de cuidados com quem identificam seus objetivos de vida e como chegar lá (518). Assim que tiverem um plano, os participantes recebem uma alocação de dinheiro com base no que foi discutido para atingir seus objetivos de vida. De acordo com Avital Sandler-Loeff, diretor do programa, “aqui, permitimos que as pessoas escolham o estilo de vida que desejam. Significa pegar os sonhos e aspirações da pessoa e ver como podemos ajudá-la a chegar lá” (519). Assim, a tomada de decisão apoiada é uma parte essencial do trabalho do programa. Eles também trabalham com prestadores de serviços e famílias para desconstruir crenças pré-concebidas de que indivíduos com problemas de saúde mental e deficiências são incapazes de tomar decisões por si mesmos (518). Além do *feedback* positivo que esse projeto recebeu dos participantes, os resultados preliminares também sugerem que custou 20-30% menos do que o atual sistema de benefícios por deficiência em Israel, enquanto capacitam as pessoas a decidir sobre seus cuidados e apoio (518).

De maneira mais geral, é fundamental garantir que as pessoas recebam apoio adequado para acessar e tomar decisões sobre os benefícios sociais a que têm direito, de acordo com os princípios dos direitos humanos. Iniciativas como um ombudsman pessoal (consulte a seção 2.5.5) podem desempenhar um papel fundamental no apoio aos indivíduos para navegar em sistemas complexos de benefícios. O Grupo de Suporte de Pares Empoderamento da Mente de Nairóbi – USP-K, uma associação registrada nos serviços sociais e no conselho nacional para pessoas com deficiência do Quênia, fornece um bom exemplo de como uma organização de suporte de pares pode ajudar as pessoas a acessar proteção social, isenções fiscais e programas de empoderamento econômico (ver seção 2.4.2).

O grupo de suporte ajuda os membros a se cadastrarem como pessoas com deficiência e, uma vez cadastrados, eles recebem informações sobre benefícios para deficiência e outras oportunidades de

financiamento que a pessoa possa acessar. Estas podem incluir verbas para educação, para comprar ferramentas de trabalho e isenções das taxas de transação nos mercados locais para aqueles que trabalham na informalidade. O grupo também discutirá que tipo de serviços a pessoa pode querer ou precisar e como ela pode ser apoiada para acessá-los. Fornecer aconselhamento personalizado sobre benefícios estatais para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais pode realmente reduzir o custo dos cuidados de saúde, reduzindo a duração das hospitalizações, evitando a falta de moradia e prevenindo a recaída de problemas de saúde mental (520).

---

### 3.5 Conclusão

---

Garantir que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais tenham acesso à moradia, educação, emprego e proteção social em igualdade de oportunidades com as demais pessoas é fundamental para o respeito de seus direitos humanos e para sua jornada de *recovery*. A próxima seção destaca alguns exemplos de países ao redor do mundo que estabeleceram redes que fornecem vários serviços integrados de saúde mental, mas também uma série de outros serviços essenciais, e que colaboram com serviços de outros setores da comunidade para fornecer apoio abrangente a pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais em todos os aspectos de suas vidas.

# 4.

**Redes integradas de  
serviços de saúde mental**

Em várias partes do mundo, países, regiões ou cidades desenvolveram redes de serviços que atuam sobre os determinantes sociais da saúde e sobre os múltiplos desafios associados que as pessoas com problemas de saúde mental e psicossociais enfrentam todos os dias em todos os aspectos da vida. Decisivamente, essas redes estão se esforçando para dar um passo além e trabalhar para repensar e reformular as relações entre os serviços e as pessoas que os procuram. Em alguns casos, essas redes de serviços foram explicitamente inspiradas por uma agenda de direitos humanos e procuraram criar serviços orientados para o *recovery*. Embora se concentrem em oferecer diversos serviços de saúde mental, também reconhecem a importância de agir sobre os principais determinantes sociais e colaborar ativamente com outros setores, como os de moradia, educação e emprego. Muitas estão procurando também criar condições para verdadeiras parcerias com pessoas com experiência vivida a fim de garantir que seus conhecimentos especializados e necessidades sejam integrados aos serviços prestados. Esta seção contém vários exemplos de redes de saúde mental: algumas redes avaliadas, estruturadas e bem estabelecidas, que reformaram e reorganizaram profundamente o sistema de saúde mental, e outras redes em transição, que alcançaram marcos importantes.

A apresentação dessas redes não significa que os princípios de direitos humanos sejam sempre respeitados em todos os serviços da rede. Isso não acontece em nenhuma parte do mundo. Entretanto, essas redes são exemplos inspiradores do que pode ser alcançado com compromisso político, determinação e uma forte perspectiva de direitos humanos como respaldo às ações em saúde mental. Esses exemplos são provas consumadas de que aqueles que formulam políticas e os que planejam e prestam serviços podem criar um sistema especial de serviços que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais queiram usar e considerem útil e que produza bons resultados, com proteção e promoção dos direitos humanos.

---

## 4.1 Redes de saúde mental consagradas

---

Redes já consagradas são aquelas que foram construídas ao longo de décadas e estão constantemente avançando para garantir que os direitos das pessoas que atendem sejam plenamente respeitados e que o mais alto padrão de saúde possível seja alcançado para todos. Características comuns entre essas redes incluem: um compromisso político forte e sustentado para reformar o sistema de saúde mental ao longo de décadas, de modo a adotar uma abordagem baseada em direitos humanos e *recovery*; o desenvolvimento de novas políticas, leis, orçamentos e um aumento na alocação de recursos que reflitam a vontade política; e o desenvolvimento de serviços de saúde mental baseados na comunidade, integrados e conectados com múltiplos atores comunitários de diversos setores, incluindo os setores social, da saúde, do trabalho, judiciário e outros.

## 4.1.1

# Redes comunitárias de saúde mental no Brasil

com destaque para  
Campinas





*O exemplo das redes de saúde mental de base comunitária no Brasil demonstra como um país pode implantar serviços em larga escala com foco no cuidado e baseados nos direitos humanos. Operando sob a égide do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede de serviços integrais, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial, é produto das poderosas reformas psiquiátricas iniciadas no final da década de 1970, que mudaram o foco do tratamento dos hospitais para as comunidades, dentro de um marco legal e regulamentar que apoia essa transição. Campinas, município brasileiro do estado de São Paulo, fornece um modelo exemplar de como isso funciona em nível local. Todos os serviços são prestados por meio desse modelo desde o fechamento do hospital psiquiátrico da cidade em 2017.*

## Coordenação de serviços e princípios fundamentais

No Brasil, a atenção à saúde mental de base comunitária é prestada em todo o país por meio de uma rede integrada de serviços orientados pelos princípios dos direitos humanos e uma abordagem baseada na comunidade. A rede reflete o indivíduo, a família e a comunidade. A maneira como a rede é configurada em uma área específica do território nacional reflete as necessidades únicas dessa área. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os principais mecanismos de coordenação da rede. Esses serviços são complementados pelos demais da rede, incluindo serviços especializados que prestam apoio em saúde mental nas UBS, equipes de Consultório na Rua, estratégias de desinstitucionalização, leitos de saúde mental em hospitais gerais e serviços de urgência e emergência. Uma descrição detalhada de um CAPS III é fornecida na seção 2.3.2.

## Principais serviços e como eles funcionam

### **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os centros de saúde mental de base comunitária, conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são o pilar da rede de saúde mental comunitária no Brasil. Os CAPS têm uma abordagem centrada nas pessoas e em direitos. Os objetivos principais são oferecer atenção psicossocial, promover a autonomia, enfrentar desequilíbrios de poder e aumentar a participação social. Os CAPS oferecem atenção à saúde mental a pessoas com problemas de saúde mental e/ou deficiências psicossociais graves ou persistentes, inclusive durante situações desafiadoras e de crise. Como um centro coordenador da rede, o CAPS também oferece apoio a outros serviços de atenção à saúde mental e geral para cumprir seu papel na rede de saúde mental comunitária mais ampla. Além disso, os CAPS desenvolvem e implementam estratégias de articulação com outros recursos e serviços comunitários de saúde, educação, justiça e assistência social, com o objetivo de promover e garantir direitos.

Os serviços dos CAPS são classificados conforme a área de abrangência, horário de funcionamento e população-alvo. Dependendo do tamanho da população e da área de abrangência, existem CAPS de nível I, II e III para a população adulta, CAPS com atendimento específico para crianças e adolescentes (CAPSi) e para problemas e necessidades associadas ao uso de substâncias (CAPSad). Por exemplo, um serviço classificado como CAPS III está aberto 24 horas por dia, 7 dias por semana, inclusive oferecendo pernoite, se necessário. Eles podem ser acessados para descanso, para se afastar de situações difíceis por um tempo, durante situações desafiadoras e de crise ou em qualquer outra situação em que o indivíduo sinta que pode se beneficiar de suporte adicional e constante (184). Em Campinas, existem 14 CAPS, sendo seis CAPS III e os demais voltados para crianças ou pessoas com problemas e necessidades associadas ao uso de substâncias.

Todos os CAPS seguem três princípios orientadores:

- i. *Políticas de portas abertas* – qualquer um pode simplesmente entrar no CAPS para fazer um acolhimento inicial; as pessoas são livres para ir e vir ao longo do dia-a-dia, participando das atividades oferecidas ou simplesmente utilizando-o como local de convivência e encontro com outras pessoas, como local de estada ou para participar de atividades em grupo.

- ii. *Engajamento com toda a comunidade* – os CAPS são ativos na comunidade, trabalhando para se envolver e entender totalmente a comunidade a que são referência e os indivíduos que nela vivem. Eles identificam e ativam recursos comunitários e criam parcerias para implantar iniciativas de atenção à saúde mental.
- iii. *Desinstitucionalização* – os CAPS foram idealizados e desenvolvidos para substituir hospitais psiquiátricos e outras estruturas de institucionalização (184). Assim, todos eles têm capacidade e responsabilidade de atender situações complexas, desafiadoras e de crise, oferecendo atenção e apoio com práticas de base comunitária. Por princípio, os CAPS não encaminham ninguém para hospitais psiquiátricos.

Além desses princípios orientadores comuns, os CAPS também compartilham pontos em comum em suas práticas. Estes incluem planos de cuidado centrados na pessoa para todos os indivíduos (o chamado Projeto Terapêutico Singular), práticas de reabilitação psicossocial com foco principal na cidadania ativa, identificação de ações para empoderar os indivíduos em seu cotidiano, sua comunidade, no próprio serviço e saúde mental de forma mais ampla, proporcionando atividades individuais e em grupo e fornecer apoio às famílias, bem como ao indivíduo.

### **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas o primeiro ponto de contato e porta de entrada para o SUS, oferecendo cuidados básicos à comunidade em clínica geral, pediatria, ginecologia, enfermagem e odontologia (521). As equipes de saúde da família conectam a comunidade às UBS. Em Campinas, existem 66 UBS, aproximadamente uma para cada 20 mil habitantes. Todas as UBS de Campinas são vinculadas e recebem apoio de um CAPS.

### **Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)**

Os NASF são equipes multidisciplinares com uma ampla gama de conhecimentos especializados, inclusive em saúde mental, que fornecem apoio geral direto às UBS e às Equipes de Saúde da Família. Os NASF discutem casos clínicos, realizam interconsultas, colaboram no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular e realizam atividades de prevenção e promoção da saúde. Os NASF também apoiam a capacitação dos profissionais das UBS em saúde mental. Com o apoio dos NASFs ao atendimento de [indivíduos] indivíduos com necessidades de saúde mental menos graves ou menos complexas, isso possibilita que o CAPS da região se concentre em apoiar pessoas com necessidades mais complexas em saúde mental. Os NASF são particularmente importantes em municípios com menos de 15 mil habitantes. Esses municípios, que representam cerca de 60% dos municípios brasileiros e cerca de 12% da população total do país, são pequenos demais para contarem com um por CAPS. Nesses municípios, as equipes das UBS e dos NASF são o pilar do atendimento e apoio à saúde mental (184).

### **Equipes de Consultório na Rua**

As equipes de Consultório na Rua, que fazem parte das UBS, prestam apoio e assistência à saúde da comunidade em situação de rua. Eles fornecem apoio geral de saúde mental, bem como apoio a indivíduos com problemas de saúde mental, deficiências psicossociais e problemas e necessidades associados ao uso de substâncias. As equipes de Consultório na Rua estão em constante diálogo com as UBS, Equipes de Saúde da Família e CAPS (184). As equipes do Consultório na Rua não encaminham pessoas para hospitais psiquiátricos ou outros serviços onde possa haver uso de coerção, contenção ou isolamento. Há duas equipes de Consultório na Rua em Campinas, que prestaram apoio a cerca de 476 pessoas por mês em 2020.

### **Leitos de saúde mental em hospitais gerais**

Alguns hospitais gerais possuem um número limitado de leitos dedicados à saúde mental, que podem ser acessados mediante solicitação de um serviço da rede de saúde mental, como um CAPS. Em Campinas, a hospitalização geralmente é utilizada como suporte em situação de crise, dependendo de sua gravidade e das necessidades do indivíduo. No entanto, esse serviço permanece vinculado à rede comunitária. Dessa forma, se um indivíduo está internado em um leito de saúde mental de um hospital geral, a equipe do hospital e a equipe do serviço de referência (por exemplo, o CAPS) colaboram no plano de cuidado da pessoa.

### **Serviços de urgência e emergência**

A atenção à saúde mental em urgências e emergências faz parte da rede de serviços de emergência do sistema geral de saúde. Em geral, esses serviços trabalham em conjunto com os CAPS quando um indivíduo com necessidades de saúde mental procura um dos serviços.

### **Serviços Residenciais Terapêuticos**

A rede de saúde mental no Brasil inclui estratégias de desinstitucionalização elaboradas especificamente para indivíduos egressos de hospitais psiquiátricos ou de custódia após longos períodos de internação. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são casas na comunidade que oferecem moradia independente para indivíduos que, no momento da alta, não têm possibilidade de retornar ao domicílio familiar, ou não possuem família ou outras redes de apoio disponíveis. A reabilitação psicossocial é realizada por meio de uma estreita parceria entre o indivíduo, o SRT e os CAPS, com o objetivo de promover autonomia, inclusão social e garantia de direitos. Campinas conta com 20 SRT que acomodam 139 pessoas, todas beneficiadas pelo programa “De Volta para Casa”. – uma estratégia de desinstitucionalização que consiste na transferência de recursos financeiros para egressos de internação psiquiátrica de longa permanência, visando promover a autonomia ao garantir que a pessoa tenha recursos para fazer suas próprias escolhas. A quantia mensal paga pelo governo federal é de R\$ 412 (US\$ 73)<sup>af</sup>.

### **Iniciativas transversais da rede**

Os serviços dentro da rede também se envolvem em iniciativas transversais da rede que são transformadoras em termos do indivíduo, da comunidade e de uma percepção e envolvimento mais amplos com a saúde mental e deficiência psicossocial. Exemplos incluem:

- *Centros de Convivência (CECO)* – esses centros comunitários estão abertos a todos, incluindo pessoas com deficiências psicossociais, deficiências cognitivas, idosos e crianças e adolescentes com vulnerabilidades sociais. No município de Campinas, as atividades dos CECO refletem dois temas principais: convivência (atividades em grupo, reuniões públicas, promoção da compreensão das diferenças entre as pessoas) e parcerias com instituições públicas e com a sociedade civil que contribuam para a inclusão e autonomia.
- *Iniciativas de geração de trabalho e renda* – promovem o direito ao trabalho e oferecem capacitação e qualificações para o trabalho. Essas iniciativas promovem a inclusão social e a autonomia, aumentando o poder e melhorando a condição de vida das pessoas. Essas iniciativas seguem uma abordagem de economia solidária. O município de Campinas possui dois serviços voltados à economia solidária e à geração de trabalho e renda, promovendo autonomia, inclusão social pelo trabalho e participação em associações e cooperativas sociais.

<sup>af</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

*Iniciativas culturais* – A rede de saúde mental em Campinas também tem vários projetos coletivos e da rede transversal que incluem a participação de usuários dos serviços de saúde mental, profissionais e parentes de diferentes CAPS, SRT, CECO e outros serviços em variadas iniciativas, incluindo programas de rádio, publicações e iniciativas desportivas.

### Impactos e conquistas

Ao comparar os serviços de saúde mental de base comunitária e as estratégias que substituíram os hospitais psiquiátricos no Brasil, os serviços comunitários de saúde mental mostraram-se mais eficazes e eficientes (522). Um estudo de 2019 demonstrou uma correlação entre o aumento da cobertura por CAPS e UBS e a diminuição das taxas de hospitalização psiquiátrica (523). Uma revisão sistemática de 2015 de estudos sobre os serviços de saúde mental no Brasil relatou satisfação com os serviços que foram desenvolvidos em substituição à institucionalização (por exemplo, CAPS), citando atributos positivos como: atitudes acolhedoras e humanizantes, rompimento do isolamento social, melhora das condições clínicas e da qualidade de vida geral e apoio à saúde mental (522). Também constatou melhora na autoconfiança, saúde emocional, qualidade do sono e capacidade de lidar com situações difíceis (522).

Um estudo de coorte prospectivo envolvendo 1.888 usuários de CAPS constatou que as práticas dos CAPS eram eficazes no apoio a pessoas em situações desafiadoras e de crise (524). Depois de frequentar o CAPS, 24% dos usuários estavam livres de crises; 60% tiveram crises com menos frequência e 70% com menos intensidade. Quanto maior o tempo de atendimento nos CAPS, maior o tempo decorrido desde a última internação psiquiátrica. Os CAPS também favorecem a ampliação da autonomia dos indivíduos, bem como uma postura proativa e o senso de corresponsabilidade em relação ao *recovery* (525). Constatou-se ainda que a implementação do modelo CAPS reduziu em 14% o risco de suicídio (526).

Os familiares também relataram satisfação com o serviço, a qualidade do atendimento e o apoio que recebem (527, 528). Os NASF têm sido eficazes no apoio às necessidades de saúde mental leves e moderadas, evitando o excesso de demanda por serviços especializados (como os CAPS) (529, 530). Verificou-se também que a utilização de equipes dos NASF em área rural aumentava o engajamento individual com as atividades propostas pelos serviços de saúde, e as necessidades de saúde eram atendidas de forma mais abrangente (531). Constatou-se que os serviços moradia apoiada, como os SRT, apoiam indivíduos que sofreram hospitalização de longo prazo, aumentando seu senso de poder e autonomia, participação social e capacidade de estabelecer relacionamentos (532, 533). Achados semelhantes corroboram o benefício de programas financeiros como “De Volta para Casa” como apoio às pessoas para retornar à comunidade após longos períodos de hospitalização (534, 535)

## Indicadores

- No início de 2020, havia 3.070 CAPS em todas as regiões brasileiras (536). Em 2019, o orçamento anual da saúde em Campinas foi de aproximadamente R\$ 1,2 bilhão (cerca de US\$ 207 milhões)<sup>ag</sup>. A dotação orçamentária para a rede de saúde mental de base comunitária foi de 6,6% do orçamento total, equivalente a cerca R\$ 80 milhões (cerca de US\$ 14 milhões)<sup>ag</sup> (537, 538).
- Usando o exemplo da rede de Campinas, o custo da rede comunitária de saúde mental em 2019 foi de aproximadamente R\$ 67 (US\$ 12) *per capita*, com base em uma população aproximada de 1,2 milhão de habitantes e excluindo o custo dos leitos de saúde mental em hospitais gerais e os custos mais amplos (não de saúde mental) das UBS.
- Em um estudo transversal, 95% dos usuários de CAPS Campinas entrevistados relataram não ter tido nenhuma internação psiquiátrica após começar a frequentar os CAPS; 73% relataram buscar os CAPS em situação de crise, enquanto ninguém recorreu a um hospital psiquiátrico. Isso sustenta a premissa de que as redes comunitárias são capazes de substituir as funções dos hospitais psiquiátricos (539).

## Recursos inovadores

- O sistema de saúde mental no Brasil é um exemplo de como um país pode implementar serviços e iniciativas escaláveis com base em direitos humanos e nos princípios de *recovery* para atender às necessidades específicas de saúde mental de cada comunidade.
- A rede foi pactuada em todos os níveis e com todos os atores do sistema de saúde mental, incluindo usuários dos serviços, familiares, movimentos da sociedade civil e profissionais de saúde mental (540), promovendo a adesão e o comprometimento.
- Essas redes estão em constante evolução para enfrentar novos desafios, fruto do diálogo entre os interessados diretos.

## Recursos adicionais

### Sites:

<https://www.gov.br/saude/pt-br>  
<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>

### Vídeos:

Morar em Liberdade: Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira – Fiocruz  
[https://www.youtube.com/channel/ucd2xln\\_gieJrwqos8ywldpQ/videos](https://www.youtube.com/channel/ucd2xln_gieJrwqos8ywldpQ/videos)  
 Memórias da Reforma Psiquiátrica no Brasil – Fiocruz  
<http://laps.ensp.fiocruz.br/>  
 Rádio ‘Maluco Beleza’ – Campinas  
[https://www.youtube.com/watch?v=ujrdwel\\_cnm](https://www.youtube.com/watch?v=ujrdwel_cnm)

### Contato:

Coordenação da Área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde, Brasil  
[saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)  
 Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria Municipal da Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil, [dptosaudef@campinas.sp.gov.br](mailto:dptosaudef@campinas.sp.gov.br)  
 Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, Campinas, São Paulo, Brasil, [contato@candido.org.br](mailto:contato@candido.org.br)

<sup>ag</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

## 4.1.2

# Rede de serviços de saúde mental de base comunitária do leste de Lille

França



*A rede de saúde mental do leste de Lille promove o conceito de “psiquiatria cidadã”. Atendendo a uma população de 88.000 pessoas na região sudeste da área metropolitana de Lille, a rede foi construída ao longo de 40 anos de reorganização e reforma do sistema de saúde mental. A rede da região leste de Lille demonstra ser possível fazer a transição da atenção hospitalar para intervenções comunitárias diversificadas para pessoas com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial, com investimento comparável ao dos serviços mais tradicionais. A abordagem apoia o respeito aos direitos humanos dos indivíduos que usam os serviços de saúde mental e seu empoderamento – mesmo operando em um ordenamento legal nacional mais restritivo.*

## Coordenação de serviços e princípios fundamentais

A rede de saúde mental do leste de Lille é composta por uma gama de serviços de saúde mental na comunidade que maximizam a independência e promovem a cidadania. Todos os serviços trabalham juntos, inclusive compartilhando prontuários, para criar uma jornada de atendimento coerente para cada indivíduo em toda a rede. Uma ênfase importante é melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas, sua rede social, suas conquistas e seus pontos fortes.

O *Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole* é responsável pela gestão administrativa diária da rede, e mecanismos regionais de supervisão e planejamento estão em vigor. Seis municípios da região metropolitana do leste de Lille integram a associação intermunicipal de saúde, saúde mental e cidadania – um fórum para os atores da comunidade se reunirem, discutirem e planejarem serviços e atividades. É presidido pelos prefeitos das autoridades locais e é co-liderado pela rede de saúde mental do leste de Lille. As atividades estão organizadas em quatro eixos temáticos: prevenção e promoção da saúde, cultura, alocação de moradia, manutenção e planejamento e contexto de saúde local – que visa garantir a implementação das prioridades regionais.

## Principais serviços e como eles funcionam

### ***Centros médico-psicológicos locais [Services Médico-Psychologiques de Proximité (SMPP)]***

Situados em dois serviços ambulatoriais exclusivos do EPSM e integrados em 12 outras unidades de saúde, os SMPP são o primeiro ponto de contato para pessoas com a rede de saúde mental no leste de Lille. Os profissionais incluem enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas psicomotores<sup>ah</sup>, assistentes sociais, trabalhadores de suporte de pares e um treinador de esportes adaptados que trabalha com pessoas com necessidades especiais e deficiências. Pessoas são encaminhadas a um SMPP por seu médico generalista. O encaminhamento é seguido por uma avaliação das necessidades de saúde mental e física dentro de 48 horas. Cada avaliação é então discutida por uma equipe multidisciplinar, que identifica as necessidades de cuidado e apoio. As consultas acontecem em diversos locais, como centros de assistência social e apoio para jovens, onde eles podem acessar diretamente o SMPP sem encaminhamento médico. Não há lista de espera, e o serviço também pode realizar consultas domiciliares.

### ***Equipe móvel de crise e tratamento domiciliar [Soins intensifs intégrés dans la Cité (SIIC)]***

A SIIC responde à crise e cuidados intensivos em casa para até 15 pessoas simultaneamente. A equipe é multidisciplinar e está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana<sup>ai</sup>. Todos os trabalhadores do

<sup>ah</sup> A terapia psicomotora é definida como um método terapêutico que tem como pedras angulares a consciência corporal e as atividades físicas. É amplamente usada em vários países europeus, inclusive na França.

<sup>ai</sup> Psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, educadores especiais, especialistas em psicomotricidade, trabalhadores de suporte de pares.

serviço são sensibilizados para usar a abordagem de *recovery*, respeitar os direitos dos usuários do serviço e lidar com crises sem coerção. Quando todos esses recursos são considerados, há quase um trabalhador equivalente em tempo integral para cada indivíduo que procura atendimento (razão equivalente de trabalhadores a tempo integral por pessoa atendida de 0,96) (541).

### ***Clínica Jérôme Bosch (Clinique Jérôme Bosch)***

Dez leitos e uma equipe multidisciplinar estão disponíveis para pessoas com necessidades de saúde mental na Clínica Jérôme Bosch, situada em um hospital geral. A hospitalização, e especialmente a internação forçada, é evitada tanto quanto possível na rede do leste de Lille. A qualquer momento, há sete pessoas na clínica, que permanecem por sete dias em média [(Serviço de informações médicas), (EPSM Lille Métropole), comunicação pessoal (2020)]. No momento da internação, são fornecidas informações escritas e verbais sobre os direitos e obrigações do indivíduo. A pessoa pode nomear alguém de confiança para apoio pessoal durante seu tempo na clínica. A clínica usa a rede de apoio próxima do usuário do serviço para ajudar na negociação, na segurança e na prevenção de conflitos. Para facilitar essas conexões, não há horários fixos para visitas (542), e dois quartos dispõem de uma segunda cama para apoio às pessoas que pretendem pernoitar na clínica. As necessidades práticas e gerais de saúde durante a estadia da pessoa no hospital são discutidas, juntamente com a saúde mental. Todos os profissionais de saúde recebem treinamento específico para prevenir situações de conflito e violência. Qualquer uso de contenção é considerado um evento adverso importante no atendimento, e é investigado para garantir um processo contínuo de melhoria, que também convida à contribuição dos usuários e seus familiares. O isolamento nunca é usado no hospital ou em outros serviços de saúde mental do leste de Lille.

### ***Famílias de acolhimento terapêutico***

Uma característica especial da rede Lille é a existência de um sistema de “famílias de acolhimento terapêutico” que acolhem os usuários individuais dos serviços de saúde mental como membros de sua família. É uma alternativa à tradicional relação paciente/cuidador e à hospitalização. As famílias acolhedoras recebem treinamento em seu papel de anfitriã, bem como treinamento sobre questões de saúde mental, a abordagem de *recovery* e os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Elas também são treinadas em maneiras de ajudar com agitação psicomotora e evitar crises.

### ***Centro intersetorial de terapia familiar e sistêmica – centro especializado de consulta externa***

O centro intersetorial de terapia familiar e sistêmica (Don Jackson) é um serviço que oferece intervenções psicoterápicas para famílias e casais.

### ***Reabilitação e serviços e iniciativas residenciais de apoio***

A rede de saúde mental no leste de Lille tem um conjunto abrangente de iniciativas complementares para ajudar indivíduos que usam serviços de saúde mental a levar uma vida significativa e participar ativamente de suas comunidades.

*Habicité* – Habicité é uma equipe de tratamento assertivo na comunidade (TAC) (543), composta por enfermeiros, assistentes sociais, trabalhadores de suporte de pares e psicólogos, que presta apoio intensivo a longo prazo a 80 indivíduos com problemas de saúde mental para permanecerem nas suas casas com vistas ao *recovery*. O serviço também oferece vários alojamentos comunitários, com 13 apartamentos que oferecem alojamento em grupo para até 26 pessoas. O acesso à habitação foi recentemente democratizado com a inclusão de representantes da comunidade no processo. O serviço



agora tem como base uma filosofia de "moradia em primeiro lugar", o que significa acesso incondicional à moradia e ao apoio (423).

*Frontières* – Este serviço tem como foco a inclusão social e o bem-estar por meio de atividades físicas, artísticas, culturais, criativas e profissionais. As iniciativas incluem o *Service d'activités d'insertion et de soins intégrés à la cité*, que oferece atividades para pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais. Existe também um sistema de "Sagacités" que apoia pessoas que desejam participar de atividades comunitárias com pessoas de fora do sistema de saúde mental. Esse apoio pode ser muito concentrado em atividades específicas ou adotar a forma de coaching intensivo. Podem ser oferecidos também grupos de suporte de pares se as pessoas tiverem um projeto ou interesse comum. O serviço também facilita o acesso ao emprego por meio de parcerias com agentes e partes interessadas locais. Um terapeuta ocupacional ajuda a definir planos de carreira e profissionais com usuários do serviço, e um psicólogo auxilia com apoio, motivação e avaliação de competências vocacionais.

A rede do leste de Lille firmou vínculos ativos com muitos outros serviços e organizações de base comunitária ao longo dos anos, redes que envolvem instituições sociais e culturais, autoridades eleitas, grupos de apoio a usuários e familiares e vários outros parceiros do setor de saúde, como médicos generalistas, farmacêuticos e enfermeiros particulares. Ela usa esses vínculos para ajudar as pessoas que estão usando os serviços de saúde mental a restabelecer seu lugar na comunidade (544). Diversos grupos de apoio também estão à disposição dos usuários para promover a inclusão na comunidade e a cidadania ativa.

## Impactos e conquistas

Uma conquista importante dessa rede é verificada pela queda contínua das internações hospitalares anuais, de 497 em 2002 a 341 internações em 2018, mesmo diante de um aumento considerável do número de pessoas atendidas na rede no mesmo período (de 1.677 pessoas em 2002 para 3.518 pessoas por ano em 2018). O tempo médio de permanência na unidade de internação também diminuiu de 26 dias para sete dias no mesmo período.

Uma equipe de avaliação independente realizou em setembro de 2018 uma avaliação de todos os serviços de saúde mental do leste de Lille com base na iniciativa Direito é Qualidade da OMS. Três dos cinco temas possíveis foram totalmente alcançados:

i) usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental, ii) ausência de coerção, violência e maus-tratos, e iii) direito à vida independente na comunidade. Os outros dois temas, iv) direito a um padrão de vida adequado e v) direito à capacidade jurídica, à liberdade e segurança pessoal, foram parcialmente alcançados (541). Constatou-se que o ordenamento jurídico existente da França era uma barreira importante ao avanço completo nesses dois pontos.

## Recursos adicionais

[https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field\\_tags=all&search\\_api\\_fulltext=g21](https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field_tags=all&search_api_fulltext=g21)

### Vídeos:

Les Sism, c'est quoi ? Abril de 2014, [https://youtu.be/d7\\_1sQsinb4](https://youtu.be/d7_1sQsinb4)

### Contatos:

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.

E-mail: [jroelandt@epsm-lm.fr](mailto:jroelandt@epsm-lm.fr)

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-Métropole e setor 21, França.

E-mail: [svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr](mailto:svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr)

## Indicadores

- No leste de Lille, a hospitalização representa apenas 28,5% dos gastos com saúde mental, em comparação com 61% na França como um todo (541).
- Os custos gerais dos serviços de saúde mental também são mais baixos no leste de Lille do que nas áreas metropolitanas vizinhas, com um custo médio *per capita* de €132 (US\$ 158)<sup>aj</sup> por ano.
- O custo médio por usuário dos serviços vem diminuindo de forma constante de 2013 a 2017, de €3.131 (US\$ 3.759)<sup>aj</sup> para €2.915 (aproximadamente US\$ 3.480)<sup>aj</sup> por ano (541). Esses valores incluem custos associados a todo o percurso da atenção, desde a consulta inicial até a hospitalização (541).

## Recursos inovadores

- A rede de saúde mental do leste de Lille demonstra que é possível fornecer serviços orientados aos direitos humanos e ao *recovery*, mesmo em contextos em que as práticas e a legislação em nível nacional ainda são fortemente orientadas para a institucionalização, com consideráveis restrições de direitos humanos.
- A rede alcançou e engajou com sucesso políticos, autoridades e organizações comunitárias locais na tomada de decisões sobre o projeto e a entrega da rede de serviços do leste de Lille, de modo a promover o envolvimento ativo de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais na comunidade, e a sustentabilidade do serviço.

<sup>aj</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

4.1.3

# Rede de Serviços de Saúde Mental de base comunitária de Trieste

Itália



*Desde o fechamento de seu grande manicômio na década de 1970, a cidade de Trieste tem sido pioneira na implementação de cuidados de saúde mental de base comunitária. Com base em uma abordagem de portas abertas, os Centros Comunitários de Saúde Mental funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, oferecendo aos usuários um conjunto híbrido de opções diurnas e pernoite, por uma fração do custo dos serviços hospitalares. Características exclusivas da rede como um todo incluem orçamentos de saúde personalizados, bem como oportunidades de trabalho e treinamento apoiadas por meio de empresas sociais. Em 2018, a rede cobria uma população de aproximadamente 236 mil pessoas (546), tendo atendido 4.800 indivíduos naquele ano (547).*

### Coordenação de serviços e princípios fundamentais

O serviço de saúde mental de Trieste trabalha numa abordagem de cuidados e apoio baseada nos direitos humanos, com uma forte ênfase na desinstitucionalização. Os Centros de Saúde Mental Comunitários (CSMC) são o principal ponto de entrada aos serviços de saúde mental de Trieste, enquanto a unidade psiquiátrica do hospital geral é usada principalmente para emergências durante a noite.

Os funcionários dos CSMC desempenham um papel crucial na garantia da coordenação de todos os serviços da rede. Eles se envolvem e colaboram ativamente com os serviços de saúde e bem-estar, o sistema judiciário, instituições culturais, autoridades regionais e municipais e outras organizações comunitárias, como redes sociais e de pares. Eles conectam as pessoas às diferentes iniciativas, serviços e oportunidades da comunidade. Por exemplo, cada pessoa que usa um CSMC é designada a um pequeno grupo multidisciplinar de trabalhadores, que se torna especificamente responsável por seus cuidados e suporte. A unidade psiquiátrica do hospital geral também está em contato direto com os CSMC para ajudar as pessoas a transicionarem para os cuidados de base comunitária o mais rápido possível.

O sistema em Trieste é gerido pelo Departamento de Saúde Mental da autoridade sanitária universitária local (*Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina*), que abrange Trieste e o território vizinho de Gorizia. O Departamento de Saúde Mental é responsável pelo orçamento, planejamento e prestação de serviços. De acordo com sua abordagem “pessoa global, sistema global, comunidade global” para a atenção à saúde mental, a autoridade sanitária universitária financia diretamente uma ampla gama de parceiros independentes no terceiro setor, incluindo empresas sociais, cooperativas e associações de voluntários.

### Principais serviços e como eles funcionam

#### ***Centros de Saúde Mental Comunitários: desenvolver um conjunto de serviços multidisciplinares, flexíveis e móveis na comunidade***

Os quatro CSMC de Trieste funcionam 24 horas por dia e aceitam todos os encaminhamentos provenientes de uma população de cerca de 60.000 habitantes por centro. Não existem listas de espera para acessar o centro e as pessoas podem entrar a qualquer hora entre 08h e 20h. Qualquer pessoa que entre ou telefone para um CSMC recebe uma resposta geralmente dentro de uma a duas horas.

Os centros oferecem tanto atividades diurnas quanto pernoites, com, em média, seis leitos disponíveis para acolher uma pessoa em crise. A permanência média é de 13-8 dias (548). Ao longo de sua estadia, os indivíduos são incentivados a continuar as atividades em andamento nas quais já estão engajados, e podem receber visitantes de maneira informal. As pessoas também podem vir intermitentemente aos centros para sessões e reuniões de terapia individual e em grupo, apoio medicamentoso, contato informal com outras pessoas ou simplesmente para comer uma refeição em grupo. Todos os CSMC têm uma política de portas abertas e não há barreiras físicas como fechaduras, chaves ou códigos.

Os CSMC também oferecem atividades móveis, visitas domiciliares, apoio domiciliar em casos de crise e apoio para que os indivíduos tenham acesso à educação, emprego, serviços sociais ou de lazer na

comunidade. Os membros da equipe fazem visitas programadas às casas das pessoas ou encontram-se com as pessoas em espaços públicos para garantir que recebam o máximo de apoio possível em um ambiente comunitário. Cerca de 50% do trabalho do pessoal ocorre nos centros e 50% na comunidade.

### ***Unidade e serviço de psiquiatria em hospital geral (UPHG) como último recurso: proporcionando hospitalização de curta duração***

Há uma unidade de saúde mental no hospital geral de Trieste, com seis leitos. A resposta rápida a crises organizada pelo CSMC resulta em muito poucas internações hospitalares. Assim, a UPHG é usada principalmente para emergências à noite; a maioria das pessoas permanece por menos de 24 horas, sendo a média de permanência de 1-7 dias (548), antes de ser encaminhadas o mais rápido possível ao CSMC de sua área de residência. Há uma política explícita de "portas abertas – sem contenção" tanto nos CSMC quanto na UPHG (546, 549, 550) e a equipe é treinada para usar negociação e estratégias de desescalada para evitar o uso de coerção.

### ***Serviços e iniciativas de apoio à inclusão comunitária: garantindo a plena inclusão e participação na comunidade***

A rede de saúde mental em Trieste dispõe de um conjunto abrangente de serviços de reabilitação e moradia apoiada que trabalham em parceria com uma vasta gama de organizações sem fins lucrativos, como cooperativas sociais, associações de voluntariado e de “promoção social”, incluindo as de pares e cuidadores. Esses serviços de reabilitação e apoio visam garantir que as pessoas possam viver uma vida significativa e participar plenamente da comunidade.

Os serviços residenciais de apoio, fornecidos através de vários pequenos apartamentos para indivíduos e pequenos grupos de até cinco pessoas, atendem cerca de 100 pessoas todos os anos. Há também uma casa de *recovery*, que tem espaço para cerca de quatro a seis pessoas ficarem, geralmente por seis meses. Os serviços de reabilitação e moradia assistida colaboram com uma rede de aproximadamente 15 cooperativas sociais, que oferecem capacitação e emprego a aproximadamente um terço dos usuários de serviços de saúde mental da cidade. Em 2018, havia 292 pessoas apoiadas pelos serviços de saúde mental da cidade que recebiam bolsas de trabalho como estagiários, em atividades que vão desde a restauração e manutenção de jardins públicos até serviços de hotelaria (547). Atividades adicionais promovidas por associações de voluntários e de pares são organizadas em vários espaços sociais da cidade e se concentram em áreas definidas, como esportes, apoio de pares, expressão artística e iniciativas anti-estigma.

Dos moradores da cidade, cerca de 160 pessoas por ano recebem subsídios, na forma de orçamentos personalizados de saúde para acessar serviços e cobrir despesas com moradia, educação, treinamento, emprego, bem como cuidados pessoais e necessidades de lazer (549, 551). Os orçamentos personalizados de saúde também podem ajudar a financiar educação e treinamento vocacional. Para decidir sobre a alocação de fundos, é desenvolvido um plano que inclui as metas identificadas da pessoa e é discutido e pactuado em colaboração com a pessoa. Os familiares são envolvidos se a pessoa permitir.

## **Impactos e conquistas**

Pesquisas ao longo dos anos mostraram resultados importantes dos serviços em Trieste. O primeiro estudo de acompanhamento após a lei da reforma psiquiátrica (1983 a 1987) mostrou melhores desfechos psicossociais em 20 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em Trieste e Arezzo em comparação com outros 18 centros italianos (552). O número anual de pessoas submetidas a tratamento involuntário caiu de 150, em 1971, para 18 em 2019.

Isso corresponde a uma taxa de 8,11 por 100.000 habitantes (548), uma das taxas mais baixas da Itália (553). Significativamente, a Itália também teve a menor taxa geral de hospitalização involuntária

entre 17 países da Europa Ocidental em 2015, ou 14,5 pessoas por 100.000 habitantes, em comparação com taxas de até 189,3 em alguns outros países; essa constatação também tem sido consistente desde 2008 (53).

Em 2005, uma pesquisa realizada pelo Departamento de Saúde Mental de Trieste em 13 centros constatou que a atenção à crise fornecida pelo CSMC havia resultado em resolução mais rápida da crise, prevenção de recaídas e melhores desfechos clínicos e sociais em dois anos de acompanhamento (554-556). Os achados também destacaram a importância da confiança nas relações terapêuticas, continuidade e flexibilidade do cuidado e da integralidade do serviço. Além disso, a pesquisa constatou que houve uma redução de 50% nas admissões ao serviço de emergência da unidade psiquiátrica do hospital geral entre 1984 e 2005 (557). Outra pesquisa aponta altos índices de satisfação dos usuários do serviço com o trabalho do CSMC (558).

Um estudo de 2014 realizado com 27 pessoas com necessidades complexas que usaram os serviços constatou uma taxa elevada de recuperação social em cinco anos de acompanhamento: nove participantes conseguiram empregos formais, 12 alcançaram vida independente e a pontuação geral na avaliação Camberwell de necessidades (559) caiu de 75% para 25%. Houve também uma redução de 70% dos dias de internação, e somente uma pessoa abandonou o serviço (549, 560).

Em 2018, estimou-se que o custo da rede de serviços de saúde mental implantada correspondia a 37% do custo do antigo hospital psiquiátrico, ajustado aos níveis atuais de gastos (547).

### Mais informações e recursos

#### Site:

[www.triestementalhealth.org](http://www.triestementalhealth.org)

#### Vídeos:

BBC News, Trieste's mental health revolution: 'it's the best place to get sick'

<https://www.bbc.com/news/av/stories-49008178>

Report from the la-Trieste delegation: 11 de dezembro de 2017:

<https://youtu.be/gnyydKZzigm>

Episódio 8 – Lived experience in Trieste, a mental health system without psychiatric hospitals, with Marilena and Arturo:

<https://www.spreaker.com/user/apospodcast/episode-8-lived-experience-in-trieste-a>

Roberto Mezzina, 2013, <https://youtu.be/unmshQdrByi>

#### Contato:

Elisabetta Pascolo Fabrici, Diretora, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treinamento – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Itália. e-mail: [elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it](mailto:elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it)

Roberto Mezzina, Psiquiatra,

ex-Diretor, Departamento de Saúde Mental de Trieste e Gorizia,

Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treinamento — Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Itália.

E-mail: [romezzin@gmail.com](mailto:romezzin@gmail.com); [who.cc@asuits.sanita.fvg.it](mailto:who.cc@asuits.sanita.fvg.it)

## Indicadores

- Trieste tem uma das taxas mais baixas de hospitalização involuntária por problemas de saúde mental da Itália, com 8,1 pessoas por 100.000 habitantes (561), e a Itália tem uma das taxas mais baixas da Europa, com 14,5 por 100.000 (53). O número de pessoas submetidas a tratamento involuntário em Trieste caiu de 150 em 1971 (562) para 18 em 2019 (548).
- Os orçamentos de saúde mental são investidos em grande parte em serviços e intervenções comunitárias; estes representam 94% do orçamento, enquanto os serviços hospitalares receberam 6% (2014) (549).
- Com a transformação geral dos serviços desde a década de 1970 até hoje, vários estudos mostraram que os desfechos das pessoas que usam os serviços melhoraram significativamente, e que os custos de prestação de cuidados e apoio diminuíram (552, 554-556, 560).
- Em 2018, estimou-se que o custo da rede de serviços de saúde mental implantada correspondia a 37% do custo do antigo hospital psiquiátrico, ajustado aos gastos atuais (547).

## Recursos inovadores

- 160 pessoas se beneficiam de um orçamento de saúde personalizado para ter acesso a um programa individualizado de atividades, bem como a vários serviços de habitação, educação e sociais.
- O serviço de saúde mental colabora com uma rede de aproximadamente 15 cooperativas sociais, que dão emprego a aproximadamente um terço dos usuários de serviços de saúde mental da cidade.

---

## 4.2 Redes de serviços de saúde mental em transição

---

Mais recentemente e em todo o mundo, um número cada vez maior de países como Peru, Líbano, Bósnia e Herzegovina e outros estão fazendo esforços conjuntos para desenvolver e expandir suas redes de saúde mental e oferecer serviços e suportes comunitários, orientados para os direitos humanos e com foco em *recovery*, em larga escala. Embora seja necessário mais tempo e esforço sustentado, mudanças importantes já estão se materializando.

Um aspecto-chave de muitas dessas redes emergentes é o foco no **rápido desenvolvimento e expansão de centros de saúde mental de base comunitária**, que visam tirar os serviços de saúde mental dos hospitais psiquiátricos e trazê-los para ambientes locais, de modo a garantir a plena participação e inclusão de indivíduos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais na comunidade. Um exemplo é a expansão dos centros comunitários de saúde mental no Peru, conforme mostra o Quadro 1 a seguir. Os centros comunitários de saúde mental muitas vezes servem como um primeiro ponto de entrada no sistema de saúde mental e geralmente atuam como um componente central da rede. Por meio desses centros, os indivíduos podem acessar uma ampla gama de serviços de saúde mental ambulatoriais, móveis e de nível primário, que variam entre os países. Entre outras opções, esses serviços podem incluir terapia de grupo ou individual, distribuição de medicamentos ou tratamento, acesso a suporte de pares, visitas domiciliares, etc. Esses centros não só prestam serviços, como apoiam a coordenação de outros serviços de saúde mental na rede e promovem o *recovery* ao conectar os indivíduos a oportunidades de se envolver com a vida da comunidade. Além de seu objetivo de fornecer cuidados e tratamento de saúde mental, muitos se esforçam para colocar a inclusão e participação social em sua missão.



**Quadro 1.** Peru – uma rede de saúde mental em transição**Peru – Foco na expansão dos centros comunitários de saúde mental**

No Peru, por exemplo, houve um esforço considerável na última década para criar centros de saúde mental comunitários (CSMC) em todo o país, cada um atendendo uma população de aproximadamente 100.000 indivíduos (563). Desde 2015, foram criados 155 CSMC, e o Ministério da Saúde espera ampliar a cobertura para 281 centros em todo o país até o final de 2021 (564). Os CSMC têm três funções: oferecer tratamento e atenção a pessoas com problemas de saúde mental (incluindo intervenções psicossociais e farmacológicas); implementar atividades comunitárias de promoção e prevenção em saúde mental; e fortalecer os serviços não especializados de atenção primária à saúde mental (treinamento, supervisão, capacitação e fortalecimento dos sistemas de referência de serviços não especializados de atenção primária à saúde para CSMC).

Os CSMC não são o único aspecto importante da reforma. Eles são complementados pela criação de “casas transitórias” ou “lares protegidos” (*Hogares Protegidos*) na comunidade e a implantação de unidades de saúde mental em hospitais gerais, todas com base em uma forte política e estratégia de cobertura universal de saúde.

Até o momento, foram estabelecidos 11 *Hogares Protegidos*, cinco sediados em Lima (565, 566). Com uma orientação explícita para o respeito pelos direitos humanos, os lares protegidos oferecem alojamento e assistência e apoio 24 horas por dia para um pequeno número de pessoas que de outra forma viveria nos grandes hospitais psiquiátricos do país. Cada casa tem espaço para oito moradores. Os lares protegidos são projetados para pessoas que precisam de altos níveis de apoio e têm sistemas de apoio familiar fracos (429). Eles também visam melhorar a capacidade dos indivíduos de viver de forma independente na comunidade. O ombudsman peruano observou

que estas intervenções poderiam ser fortalecidas ainda mais de modo a oferecer caminhos bem definidos rumo à vida independente, e para reduzir o risco de reinstitucionalização (567).

O desenvolvimento de unidades de saúde mental em hospitais gerais também atua no sentido de deslocar o foco da atenção à saúde mental para longe dos grandes hospitais psiquiátricos, como parte do processo de desinstitucionalização. As unidades de saúde mental em hospitais gerais oferecem períodos de internação de curta duração com permanência máxima de 45 dias (568). Atualmente, existem unidades de internação de saúde mental em 32 hospitais gerais do país. Até 2021, a meta do Ministério da Saúde é ter unidades de saúde mental em 62 hospitais (566).

É importante ressaltar que essas transformações no sistema de saúde mental em direção às redes comunitárias foram possibilitadas por um conjunto de leis nacionais e reformas políticas importantes. Em particular, a Lei 29.889 foi aprovada em 2012 para transformar o sistema de saúde mental existente em um modelo de atenção à saúde baseado na comunidade e afirmar o direito de todas as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais de acessar o mais alto padrão de atendimento possível (569).

Na mesma época, o Peru também se comprometeu com a cobertura universal de saúde e desenvolveu um plano de seguro-saúde que incluía serviços de saúde mental como parte do pacote de benefícios. Além disso, foi criado em 2014 um programa de dotação orçamentária baseado em resultados, estabelecendo um marco de financiamento de dez anos para ações de saúde mental, o que permitiu um aumento sustentado dos recursos disponíveis para as atividades de reforma da saúde mental. Por exemplo, o orçamento nacional peruano para o ano fiscal de 2020 aloca 350 milhões de sol peruano (s/), aproximadamente US\$ 94,8 milhões<sup>ak</sup>, à saúde mental, um aumento de s/ 70 milhões (aproximadamente US\$ 19 milhões)<sup>af</sup> sobre a alocação de 2019 (570).

Mais recentemente, em 2018, o Código Civil passou por uma reforma inédita que retirou os obstáculos à capacidade jurídica com base na deficiência, extinguiu a tutela civil de adultos com deficiência e impediu a restrição da capacidade jurídica pessoal com base em deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas (571). Além disso, a Lei 30.947 foi aprovada em 2019, consolidando um modelo comunitário de atenção à saúde mental (568). Seus regulamentos, adotados em março de 2020, incluem disposições-chave que reconhecem o direito à capacidade jurídica e ao consentimento informado dos usuários do serviço, bem como o papel da tomada de decisão apoiada no contexto da prestação de saúde mental (572). Essas reformas e engajamento político têm desempenhado um papel importante na formação do desenvolvimento dos serviços e como eles operam.

Em muitos países, estão sendo feitos grandes avanços para diversificar e integrar os serviços de saúde mental na comunidade em geral. Muitas dessas redes tomaram uma abordagem multidisciplinar **para cuidar, apoiar e promover uma estrutura holística** para a prestação de cuidados de saúde mental. Tal abordagem exige uma participação ativa, colaboração e coordenação dos serviços de saúde mental com outros atores na comunidade, notadamente os setores de assistência social, saúde e judiciário, as autoridades regionais e municipais, bem como iniciativas culturais e esportivas, entre outros serviços, iniciativas e oportunidades na comunidade. Por meio dessa abordagem holística de cuidados e apoio, os indivíduos podem receber suporte em todos os aspectos da sua vida importantes para a sua saúde mental e bem-estar, incluindo emprego, habitação, relacionamentos, etc. Firmar parcerias com organizações da sociedade civil, incluindo, por exemplo, organizações de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, é um aspecto importante da criação de uma rede de saúde mental completa, como mostra o exemplo da Bósnia e Herzegovina no Quadro 2 a seguir.

<sup>ak</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

**Quadro 2.** Bósnia e Herzegovina – uma rede de saúde mental em transição**Bósnia e Herzegovina – Integralidade nos centros de saúde mental e vínculos comunitários**

Desde a década de 2010, a rede de saúde mental na Bósnia e Herzegovina foi fortalecida pelo fato de que os serviços de saúde mental estão intrinsecamente ligados aos setores sociais, de emprego e habitação. Por exemplo, as áreas locais de Drin e Bakovici, no município de Foinica, oferecem serviços residenciais para pessoas que precisam de um nível inferior de apoio e estão se recuperando bem, promovendo assim uma vida independente. Atualmente, Bakovici oferece moradia para 50 pessoas em 13 unidades habitacionais e há 74 pessoas usando as sete casas de Drin na comunidade local. Esses serviços recebem financiamento do setor de serviço social de cada cantão (para atividades regulares), do nível federativo do Ministério do Trabalho e Política Social (para custos de infraestrutura) e por meio de doações, projetos humanitários e de geração de renda (573).

Também aumentou o número de serviços de reabilitação, que foram construídos em cooperação com centros de ação social administrados e financiados pelo setor social; centros de envelhecimento saudável em Sarajevo; e associações de usuários de serviços de saúde mental. Programas preventivos e de promoção nos serviços comunitários de saúde mental também aumentaram, e eles são obrigados a compor 30% dos serviços comunitários de saúde mental. Todos os centros cooperam com escolas através de oficinas educativas e visitas de profissionais de saúde mental às escolas, mas também através da prestação de serviços de saúde mental quando necessário. Em alguns centros, os funcionários também se envolvem em atividades preventivas destinadas a apoiar os idosos nas comunidades locais ou em casas de repouso.

De maneira mais geral, desde a década de 2010, todos os serviços de saúde mental foram obrigados a usar uma abordagem de manejo de casos que envolve a coordenação e prestação de intervenções biopsicossociais baseadas em evidências, usando uma abordagem colaborativa que conecta os usuários dos serviços aos serviços e recursos disponíveis na comunidade (574). Serviços centrados na pessoa e orientados para o *recovery*, incluindo manejo de casos e outras abordagens, como terapia ocupacional, grupos de auto-ajuda, melhor trabalho com famílias e cuidadores e programas preventivos, são totalmente cobertos pelo seguro de saúde. Assim, a cooperação inter-setorial aumentou e está no centro dos esforços de reforma no país.

A disponibilidade de serviços de saúde mental na comunidade também aumentou. Por exemplo, o número de centros comunitários de saúde mental aumentou de 51 em 2010 para 74 hoje, cobrindo aproximadamente 60% da população (575). Na última década, muitas intervenções se concentraram no desenvolvimento da capacidade das equipes multidisciplinares dos centros comunitários de saúde mental para a prestação de serviços de saúde mental inovadores, responsivos, orientados para o *recovery* e sensíveis ao gênero.

Uma força importante da rede de saúde mental em expansão na Bósnia e Herzegovina tem sido a colaboração de organizações de pessoas com problemas de saúde mental para a prestação de serviços e em iniciativas de *advocacy*. Algumas das organizações são reconhecidas como provedores alternativos de serviços comunitários de saúde mental, e muitas delas estão intimamente ligadas e são apoiadas pelos centros comunitários de saúde mental.

Tradicionalmente, nas últimas décadas, a abordagem padrão de muitos países tem sido fornecer serviços de saúde mental em grandes hospitais especializados, muitas vezes com resultados ruins e violações de direitos humanos. Um número cada vez maior de países está fazendo esforços para **reformular seus hospitais, visando garantir que um processo sustentável de desinstitucionalização e uma abordagem baseada em direitos humanos possam ser alcançados**. Qualquer processo responsável de desinstitucionalização precisa ser acompanhado por um conjunto de reformas abrangentes para todo o sistema de saúde mental, incluindo o desenvolvimento de serviços alternativos baseados na comunidade, bem como uma mudança na mentalidade da força de trabalho para cuidados centrados na pessoa, suporte baseado em direitos e foco em *recovery*. Assim, os países que estão abordando a questão dos cuidados hospitalares estão fazendo esforços para reduzir as internações, fechar grandes hospitais psiquiátricos e, paralelamente, criar oportunidades de apoio em hospitais gerais, em unidades de atenção primária ou em ambientes especializados na comunidade, como centros de saúde mental de base comunitária, residências de grupo e mesmo nas casas das pessoas. O Quadro 3 a seguir ilustra a abordagem abrangente do Líbano para melhorar a qualidade e promover uma abordagem de *recovery* centrada na pessoa mesmo nos cuidados hospitalares.

**Quadro 3.** Líbano – uma rede de saúde mental em transição**Líbano – Melhoria da qualidade e abordagem de *recovery* no ambiente hospitalar**

No Líbano, o Ministério da Saúde Pública iniciou um amplo conjunto de transformações na atenção à saúde mental (576, 577) com foco na melhoria da qualidade e na promoção de uma abordagem de *recovery* centrada na pessoa. Os esforços de reforma são o resultado do compromisso político para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde mental em todo o país. Para tal, em 2014 foi criado um programa nacional de saúde mental no âmbito do Ministério da Saúde Pública e lançada uma estratégia quinquenal para a saúde mental (2015-2020) em colaboração com parceiros internacionais, nacionais e da sociedade civil. Muitas dessas melhorias estão sendo canalizadas por meio do programa *Direito é Qualidade* da OMS.

Em fevereiro de 2019, o hospital psiquiátrico al-Fanar, no Líbano, foi fechado após relatos de abusos de direitos humanos. As violações iam desde ambiente insalubre, falta de higiene e tratamento abaixo do padrão até coerção e negligência (578-580). Em resposta, o Ministério da Saúde Pública emitiu duas portarias: a Portaria nº 271/1 dizia respeito à avaliação do estado de saúde dos pacientes transferidos do hospital al-Fanar (581); e a Portaria nº 270/1 discorria sobre a qualidade da assistência e os direitos humanos no campo da saúde mental, com base na iniciativa *Direito é Qualidade* da OMS (582).

Os hospitais agora são obrigados a cumprir normas rígidas de acreditação com base no modelo de atendimento escalonado e na abordagem de *recovery* (583). Todo hospital que recebe pessoas com problemas de saúde mental é obrigado a: recrutar uma equipe multidisciplinar (incluindo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros de saúde mental); estabelecer vínculo com pelo menos um centro de atenção primária à saúde; e passar por avaliação contínua, incluindo exame dos laudos de saúde mental e indicadores de desempenho hospitalar.

O Líbano também empreendeu esforços generalizados para realizar avaliações abrangentes de serviços e treinamentos de pessoal sobre saúde mental, direitos humanos e *recovery*, usando as ferramentas de avaliação e treinamento da iniciativa Direito é Qualidade da OMS. A formação de um grupo nacional de avaliadores começou durante a fase-piloto em 2017, e em julho de 2020 havia uma equipe nacional de mais de 40 avaliadores de serviços de saúde mental no país, composta por profissionais de saúde mental, assistentes sociais, advogados e usuários dos serviços. O objetivo é garantir que esses serviços nos hospitais forneçam suporte de curto prazo e cuidados de qualidade, e que sejam capazes de se vincular aos serviços comunitários. Em 2017, ocorreram duas avaliações piloto e, em 2020, três avaliações de estabelecimentos de saúde mental, antes da pandemia de COVID-19 e do lockdown imposto em resposta a ela. Dessas três avaliações de estabelecimentos, uma já gerou um plano de melhoria que está em andamento; o processo de planejamento de melhorias nos dois outros estabelecimentos está temporariamente interrompido devido às medidas de lockdown.

Vinculada ao trabalho em nível hospitalar há uma rede cada vez maior de, atualmente, quatro centros comunitários de saúde mental com equipes multidisciplinares capacitadas, que atuam como pontos de referência para o atendimento especializado de pessoas com transtornos mentais e uso de substâncias. Para garantir a continuidade do cuidado, esses centros comunitários de saúde mental estão vinculados a um centro de atenção primária à saúde que faz parte da rede nacional, bem como a um hospital geral que possui unidade de internação de saúde mental. Alguns estão também ligados a centros de tratamento do consumo de substâncias.

Outra característica fundamental das redes emergentes de saúde mental é o reconhecimento de que o desenvolvimento de uma agenda de direitos humanos e uma abordagem de *recovery* não podem ser alcançados sem a **participação ativa de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais**. As pessoas com experiência vivida são especialistas e parceiros necessários para defender não só o respeito aos seus direitos, mas também o desenvolvimento de serviços e oportunidades que respondam melhor às suas necessidades reais. Para isso, é fundamental que haja redes que apoiem e empoderem grupos da sociedade civil e movimentos de usuários para desempenhar papéis significativos em todos os níveis de planejamento, prestação e avaliação de serviços. Alguns exemplos são destacados no Quadro 4.

#### Quadro 4. Líbano, Peru e Bósnia e Herzegovina – fortalecimento da sociedade civil e da participação significativa

### Líbano, Peru e Bósnia e Herzegovina – Fortalecimento da sociedade civil e da participação significativa de pessoas com experiência vivida



**No Líbano**, em consonância com a estratégia de saúde mental e uso de substâncias (Líbano 2015-2020, objetivo estratégico 1.4.3) (577), o programa nacional de saúde mental do Ministério da Saúde Pública, em colaboração com parceiros, está facilitando a criação de associações independentes de usuários de serviços. Trabalhar para a representação adequada de pessoas com experiência vivida é essencial para alcançar sua plena participação no desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas de saúde mental para o Líbano. Em 2020, estava em curso a constituição da primeira associação de usuários, com a ajuda e apoio de uma rede de organizações da sociedade civil, ONG internacionais e parceiros, bem como o apoio técnico do programa nacional de saúde mental. Dentro do programa, a participação dos usuários do serviço tem sido um elemento integral na implementação da estratégia de saúde mental; a participação deles é um componente consistente nas atividades de formulação de políticas e *advocacy* em nível nacional, incluindo a concepção, implementação e revisão de campanhas nacionais.

No programa Direito é Qualidade da OMS no Líbano, a representação e participação de pessoas com experiência vivida foi levada em consideração no recrutamento e treinamento de avaliadores. Do grupo de 40 avaliadores treinados da iniciativa, oito são usuários de serviços ou pessoas com experiência vivida, incluindo usuários de serviços que anteriormente trabalharam com suporte de

pares. Além disso, foi assegurada a participação de pessoas com experiência vivida e usuários dos serviços no recrutamento de participantes em sessões de formação de capacitação da iniciativa Direito é Qualidade e numa sessão de capacitação de capacitadores no início de 2020.

**No Peru**, as organizações de pessoas com deficiências psicossociais têm sido ativas na promoção de reformas legais e políticas. Por exemplo, a associação Alamo, uma organização de pessoas com deficiência psicossocial e suas famílias, teve um papel importante na elaboração e adoção da Lei 29.889 de 2012, que levou à implementação de um modelo de saúde mental baseado na comunidade, e a inédita reforma da capacidade jurídica de 2018, na qual a Alamo participou da comissão parlamentar encarregada de revisar o Código Civil para reconhecer a capacidade jurídica das pessoas com deficiência. Da mesma forma, a recém-criada coalizão de saúde mental e direitos humanos, composta por pessoas com experiência vivida e organizações aliadas, fez contribuições significativas na redação dos regulamentos da Lei de Saúde Mental de 2019 para garantir uma abordagem baseada em direitos para a deficiência. Apesar desses exemplos positivos de impacto, a participação de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais na concepção, implementação e monitoramento de políticas de saúde mental ainda é limitada e fragmentada (584). Reconhecendo isso, o Ministério da Saúde peruano está promovendo a criação e participação de organizações de usuários de serviços como parte das ações para fortalecer os serviços prestados em centros comunitários de saúde mental (585). Como parte desses esforços, uma associação nacional de usuários e familiares (*Ayni Peru*) foi criada em 2019, visando complementar e articular esforços com outras organizações regionais e locais. Como sugere um projeto de pesquisa (586), essas organizações poderiam ser ainda mais fortalecidas se incorporassem discussões sobre direitos humanos e tomada de decisão apoiada como parte de sua agenda.

**Na Bósnia e Herzegovina**, há mais de uma dezena de associações de pessoas com problemas de saúde mental que se formaram e se registraram como organizações da sociedade civil, algumas delas empregando profissionais e prestando serviços como centros diários de psicoterapia, terapia ocupacional e outras atividades regulares (587). O que é comum nessas organizações é que elas oferecem psicoeducação aos seus membros e suas famílias, apoiam o desenvolvimento de habilidades para a vida, especialmente após internações mais longas, oferecem terapia de grupo, aconselhamento, terapia ocupacional e musicoterapia, apoiam o exercício dos direitos dos usuários a benefícios e organizam diferentes treinamentos, como em *advocacy* dos próprios direitos. Pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais também participaram ativamente na advocacia e campanhas para combater o estigma, por exemplo, a campanha nacional – “uma pessoa é uma pessoa”. Essa campanha teve como objetivo aumentar a conscientização sobre a saúde mental e as pessoas com problemas de saúde mental, retratando as pessoas em suas vidas cotidianas como parte da comunidade.



## 4.3 Conclusão

Conforme demonstrado ao longo desta seção, os serviços de saúde mental precisam ser considerados como parte de uma rede abrangente e integrada de serviços e sistemas. Os serviços disponibilizados às pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais devem refletir a diversidade e a complexidade das necessidades de cada pessoa. De forma mais geral, os direitos humanos exigem que todos os serviços sejam acessíveis à população em geral e também estejam disponíveis para indivíduos com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. A mudança de paradigma refletida na CDPD exige uma abordagem holística na qual a atenção à saúde mental representa apenas um dos vários aspectos que levam à inclusão social.

Os vários exemplos apresentados nesta seção ilustram que essas redes de serviços reconhecem a importância da moradia, emprego, educação, proteção social e outros apoios para os serviços que prestam. A integração dos serviços de saúde e sociais cumpre um papel central na promoção do *recovery*, da inclusão comunitária e da plena efetivação dos direitos humanos das pessoas com deficiência psicossocial. Essa integração precisa ser reforçada e fortalecida em todos os lugares. Nesse contexto, são necessários esforços contínuos para construir fortes colaborações com os setores sociais e sem fins lucrativos. Finalmente, um compromisso político forte e sustentado com o desenvolvimento contínuo de serviços comunitários que respeitem os direitos humanos e adotem uma abordagem de *recovery* é essencial para construir essas redes integradas.

Embora esta seção mostre algumas das transformações que ocorreram em todo o mundo na saúde mental e lance luz sobre boas práticas para redes bem estabelecidas e em transição, não pretende ser uma representação exaustiva de todo o progresso que está sendo feito tanto nesses países como no resto do mundo. Cabe ressaltar que o desenvolvimento de qualquer sistema de saúde mental e rede de serviços precisa ser sensível ao contexto local. Embora esta seção destaque algumas características comuns e passos importantes para alcançar os direitos humanos e redes de saúde mental orientadas para o *recovery*, cada país precisará levar em consideração suas próprias especificidades para o processo de reforma. Todos os países, no entanto, devem garantir que os direitos humanos e a abordagem de *recovery* sejam pilares de qualquer esforço de reforma, sem concessões.

# 5.

**Orientações e passos  
para a ação**

Há uma oportunidade de colocar os direitos humanos em posição central nos sistemas de saúde mental e, ao fazê-lo, expandir a prestação de serviços e melhorar os serviços. A *Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030* (588) e as estruturas internacionais de direitos humanos, inclusive a CDPD, representam compromissos e obrigações pactuadas de governos em todo o mundo para defender os direitos humanos, construir sociedades inclusivas e não deixar ninguém para trás. Esses compromissos e obrigações representam uma oportunidade única para mobilizar ações, atenção e recursos para aprimorar os serviços de saúde mental e apoio social que respeitem os direitos. A OMS respondeu a esse desafio de maneira integral por meio de seu programa global de trabalho e por meio do plano de ação de saúde mental para 2013-2030, que forma a base de muitas das etapas de ação sugeridas para os países descritos abaixo.

Governos, profissionais de saúde e assistência social, ONGs, OPD e outros atores e interessados direitos da sociedade civil podem dar passos significativos para melhorar a saúde e o bem-estar de suas populações, tomando medidas decisivas para introduzir e ampliar serviços de boas práticas e apoio à saúde mental no marco da cobertura universal à saúde e sistemas sociais mais amplos nos países, protegendo e promovendo os direitos humanos. As ações que podem ser tomadas nos países abrangem políticas, leis, o modelo de serviço e sua prestação, a força de trabalho em saúde, financiamento, sistemas de informação, a comunidade, bem como direções de pesquisa e o tipo de pesquisa que está sendo realizada. Diferentes atores e partes interessadas nos países assumirão diferentes papéis e responsabilidades dependendo do contexto local específico, com os governos assumindo um papel de liderança na maioria das ações, com exceção da *advocacy* e outras áreas relacionadas à sociedade civil.

---

## 5.1 Políticas e estratégias para saúde mental

---

Ao colocar os direitos humanos e as abordagens de *recovery* na vanguarda das questões estratégicas de políticas e sistemas, novos rumos para políticas e estratégias de saúde mental têm o potencial de trazer importantes ganhos sociais, econômicos e políticos para governos e comunidades. Isso precisará ser sustentado por uma forte colaboração entre os setores da saúde e social e um processo inclusivo para desenvolver e implementar políticas e estratégias. Também exige uma mudança de pensamento para abranger um modelo de direitos humanos que reconheça a importância das intervenções de saúde (do diagnóstico às intervenções psicológicas e farmacológicas), mas não se concentre apenas nelas em detrimento de outras áreas-chave da vida e determinantes da saúde, como moradia, educação, renda, inclusão, relacionamentos, vínculos sociais e propósito/significado.

Alicerçar a política sobre uma abordagem de direitos humanos, conforme recomendado pelo Plano de ação de saúde mental 2020-2030 da OMS, também requer referência explícita aos princípios de não coerção, respeito à capacidade jurídica, direito de viver na comunidade, abordagem de *recovery* e como esses princípios serão implementados de maneira significativa e sistêmica em todo o sistema social e de saúde. A mudança de paradigma de um modelo puramente biomédico para a implementação prática de um modelo de direitos humanos baseado na CDPD precisa ser o pilar de todas as políticas e estratégias relacionadas à saúde mental, e requer integração em todas as áreas relevantes de políticas e estratégias, em vez de simplesmente ser uma linha simbólica de texto ou parágrafo único. O Quadro 5 a seguir descreve algumas das profundas mudanças necessárias para políticas, estratégias e sistemas de saúde mental.

**Quadro 5.** Orientações fundamentais para políticas, estratégias e sistemas**Orientações fundamentais para políticas, estratégias e sistemas de saúde mental (589)**

Integrar uma abordagem de *recovery* baseada em direitos humanos e centrada na pessoa requer mudanças significativas em matéria de política, estratégia e sistema, incluindo:

- i. fortalecer o envolvimento da sociedade civil – principalmente a participação de pessoas com experiência vivida e suas organizações – nos processos de tomada de decisão para formulação e implementação de políticas;<sup>al</sup>
- ii. reorganização dos serviços e redistribuição de recursos para transferir os cuidados dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, a fim de lograr êxito na desinstitucionalização;
- iii. articulação da gama de serviços comunitários de saúde mental (incluindo serviços de atenção à crise, centros comunitários de saúde mental, serviços hospitalares, serviços móveis na comunidade, serviços de suporte de pares e serviços residenciais de apoio) que serão desenvolvidos de acordo com os princípios e evidências de direitos humanos e *recovery*, e expandidos para todo o país, inclusive por meio da integração da saúde mental aos serviços gerais de saúde;
- iv. definição dos papéis e responsabilidades dos setores de saúde e social para atender de forma abrangente as necessidades de suporte de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais;
- v. desenvolvimento da força de trabalho para fomentar uma força de trabalho multidisciplinar forte e bem-treinada (incluindo trabalhadores comunitários, profissionais de saúde, profissionais de saúde mental especializados e trabalhadores de suporte de pares) cujo conhecimento e compreensão dos princípios de direitos humanos e *recovery* sejam aplicados em seu trabalho diário para apoiar pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais;
- vi. orçamentos e financiamentos baseados em evidências e direitos humanos, e não em modelos velhos e ultrapassados;
- vii. melhoria da qualidade, incluindo acreditação e monitoramento dos serviços para garantir que os direitos humanos sejam respeitados;
- viii. sistemas de informação para avaliar e subsidiar melhor políticas e melhorias do sistema que se alinhem com os direitos humanos;
- ix. implementação de iniciativas de prevenção e promoção que respondam aos determinantes sociais da saúde; e
- x. fortalecimento da compreensão da comunidade a respeito de saúde mental, inclusive por meio de *advocacy*, combate ao estigma e discriminação e melhoria do letramento em saúde mental.

Uma área essencial de política diz respeito à interface e às relações colaborativas estabelecidas entre os setores da saúde e social (educação, habitação, emprego e proteção social). Por meio da criação de políticas conjuntas e forte colaboração entre os setores social e da saúde, os governos são mais capazes de abordar os principais determinantes da saúde mental e fornecer uma resposta mais abrangente de cuidado, apoio e inclusão da comunidade. Uma liderança forte e coordenada de vários setores, com processos de responsabilização e meios para permitir a coordenação em todo o sistema, é necessária para que a colaboração funcione – desde o nível de formulação de políticas até a implementação prática em campo.

<sup>al</sup> É necessário mais financiamento para garantir a disponibilidade de serviços comunitários e para apoiar o processo de transição da instituição para a comunidade.

Todo o processo de desenvolvimento, articulação e implementação de políticas e estratégias requer a participação ativa de todos os atores, inclusive as pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais, que tradicionalmente estiveram ausentes do diálogo nessas áreas. Cada interessado traz uma contribuição única para a discussão: as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais conhecem por experiência própria os tipos de serviços e intervenções de apoio que são úteis; as famílias e outros apoiadores trazem sua própria perspectiva sobre as necessidades de apoio de seus parentes e também de si mesmos; trabalhadores de saúde mental e da assistência social são capazes de oferecer seus conhecimentos adquiridos ao longo de anos de treinamento e experiência para apoiar pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais; as ONGs têm os vínculos necessários e a capacidade de manter atenção sustentada e realizar divulgação na comunidade; e os defensores dos direitos humanos, organizações de PCD, advogados, policiais e muitos outros têm experiências, perspectivas e contribuições úteis únicas a oferecer.

### Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

Os principais passos para colocar os direitos humanos e as abordagens de *recovery* na vanguarda das questões de política, estratégia e sistemas de saúde mental exigirão que os países empreendam as seguintes ações:

- promover explicitamente uma mudança de paradigma para práticas integrais, centradas na pessoa, holísticas e orientadas para o *recovery*, que considerem as pessoas no contexto de toda a sua vida, que respeitem a vontade e as preferências das pessoas em relação ao tratamento, sejam livres de práticas coercitivas e que promovam os direitos das pessoas à participação e inclusão da comunidade nas políticas e estratégias nacionais de saúde mental;
- integrar a abordagem dos direitos humanos, centrada na pessoa e com foco em *recovery*, em todas as principais políticas, áreas estratégicas e questões do sistema;
- criar ambientes habilitadores que valorizem a conexão social e o respeito nos setores da educação, trabalho, social e outros relevantes;
- articular, mediante políticas e estratégias, como o sistema e os serviços de saúde mental irão interagir com os serviços e apoios sociais para todas as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, e os mecanismos e processos de prestação de contas para que isso aconteça na prática;
- comprometer-se firmemente com a desinstitucionalização nas políticas, e garantir que isso seja acompanhado por uma estratégia e plano de ação com cronogramas claros e referências concretas, uma moratória impedindo novas internações em hospitais psiquiátricos, o duplo financiamento de instituições e serviços comunitários que respeitem os direitos humanos durante o processo de desinstitucionalização, a paulatina redistribuição de fundos públicos de instituições para serviços comunitários e o desenvolvimento de apoios comunitários adequado, como assistência econômica, assistência habitacional e oportunidades de emprego, bem como treinamento relevante, apoio domiciliar e suporte de pares;
- descrever na política e estratégia como os diferentes tipos de serviços comunitários orientados para os direitos humanos serão fornecidos – incluindo serviços de resposta a crises, centros comunitários de saúde mental, serviços hospitalares, serviços móveis na comunidade, serviços de suporte de pares e serviços residenciais de apoio, e como respeitarão os princípios de capacidade jurídica, não coerção, experiência vivida, participação, *recovery* e inclusão comunitária;
- comprometer-se a apoiar a prestação de suporte de pares dentro dos serviços (590) e na comunidade (591), preferencialmente por organizações independentes de suporte de pares sem vínculo administrativo com o serviço de saúde mental;
- reconhecer, declarar e formalizar nas políticas a importância central da experiência vivida para o desenvolvimento e implementação de políticas, e incluir estratégias – como mesas redondas periódicas com formuladores de políticas – para consultar e formar parcerias com ONGs e outros atores da sociedade civil, especialmente pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais e suas organizações, para esse fim; e
- comprometer-se a monitorar e acabar com as violações dos direitos humanos, e apresentar uma estratégia para tal que englobe todo o sistema.

## 5.2 Reforma legislativa

As leis e regulamentações nacionais especificamente relacionadas à saúde mental têm impactos diretos e significativos no grau em que as pessoas podem desfrutar e exercer seus direitos. Conforme destacado no plano de ação de saúde mental da OMS para 2013-2030, é necessário um esforço significativo por parte dos países para alinhar seus ordenamentos jurídicos com os requisitos da CDPD. A CDPD e sua abordagem da deficiência baseada nos direitos humanos enfatiza a universalidade dos direitos humanos, desafiando a lei de saúde mental como existe hoje. A CDPD rejeita todas as formas de discriminação com base na deficiência e abraça um paradigma de apoio que exige uma transformação na forma como os serviços de saúde mental e outros serviços relacionados são prestados. A tomada de decisão por substitutos, as práticas coercitivas e a institucionalização devem ser substituídas por apoio para o exercício da capacidade jurídica, vida independente na comunidade e outros direitos humanos (37). A promoção dos princípios da CDPD exige uma grande revisão das leis relacionadas à saúde mental e outras leis que impactam diretamente a vida das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, por exemplo, aquelas que regem o voto, casamento, emprego e educação, entre outros aspectos da vida.

No contexto dos cuidados de saúde, a reforma legislativa pode desempenhar um papel crucial para aumentar o acesso aos cuidados de saúde e garantir que os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais sejam realizados em igualdade de condições com os outros, incluindo o direito ao reconhecimento igual perante a lei e à capacidade jurídica, ao consentimento informado, deter ou reter informações em prontuários médicos, direito à confidencialidade, acesso à justiça, acesso a apoio na tomada de decisões, direito à liberdade e segurança pessoal, à inclusão na comunidade e à liberdade de exploração, violência, abuso e tortura ou tratamento ou punição cruel, desumano e degradante. A legislação relativa à responsabilidade médica ou negligência/imperícia médica deve ser reformada para evitar que os profissionais recorram ao uso de reclusão e contenção como meio de evitar riscos de lesão e, em vez disso, promover o respeito aos direitos das pessoas (34).

A reforma de leis especificamente relacionadas a ações em outros setores é igualmente crucial para evitar a discriminação na educação, emprego, assistência social, habitação, saúde, justiça, casamento e arranjos contratuais, entre outros aspectos. Vários levantamentos mundiais de legislação sobre emprego, voto, casamento, direitos dos pais, contratos legais e direitos relacionados à propriedade destacaram até que ponto as pessoas com deficiências psicossociais são ativas e severamente discriminadas e têm seus direitos negados em cada uma dessas áreas (463, 592-594). Em alguns países, ser uma pessoa com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais também pode levar à negação do seguro-saúde (595).

Ao mesmo tempo, a linguagem discriminatória usada por leis e regulamentos deve ser reformada. Atualmente há muitos países que ainda usam os termos “insano”, “louco”, “idiota” e “cretino”, entre outros termos pejorativos, como base para restringir a participação na vida social e pública – cercear os direitos civis e políticos – de pessoas que receberam um diagnóstico relacionado à saúde mental. Na Índia, por exemplo, uma análise de 2012 descobriu que cerca de 150 leis antigas no país, ainda em vigor, usam termos como “mente doente”, “defeito físico e mental”, “incapacidade”, “enfermidade física e mental” para negar às pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais o direito de exercer sua capacidade jurídica (596).

Vários países já empreenderam reformas jurídicas importantes para melhorar o alinhamento com a CDPD, conforme mostra o Quadro 6 a seguir.

## Quadro 6. Reformas legais relevantes

### Reformas legislativas – Colômbia, Costa Rica, Índia, Israel, Itália, Peru, Filipinas

Muitos países adotaram reformas legislativas importantes que demonstram como diferentes elementos das leis e regulamentações nacionais podem atuar para respeitar, proteger e cumprir os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais.

A Itália foi pioneira na desinstitucionalização durante as décadas de 1960 e 1970 e impôs uma reforma em 1978, a Lei n.º 180 (597), também conhecida como Lei Basaglia, que foi um momento divisor de águas. Essa lei, posteriormente incluída na Lei Geral de Saúde nº 833, representa um primeiro exemplo de reforma legislativa bem-sucedida com foco nos direitos humanos, apesar do uso contínuo, mas limitado, do tratamento involuntário. A Lei Basaglia proibiu a construção de novos sanatórios e a internação de novos pacientes nos existentes, que foram gradualmente fechados. A lei também impôs limites estritos ao tratamento involuntário e estimulou o desenvolvimento de uma rede de serviços comunitários descentralizados.

Nos últimos cinco anos, Costa Rica (2016) (598), Peru (2018) (599) e Colômbia (2019) (600) realizaram importantes reformas legislativas que eliminaram as barreiras ao exercício da capacidade jurídica das pessoas com deficiência. A reforma peruana, em particular, foi reconhecida internacionalmente e é considerada um marco na implementação do artigo 12 da CDPD (571). O Decreto-Lei nº 1.384 removeu todos os obstáculos à capacidade jurídica com base na deficiência do Código Civil, do Código de Processo Civil e da Lei do Tabelaionato. Também acabou com o dispositivo de tutela civil de adultos com deficiência. Essa reforma significa que as deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas já não podem ser utilizadas como fundamento para justificar qualquer restrição da capacidade jurídica. Além disso, com base nessa reforma, os regulamentos da Lei de Saúde Mental de 2020 incluem uma série de disposições que reconhecem a capacidade jurídica dos usuários dos serviços e o papel do apoio à tomada de decisões no contexto dos serviços de saúde mental (601).

Vários outros países também deram passos positivos para a incorporação de uma abordagem de direitos humanos em sua legislação de saúde mental. Embora não representem um alinhamento completo com a CDPD, são os melhores exemplos até hoje de países que adotaram legislações mais progressistas relacionadas à saúde mental. Por exemplo, em 2017, a Índia adotou uma nova Lei de Saúde Mental (602) que incluía uma série de disposições fundamentais para proteger os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, como o reconhecimento do direito de acesso aos cuidados de saúde mental, a possibilidade de fazer diretivas antecipadas ou nomear um procurador, a descriminalização do suicídio e a proibição da reclusão e do confinamento solitário. Da mesma forma, as Filipinas adotaram em 2017 sua primeira Lei de Saúde Mental (603), incorporando diretivas antecipadas de vontade, tomada de decisão apoiada e desinstitucionalização.

A reforma legislativa também pode ser fundamental para facilitar o acesso a serviços e apoio comunitários. Por exemplo, em Israel, a Lei de Reabilitação na Comunidade de Pessoas com Deficiência Mental de 2000 (604) oferece às pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais um pacote de serviços e programas que inclui moradia apoiada, emprego, educação de jovens e adultos, atividades sociais e de lazer, assistência às famílias, atendimento odontológico e manejo de casos.



## Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

Ao reformular suas leis de saúde mental para se alinhar com a CDPD e outras normas internacionais de direitos humanos, os países precisam dar alguns passos cruciais. Esses incluem:

- envolver ativamente as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais e suas organizações nos processos de reforma legislativa, a fim de garantir que as leis e regulamentos promovam e protejam seus direitos e atendam às suas necessidades e exigências;
- introduzir capacitação para as principais partes interessadas, incluindo tomadores de decisão (deputados, senadores, vereadores, outros legisladores locais, regionais e nacionais, etc.) antes do início da reforma;
- estabelecer processos de revisão para identificar qual legislação que precisa ser abolida, modificada ou adotada para alinhar o ordenamento jurídico nacional, inclusive as leis de saúde mental, com a CDPD;
- revogar todas as disposições discriminatórias relacionadas a educação, emprego, assistência social, moradia, saúde, justiça, direito de ter uma família e de participar da vida política e pública;
- revogar a tutela e outras legislações de tomada de decisão substitutas e trocá-las por leis que reconheçam a capacidade jurídica e promovam a tomada de decisão apoiada, incluindo o uso de diretivas antecipadas e a melhor interpretação das vontades e preferências;
- estabelecer leis e regulamentos que promovam os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais de tomar decisões sobre cuidados e tratamento por si mesmas e, de acordo com a CDPD, incluir diretivas de planejamento antecipado (que não podem ser ignoradas pelos serviços durante situações de crise) e opções de tomada de decisão apoiada;
- garantir que as leis exijam que a internação e o tratamento, incluindo medicamentos, ECT e outras intervenções irreversíveis, como a esterilização, sejam sempre baseados no consentimento livre e esclarecido das pessoas que utilizam os serviços;
- incluir nas leis e regulamentos de saúde geral e saúde mental dispositivos que forneçam alternativas à internação involuntária, tratamento involuntário e outras práticas coercitivas, como reclusão e contenção;
- incluir nas leis e regulamentos dispositivos para providenciar apoio e acomodações, incluindo tomada de decisão apoiada, espaços seguros de descanso e estratégias de desescalada, durante situações de crise ou emergência;
- estabelecer procedimentos legais e regulamentos para determinar a vontade e preferência das pessoas ou a melhor interpretação de tal vontade e preferências se a pessoa não for capaz de comunicá-las;
- modificar a legislação civil e criminal para garantir que as normas sobre responsabilidade legal e dever de cuidado dos prestadores de serviços e familiares não incentivem nem resultem em práticas coercitivas (34);
- criar mecanismos de prestação de contas para denunciar, retrainar, demitir ou penalizar funcionários que violem os direitos humanos;
- estabelecer mecanismos e leis para monitorar os serviços para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, incluindo sistemas robustos para investigar denúncias, e garantir a participação significativa de pessoas com deficiências psicossociais e suas organizações em tais atividades; e
- assegurar a prestação de serviços de apoio judiciário gratuitos, disponíveis e acessíveis.

## 5.3 Modelos de serviço e a prestação de serviços de saúde mental de base comunitária

Até agora, quando as pessoas se referiam a cuidados de saúde mental baseados na comunidade, a ideia era de que os cuidados fossem prestados na comunidade, onde pudessem ser mais facilmente acessados à medida que as pessoas prosseguissem vivendo suas vidas. No entanto, também é essencial que o cuidado e o apoio sejam personalizados, inclusivos, abrangentes e baseados em direitos, e contribuam ativamente para a vida independente e a inclusão na comunidade. Além disso, os cuidados de saúde mental baseados na comunidade não são uma entidade única, mas envolvem uma série de serviços e intervenções para atender as diferentes necessidades de apoio das pessoas, em particular atenção à crise, tratamento e cuidados contínuos de vida e inclusão na comunidade. A gama de serviços inclui, mas não se limita a, serviços de atenção à crise, centros comunitários de saúde mental, serviços hospitalares, serviços móveis na comunidade, serviços de suporte de pares e serviços residenciais de apoio. A forma como esses serviços são operacionalizados pode ser muito diferente por região e país; os serviços podem se sobrepor em termos dos cuidados e atividades de apoio que fornecem, e o mesmo tipo de serviço pode operar de maneiras muito diferentes, usando princípios muito diferentes, em locais diferentes. Por exemplo, um centro de saúde mental comunitário em determinado local pode fornecer muitos serviços, como resposta a crises, consultório na rua e tratamento e cuidados contínuos; em outro local ou região, um centro diferente pode ter uma função muito mais restrita, com outras funções sendo prestadas por outros estabelecimentos. Os serviços podem até mesmo estar quase ou completamente ausentes em muitos países e regiões.

Não importa o quão bem os serviços de saúde mental sejam prestados, eles por si só não serão suficientes para apoiar todas as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, principalmente as que vivem na pobreza e que não têm moradia, educação e meios para gerar renda. Ter acesso a esses recursos, oportunidades e direitos é essencial para ajudar as pessoas a viverem uma vida significativa e participar plenamente de sua comunidade. Como tal, é importante garantir que os serviços de saúde mental e os serviços do setor social se envolvam e colaborem de uma forma muito prática e significativa. O objetivo em última instância é que os países desenvolvam sua própria rede de serviços de saúde mental para abordar de forma abrangente as principais funções de apoio a crises, tratamento e apoio contínuos e inclusão comunitária. Isso requer uma consideração cuidadosa do tipo de serviços a serem incluídos na rede, como eles se complementam e trabalham juntos e como eles irão interagir para funcionar perfeitamente com os setores sociais e outros.

Em todos os países, as famílias, cuidadores e pessoas de apoio, bem como redes comunitárias, podem desempenhar algumas dessas funções, dando suporte a muitas pessoas. Esse suporte pode ser inestimável. Por exemplo, o apoio familiar demonstrou reduzir as taxas e a duração da hospitalização (605, 606), reduzir as crises de saúde mental e melhorar o *recovery* (607-611). No entanto, na maioria dos países de baixa e média renda, as famílias e os cuidadores informais são a única fonte de suporte para as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Isso leva a várias situações problemáticas, desde as desigualdades de gênero devido à feminização das responsabilidades de cuidar até a perda de autonomia e privacidade por parte de quem recebe apoio. Portanto, os serviços formais prestados pelo governo serão sempre necessários para complementar o apoio prestado pelas famílias e comunidades. Além disso, as famílias e os próprios cuidadores também devem se beneficiar diretamente do apoio dos serviços. Isso comprovadamente promove a saúde mental dos familiares e cuidadores, reduzindo os sintomas de estresse e ansiedade (610) e melhora a saúde física (612-614).

Os curandeiros e organizações tradicionais/espirituais são frequentemente o primeiro ponto de contato para muitas pessoas, principalmente nos países de baixa e média renda. Embora possam desempenhar um papel importante na prestação de cuidados e apoio, existem muitos casos documentados de

medidas coercitivas praticadas por essas pessoas, inclusive acorrentamento (107, 615, 616). Qualquer rede de serviços para pessoas com deficiências psicossociais precisa trabalhar para acabar com as práticas coercitivas, de modo que apenas os aspectos positivos do cuidado e apoio sejam mantidos.

O desenvolvimento de uma rede de serviços comunitários não precisa começar do zero. Apesar de todos os problemas e desafios enfrentados atualmente pelos sistemas de saúde mental em todos os lugares, muitos serviços em muitos países estão fornecendo cuidados e apoio que as pessoas consideram significativos e úteis, que promovem esperança e *recovery* e que respeitam sua dignidade e direitos. Uma tarefa fundamental para os países é identificar quais dos seus serviços usam boas práticas, melhorá-los onde houver lacunas e expandi-los por toda a região e país.

A OMS desenvolveu o kit de ferramentas de avaliação Direito é Qualidade (ver Quadro 7), que pode ser usado para avaliar a qualidade e o grau de alinhamento com os princípios de direitos humanos de todos os tipos de serviços de saúde mental e assistência social, em conformidade com a CDPD (6), incluindo hospitais, serviços de atenção à crise, serviços móveis, serviços residenciais de apoio e centros comunitários de saúde mental. Além disso, a OMS desenvolveu uma ferramenta de transformação (617) para ajudar os países a transformar e melhorar os serviços com base nas lacunas identificadas por meio da avaliação Direito é Qualidade. uma característica fundamental da orientação diz respeito aos processos para mudar a cultura do serviço e a dinâmica de poder, que são pré-requisitos para alcançar uma abordagem baseada nos direitos humanos nos serviços de saúde mental e assistência social (617).

#### Quadro 7. Kit de ferramentas de avaliação Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS

### **Kit de ferramentas Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS para avaliar e melhorar a qualidade e os direitos humanos em estabelecimentos de saúde mental e assistência social**

O Kit de ferramentas de avaliação Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS permite que os países avaliem seus serviços em relação a normas derivadas da CDPD, abrangendo questões relacionadas a capacidade jurídica, consentimento informado para tratamento, tomada de decisão apoiada, diretivas antecipadas e direito de não sofrer violência, coerção e abuso, além de promover a inclusão da comunidade (6). Desde sua publicação em 2012, avaliações de um ou mais serviços de saúde mental foram realizadas em pelo menos 47 países (618).

Na região da Europa, como parte do projeto do Escritório Regional da OMS para a Europa sobre adultos com problemas de saúde mental, deficiências psicossociais e intelectuais que vivem em instituições na região europeia, avaliações com o kit de ferramentas foram realizadas em 75 estabelecimentos de 24 Estados Membros da OMS ao longo de 2017 (619).

De 2014 a 2016, avaliações em larga escala de serviços de saúde mental também foram realizadas em Gujarat, na Índia, pelo Ministério da Saúde e Família do Estado. Essas avaliações foram acompanhadas por outras ações, incluindo o desenvolvimento de planos de melhoria individualizados em cada um dos serviços e a implantação de um programa abrangente de capacitação usando ferramentas e metodologias da iniciativa Direito é Qualidade da OMS (620, 621). A experiência de Gujarat mostrou impacto positivo significativo nos serviços em todo o Estado. Ao longo de 12 meses, as condições de qualidade e respeito aos direitos humanos nos serviços melhoraram bastante, com avanços importantes observados na adesão às normas sobre capacidade jurídica e consentimento informado. Além disso, os funcionários dos serviços mostraram atitudes consideravelmente melhores em relação às pessoas que utilizam os serviços, e estes últimos relataram sentir-se

significativamente mais capacitados e satisfeitos com os serviços oferecidos (621). O vídeo abaixo destaca aspectos da experiência de capacitação de Gujarat usando as ferramentas da OMS.

OMS: implantação da iniciativa “Direito é Qualidade” em serviços de saúde mental (Gujarat, Índia) [https://youtu.be/phd\\_poHuL9c](https://youtu.be/phd_poHuL9c)

No Líbano, uma decisão ministerial determinou que todos os hospitais psiquiátricos e enfermarias de saúde mental em hospitais gerais e organizações de assistência social sejam submetidos a uma avaliação sobre a qualidade do atendimento e os direitos humanos usando a estrutura Direito é Qualidade da OMS (582). Como parte de sua reforma abrangente do sistema de saúde mental, um grande grupo de 20 avaliadores de serviços – incluindo profissionais de saúde mental, assistentes sociais, advogados e pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais – foi estabelecido e passou por um programa de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade (622, 623). Cinco serviços já realizaram avaliações e vários continuaram a desenvolver e implementar planos de melhoria usando o módulo de transformação de serviços do kit de ferramentas Direito é Qualidade. Esses serviços já estão apresentando impacto significativo na vida das pessoas que os utilizam. O vídeo abaixo destaca aspectos do processo de transformação e melhoria de serviços no Líbano.

OMS: melhorando os cuidados de saúde mental no Líbano: [https://www.youtube.com/watch?v=tIIB\\_LgeYpc](https://www.youtube.com/watch?v=tIIB_LgeYpc)

Mudar de paradigma para uma cultura alinhada com a iniciativa Direito é Qualidade da OMS permitirá que os serviços existentes evoluam e novos serviços se desenvolvam, com mais imaginação e flexibilidade (15). Muitos dos serviços destacados nessa orientação podem servir de inspiração para tais melhorias. A intenção não é construir réplicas exatas dos serviços descritos, mas aprender como eles se desenvolveram, como trabalham com os valores e princípios da CDPD e como incorporam uma abordagem de *recovery*. O mais importante é criar serviços que sejam norteados pelos seguintes princípios: apoio à capacidade jurídica, ausência de coerção, participação, abordagem de *recovery* e inclusão comunitária, garantindo ao mesmo tempo que os serviços estejam enraizados e inseridos na comunidade que atendem.

### Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

A fim de desenvolver um sistema de saúde mental de base comunitária que seja verdadeiramente centrado na pessoa, orientado para o *recovery*, baseado nos direitos humanos e que responda a toda a gama de necessidades que os indivíduos possam ter, os países precisarão realizar as seguintes ações:

- desenvolver uma rede de serviços de saúde mental comunitários para a região ou país que forneça funções críticas de suporte à crise, tratamento e cuidados contínuos e convivência e inclusão na comunidade, e que interaja com os setores sociais e inicie o processo de desinstitucionalização nos países onde as instituições ainda existem;
- desenvolver serviços de saúde mental centrados na pessoa, inclusivos, integrais e baseados em direitos dentro dessa rede (serviços de atenção à crise; centros comunitários de saúde mental; serviços hospitalares; serviços móveis na comunidade; serviços de suporte de pares e serviços residenciais de apoio);
- garantir que os serviços forneçam apoio adequado às famílias, cuidadores e outras pessoas que servem de apoio;

- fornecer às famílias, cuidadores e pessoas de apoio educação, conhecimento e ferramentas para apoiar o processo de *recovery*;
- garantir a devida consideração ao papel e apoio prestado por curandeiros e organizações tradicionais e religiosas no país, aproveitando os aspectos positivos dos cuidados e apoio que prestam e, ao mesmo tempo, trabalhando para acabar com o uso de práticas coercitivas;
- alinhar os serviços de saúde mental comunitários com os princípios internacionais de direitos humanos, especialmente a CDPD; serviços estes que utilizem alternativas a práticas coercitivas, respeitem a capacidade jurídica, promovam a participação, inclusão comunitária e abordagens de *recovery*;
- introduzir políticas e práticas no nível de serviço contra o uso de medicação forçada e outras práticas coercitivas, incluindo reclusão/isolamento e contenção física, mecânica e química, substituindo tais práticas pela tomada de decisão apoiada, diretivas antecipadas e planos de *recovery*;
- promover uma cultura de serviço positiva, abordando a mudança de atitude e cultura nos serviços, oferecendo capacitação para desenvolver o conhecimento e as habilidades da equipe de serviço a fim de promover os direitos humanos das pessoas que usam o serviço; e garantir que o desenvolvimento, projeto e prestação dos serviços sejam sempre subsidiados pela experiência e perícia de pessoas com experiência vivida;
- criar serviços que ofereçam diferentes opções de tratamento e apoio, abrangendo uma abordagem holística orientada para o *recovery*, e que forneçam informações sobre opções de tratamento, inclusive os benefícios e potenciais danos de cada uma, permitindo assim o consentimento plenamente esclarecido;
- garantir que todos os serviços e apoios disponíveis para a população em geral (por exemplo, programas de proteção social, habitação, cuidados infantis, apoio familiar, clubes desportivos, etc.) também sejam acessíveis e inclusivos de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais e respondam às suas necessidades;
- colaborar com os serviços sociais para permitir o fornecimento de moradia acessível, educação, emprego e oportunidades de geração de renda, bem como apoio à integração em todos os aspectos da vida comunitária para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais;
- coletar e responder ativamente a *feedback* independente e anônimo dos usuários dos serviços para entender suas opiniões, o que foi útil, o que não foi útil, reclamações específicas e o que o serviço poderia fazer melhor para apoiá-los;
- implementar avaliações independentes regulares dos serviços usando o kit de ferramentas de avaliação Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS (ou similares) e tomar medidas para abordar quaisquer lacunas identificadas, usando a orientação e o treinamento para transformar os serviços (6, 617);
- fornecer serviços de *advocacy* independentes para que as pessoas que usam os serviços possam alertar ou denunciar violações de direitos humanos ou da abordagem centrada na pessoa, sem medo de sofrer represálias ou perder continuidade de cuidado; e
- garantir que os serviços estejam disponíveis, acessíveis e culturalmente aceitáveis para todos os indivíduos e grupos de indivíduos que precisam de apoio específico para a saúde mental, sem discriminação de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, nacionalidade, etnia, origem indígena ou social, posses, nascimento, idade ou outra condição.

## 5.4 Financiamento

Muitos países não investem adequadamente em saúde mental, resultando em acesso limitado e prestação de serviços de baixa qualidade. Além disso, em muitos países de baixa e média renda, a saúde mental muitas vezes não está incluída ou está incluída de maneira extremamente limitada no pacote de serviços prestados por meio dos sistemas público ou suplementar de saúde. Os hospitais psiquiátricos continuam a receber a maior proporção dos gastos com saúde mental. Segundo o Atlas de Saúde Mental de 2017 da OMS, 80% dos orçamentos de saúde mental em países de baixa e média renda e 35% em países de alta renda vão para hospitais psiquiátricos (5).

Análises de custeio demonstraram que os custos de hospitalização muitas vezes excedem os custos de tratamento, cuidados e apoio equivalentes na comunidade, como mostram os exemplos a seguir. Em Israel, por exemplo, uma diária de hospitalização para um adulto custa 476 shekels israelenses (₪) (US\$ 145)<sup>am</sup>. em comparação, o pernoite em uma residência na comunidade custa entre ₪40 e ₪394 (US\$ 12 a 120)<sup>an</sup> por dia, dependendo da intensidade do apoio fornecido (624). Em Maryland, nos Estados Unidos, o custo médio do tratamento em serviços residenciais de crise (casas na comunidade que prestam cuidados intensivos para pessoas que de outra forma seriam tratadas em uma unidade de internação psiquiátrica de curta permanência) é de US\$ 3.046, enquanto o custo de internação em um hospital geral é de US\$ 5.549 (44% maior) (625). No Peru, o custo médio unitário por consulta ambulatorial em hospitais especializados em saúde mental foi estimado em US\$ 59, contra US\$ 12 para consultas ambulatoriais padrão em centros comunitários de saúde mental – um quinto do preço (566). Em outra comparação, constatou-se que uma única internação psiquiátrica na Nigéria custa US\$ 3.675 – o equivalente a 90 consultas ambulatoriais (626).

Instâncias nas quais possam operar incentivos perversos para manter e reforçar práticas negativas em saúde mental precisam ser modificadas. Tais incentivos podem incluir os seguintes exemplos:

- Pagamentos maiores a hospitais ou reembolsos maiores para pessoas que usam serviços hospitalares (seja do financiamento em saúde pública ou de um plano de saúde) por serviços de internação e ambulatoriais que, em vez disso, poderiam ter sido prestados a um custo menor em ambientes comunitários. Por exemplo, na Turquia, o tratamento em hospitais de saúde mental incorre em um pagamento 30% maior do que em uma unidade de saúde mental em hospital geral (627). Da mesma forma, um estudo de 418 hospitais nos Estados Unidos constatou que o valor médio cobrado por internação em serviços psiquiátricos foi 2,5 vezes maior que o custo real de atendimento, e que ter plano de saúde estava associado a internações mais longas (628).
- Planos de saúde ou esquemas de reembolso do sistema nacional de saúde podem não estar alinhados com as evidências sobre tratamentos e intervenções. Os planos de saúde impulsionam a necessidade de diagnóstico e favorecem intervenções simples e singulares (como medicamentos) em vez de intervenções mais complexas que podem ser benéficas. Isso tem o efeito de limitar as opções e a escolha do tratamento. Quando os planos de saúde ou o reembolso do sistema nacional de saúde não estão alinhados com as evidências, reforçam as más práticas e limitam a possibilidade de escolher outras intervenções baseadas em evidências. Por exemplo, em muitos países de baixa, média e até em alguns de alta renda, as pessoas têm acesso muito melhor a medicamentos psicotrópicos, gratuitos ou a um custo relativamente baixo, do que a formas de tratamento não médicas, como a psicoterapia (629). Porém, há esforços notáveis para aumentar a disponibilidade de alternativas, como a formação e colocação de 820 conselheiros psicossociais em 425 centros de saúde no Afeganistão durante o período 2007-2019 (630).
- Maiores pagamentos aos serviços por procedimentos que precisam ser realizados no ambiente hospitalar, como ECT, funcionam como um incentivo perverso que encoraja o uso de tais práticas

<sup>am</sup> Conversão da moeda em fevereiro de 2021.

<sup>an</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

mesmo quando não são embasadas conforme as evidências e indicações clínicas<sup>ao</sup> (631). Por exemplo, na Alemanha, o uso de ECT significa um pagamento extra de €271 (US\$ 328)<sup>ap</sup> ao serviço por dia (632).

Mudanças nos tipos de serviços e intervenções que são financiados pelos governos e reembolsados por meio de esquemas de saúde suplementar têm um papel importante a desempenhar na redução do uso de práticas coercitivas e na introdução e priorização de serviços e práticas centrados na pessoa, com foco em *recovery* e baseados em direitos humanos.

Muitos serviços de base comunitária com boas práticas que se alinham com abordagens de *recovery* e baseadas em direitos humanos estão sendo liderados e gerenciados por ONGs do terceiro setor. Isso abre oportunidades para os governos contratarem ONGs para fornecer (ou continuar a fornecer) serviços, em vez de serviços de saúde do governo tentarem fornecer todos esses serviços diretamente. Há muitos exemplos de países em todo o mundo usando uma abordagem mista na qual os governos fornecem serviços de saúde mental diretamente, bem como por meio da contratação de ONGs. Há muitos exemplos de serviços prestados por ONGs que são financiados diretamente pelo governo, inclusive vários dos mencionados neste documento, como a Afiya House nos EUA, a rede de serviços na Bósnia e Herzegovina e a Hand in Hand na Geórgia. A implementação desse tipo de mudança requer coordenação e integração estreitas; caso contrário, as ONGs podem ser facilmente marginalizadas, e o efeito geral pode ser o de aumentar a fragmentação do sistema de saúde mental.

Deve-se dar atenção especial à possível rigidez de alguns esquemas contratuais, que exigem que os serviços cumpram critérios rigorosos para que o financiamento seja aprovado. Às vezes, a falta de flexibilidade nos critérios é incompatível com a abordagem flexível exigida por uma abordagem de *recovery* centrada na pessoa. Por exemplo, se um plano de saúde reembolsa o planejamento de *recovery* por um serviço de suporte de pares mas não os custos de transporte, isso é uma importante barreira à prestação desse serviço e sua aceitação.

Muitos países empreenderam com êxito reformas de políticas e estratégias de financiamento para alavancar a extensa transformação dos sistemas de saúde mental, como mostra o Quadro 8 a seguir.

<sup>ao</sup> O uso de ECT deve ser limitado a casos muito raros (apenas para catatonia e depressão grave resistente ao tratamento), e somente quando houver consentimento livre e esclarecido. O processo de consentimento deve incluir informações sobre o caráter polêmico do procedimento e a possibilidade de efeitos adversos graves. A ECT só deve ser realizada em ambiente com suporte adequado de um anestesiológico.

<sup>ap</sup> Conversão da moeda em março de 2021.

**Quadro 8.** Financiamento como força motriz da reforma na Bélgica, Brasil, Peru e países da África Ocidental

### **Uso do financiamento como força motriz da reforma na Bélgica, Brasil, Peru e países da África Ocidental**

Historicamente, a Bélgica, e especialmente a região de Flandres, teve um número muito grande de leitos de hospital psiquiátrico. Um dos principais objetivos da reforma da saúde mental na Bélgica, portanto, foi eliminar gradualmente os leitos hospitalares psiquiátricos e, em vez disso, oferecer mais opções de atendimento ambulatorial, particularmente através da criação de equipes móveis para prestar atendimento às pessoas em seu ambiente doméstico.

A reforma envolveu todo o país e todo o setor da saúde – não apenas os hospitais públicos. Na Bélgica, a grande maioria dos hospitais é de instituições privadas sem fins lucrativos, e o fechamento dos hospitais psiquiátricos pelo governo exigiria uma compensação financeira considerável aos órgãos mantenedores dessas instituições. Por esse motivo, foi tomada uma decisão alternativa de usar incentivos financeiros para incentivar os hospitais, de forma voluntária, a fazer a mudança necessária para reduzir leitos e aumentar os serviços comunitários.

Em relação ao financiamento, o governo concordou em financiar integralmente todos os leitos hospitalares que deveriam ser fechados (em um nível como se estivessem totalmente ocupados). O fechamento dos leitos – sem perda de verbas – liberou o corpo clínico para atuar nas equipes móveis que estavam sendo constituídas.

Ao longo de quatro anos, as equipes móveis comunitárias também receberam uma contribuição financeira significativa do governo para facilitar sua criação, com a supervisão médica da equipe e os honorários das visitas domiciliares dos psiquiatras sendo integralmente custeados por verbas públicas. Isso também garantiu que o tratamento domiciliar fosse disponibilizado de forma totalmente gratuita para os usuários finais do serviço de atendimento móvel na comunidade.

Na Bélgica, os cuidados de saúde mental estão organizados em redes definidas regionalmente. Nem todas as regiões tinham o mesmo número de leitos hospitalares e, portanto, a mesma possibilidade de criação de equipes móveis comunitárias através do fechamento de leitos e uso do tempo do pessoal para trabalhar nas equipes móveis. Nesses casos, o governo disponibilizou recursos financeiros adicionais para permitir o recrutamento de pessoal suficiente para as equipes móveis. Além da criação das equipes móveis, o mesmo mecanismo de incentivos financeiros permitiu também o reforço de outros aspectos dos serviços hospitalares, principalmente os serviços de atenção a crises.

**Bélgica ([de Bock P], [Service public fédéral (SPF) Santé publique], comunicação pessoal, [2020])**

#### **Brasil**

A atenção universal à saúde é um direito constitucional no Brasil, operacionalizado no âmbito do Sistema Único de Saúde, que é o responsável pela prestação dos serviços da rede de saúde mental de base comunitária do Brasil. A partir do início do ano 2000, foram feitas importantes mudanças na maneira como o orçamento de saúde mental era usado no Brasil, visando financiar o desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental e implementar uma política de desinstitucionalização. Estruturas e serviços institucionais foram substituídos por uma rede de serviços baseada na comunidade por meio da reorientação incremental de recursos (633, 634).



Os gastos com saúde mental aumentaram 51,3% de 2001 a 2009 (635). Das verbas federais destinadas à saúde mental em 2002, os hospitais psiquiátricos responderam por quase 80% dos gastos, com os serviços de saúde mental comunitários representando os 20% restantes. Em comparação, em 2013 quase 80% do orçamento de saúde mental foi para serviços comunitários contra 20% para despesas hospitalares (184).

### Peru

Em 2012, o Peru incluiu serviços de saúde mental no pacote de benefícios de seu plano integral de seguro-saúde, como parte dos esforços nacionais para alcançar a cobertura universal. Além disso, um cronograma revisado de taxas de reembolso foi implementado para os provedores e serviços de saúde mental, visando cobrir o custo da prestação de serviços em unidades comunitárias de saúde mental e hospitais psiquiátricos especializados. Isso levou a um aumento da oferta de serviços de saúde mental na comunidade, e ajudou a reduzir os pagamentos diretos dos pacientes por serviços de saúde mental de 94% em 2013 para 32% em 2016. Em 2014, uma estrutura de financiamento de 10 anos que usa um programa de orçamento baseado em resultados, o chamado *pay-for-performance* (*Presupuesto por Resultado*), foi estabelecido para direcionar e expandir os esforços de reforma. Neste marco, os orçamentos são atribuídos pelo Ministério da Economia e Finanças com base no alcance de indicadores predeterminados relacionados com o rastreamento e tratamento de problemas de saúde mental, bem como intervenções comunitárias (como apoio e formação à família e comunidade) (566, 636).

### África Ocidental

Os governos são os principais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde equitativos e de qualidade que promovam a dignidade e os direitos, mas obter apoio político, mudança política e investimento para a transição de serviços inadequados ou desatualizados é muitas vezes um desafio em ambientes com poucos recursos e muitas prioridades concorrentes. Organizações da sociedade civil e ONGs locais e internacionais muitas vezes desempenham um papel catalisador nesse processo. Sua independência, acesso a financiamento e falta de burocracia permitem que elas se movam mais rapidamente do que os sistemas formais. Esses atores não estatais geralmente trabalham criando programas inovadores capazes de demonstrar mudanças progressivas e que estão alinhados às recomendações internacionais, incluindo os princípios de direitos humanos (por exemplo, abordando o acesso a serviços, promovendo a participação ou desafiando práticas coercitivas). Idealmente, essa reforma é realizada em parceria com o governo e organizações da sociedade civil locais (por meio de uma parceria público-privada), de modo que uma transição gradual para propriedade e financiamento local seja incorporada à estratégia do programa, evitando o risco de projetos limitados a curtos períodos de tempo que não são sustentáveis ou não podem ser expandidos em escala.

Um exemplo de fortalecimento do sistema de saúde que tentou desempenhar esse papel catalisador, bem como deixar um legado de reforma sustentada, é o trabalho que a Christian Blind Mission (CBM) tem feito na África Ocidental desde 2005. Seus programas em Burkina Faso, Gâmbia, Gana, Libéria, Níger, Nigéria e Serra Leoa também trabalharam dentro dos sistemas governamentais e Ministérios da Saúde, fornecendo apoio financeiro, técnico e de outros tipos para fortalecer os sistemas de informação em saúde e as cadeias de fornecimento de medicamentos. Ao mesmo tempo, trabalhando por meio de parceiros em ONGs locais e construindo coalizões de partes interessadas em saúde mental da sociedade civil local (inclusive pessoas com deficiências psicossociais), foi criada uma forte orientação para o *advocacy*, empoderada para responsabilizar os governos, favorecendo e facilitando a reforma de política e legislação e aumentando o investimento em muitos desses países (637, 638).

## Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

A fim de criar e financiar adequadamente um sistema de assistência e apoio à saúde mental centrado na pessoa, orientado para o *recovery* e baseado nos direitos humanos, é fundamental que os países empreendam as seguintes ações relacionadas ao financiamento:

- aumentar substancialmente o orçamento para a saúde mental nos setores da saúde e proteção social;
- usar os orçamentos para reformular serviços, vinculando orçamentos a objetivos programáticos baseados em direitos humanos e investindo em serviços e apoios comunitários baseados em evidências e nos princípios dos direitos humanos, centrados na pessoa e que promovam o *recovery*, o que pode incluir reembolso de prescrições sociais (para permitir que os médicos de clínica geral, enfermeiros e outros profissionais de saúde e cuidados de saúde encaminhem as pessoas para uma série de apoios não clínicos na comunidade) (639) e o desenvolvimento de planos de recuperação e diretivas antecipadas, com total engajamento dos usuários do serviço;
- investir no setor social para proporcionar oportunidades de educação, habitação, emprego e proteção social para pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais;
- eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência psicossocial nos planos de saúde – em particular, a negativa de cobertura com base na deficiência deve ser legalmente proibida, e regulamentos devem ser adotados para garantir que os planos e franquias de seguro sejam fixados de maneira justa e razoável (640) – e garantir a disponibilidade de planos de saúde para cuidados e apoio à saúde mental a longo prazo, não apenas para internações agudas;
- remover os incentivos para manter hospitais psiquiátricos e instituições de assistência social, e incentivar seu fechamento de forma sistemática e planejada para garantir que os ex-residentes tenham o apoio necessário para levar uma vida com propósito na comunidade;
- eliminar incentivos financeiros para intervenções e tratamentos que não sejam baseados em evidências ou não estejam em conformidade com os princípios internacionais de direitos humanos, e introduzir incentivos para serviços de saúde mental comunitários baseados em evidências;
- usar incentivos financeiros para implementar abordagens não coercitivas e uma gama mais abrangente de tratamentos e apoios, de modo a permitir abordagens de cuidado e suporte holísticas, centradas na pessoa e com foco em *recovery*, inclusive psicoterapias;
- priorizar, no pacote básico de serviços de saúde mental prestados pelo sistema público de saúde, as boas práticas conhecidas – ou seja, serviços de saúde mental comunitários que operam sob os princípios de *recovery*, capacidade jurídica, inclusão comunitária e ausência de coerção, como alternativa à institucionalização ou dependência excessiva de cuidados especializados; e
- incluir e integrar serviços prestados por ONGs que promovam o *recovery*, os direitos humanos e bons desfechos, sob a égide dos serviços que são contratados e administrados pelo governo e cobertos pelos planos de saúde.

## 5.5 Desenvolvimento e capacitação da força de trabalho

A força de trabalho nos setores da saúde e assistência social afeta diretamente o tipo e a qualidade dos serviços prestados. O próprio desenvolvimento da força de trabalho depende de uma infinidade de fatores, que incluem recrutamento, motivação, retenção, capacitação, treinamento e desenvolvimento profissional contínuo, entre outros fatores, já bem descritos em outras publicações da OMS (641, 642).

Mudar o paradigma rumo a serviços e intervenções que promovam uma abordagem de *recovery*, centrada na pessoa, e que atenda aos princípios internacionais de direitos humanos estabelecidos pela CDPD exige mudanças significativas nas atitudes, conhecimentos, competências e habilidades dos prestadores de serviços de saúde e assistência social. Suposições negativas e crenças errôneas a respeito de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, quando mantidas pelos profissionais de saúde e prestadores de serviços (assim como por formuladores de políticas e pela comunidade em geral), precisam ser superadas para lidar com o estigma e a discriminação no contexto da saúde. Além de necessidades de treinamento clínico, como as cobertas pelo Guia de intervenção mhGap da OMS (643), iniciativas educacionais e de treinamento que introduzem uma abordagem mais equilibrada, centrada na pessoa e baseada no *recovery* – em vez de se concentrar apenas em um modelo biomédico – são fundamentais para efetivar uma mudança realmente transformadora. Tais iniciativas poderiam ter o benefício adicional de reduzir o medo, o estigma e a crença de que pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais são potencialmente (ou realmente) perigosas (43, 644-646).

Prestadores de serviços nos setores social e da saúde raramente recebem treinamento em direitos humanos (647), mas isso é muito necessário, considerando que os prestadores de serviços podem (e fazem) cercear direitos (648, 649). Os profissionais de saúde precisam ser treinados em abordagens baseadas em direitos humanos que abordem as formas interseccionais de discriminação que afetam as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. Além disso, os médicos e outros profissionais de saúde e as instituições de ensino que os formam devem revisar suas bases curriculares para garantir que a educação que oferecem reflita adequadamente as necessidades de saúde e os direitos das pessoas com deficiência (640).

Em uma tentativa de mudar as atitudes, crenças e práticas das equipes em direção a uma abordagem baseada nos direitos humanos e na cultura de serviço, a OMS desenvolveu um conjunto de ferramentas de treinamento presencial sobre saúde mental, deficiência, direitos humanos e *recovery* (ver Quadro 9).

**Quadro 9.** Materiais de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS sobre saúde mental, deficiência, direitos humanos e *recovery*

## **Materiais de treinamento da iniciativa Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS**

Os módulos de formação presencial *QualityRights* foram desenvolvidos em colaboração com mais de 100 atores nacionais e internacionais, incluindo organizações de pessoas com deficiência, ONGs, pessoas com experiência vivida, familiares e parceiros de cuidado, profissionais que trabalham em saúde mental ou áreas afins, ativistas de direitos humanos, advogados e outros. Os módulos foram projetados para mudar a mentalidade a respeito da saúde mental e da sua prática, e abrangem os seguintes temas principais:

### **Treinamento básico**

- Direitos humanos (650)
- Capacidade jurídica e o direito de decidir (38)
- Saúde mental, deficiência e direitos humanos (44)
- *Recovery* e o direito à saúde (651)
- Liberdade de não sofrer coerção, violência e abuso (10)

### **Treinamento especializado**

- Práticas de *recovery* para saúde mental e bem-estar (652)
- Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção (40)
- Tomada de decisão apoiada e planejamento antecipado (325)

### **Ferramentas de avaliação**

- Avaliação do treinamento Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e *recovery*: questionário pré-treinamento (653)
- Avaliação do treinamento Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e *recovery*: questionário pós-treinamento (653)

Os materiais de treinamento Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS estão disponíveis em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

As ferramentas de avaliação estão disponíveis em: <https://qualityrights.org/resources/evaluation-tools/>

Embora seja necessário treinamento intensivo e focado para mudar atitudes e práticas, qualquer mudança significativa e sustentável no campo da saúde mental só pode acontecer se as mentalidades e as práticas dos funcionários forem alteradas em larga escala. Eventos de treinamento esporádicos, mesmo que intensivos, muitas vezes atingem um número limitado de pessoas e por isso mesmo não são capazes de mudar o status quo que existe dentro da comunidade em geral.

Para atingir a escala necessária, foi desenvolvido um programa de treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade da OMS e uma plataforma sobre saúde mental, deficiência, direitos humanos e *recovery*, que está sendo implementada com o intuito de alcançar, envolver e treinar muito mais pessoas em muito menos tempo, sem preocupações logísticas, e custando apenas uma fração do que o treinamento presencial custaria. Os governos de Gana e do Quênia, entre outros países, iniciaram uma implementação em escala nacional desse treinamento, conforme demonstrado no Quadro 10. O treinamento online foi bem recebido pelos participantes. O conteúdo de aprendizagem da plataforma de *e-training* é baseado no conjunto completo de materiais de treinamento presenciais da iniciativa Direito é Qualidade.

**Quadro 10.** Treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade da OMS em saúde mental e deficiência: eliminando o estigma e promovendo os direitos humanos

## Treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade da OMS saúde mental e deficiência: eliminando o estigma e promovendo os direitos humanos

Em 2019, tanto o governo de Gana quanto o governo do Quênia iniciaram a implementação nacional do treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade (*QualityRights*) da OMS sobre saúde mental, deficiência, direitos humanos e *recovery*. Em Gana, desde o lançamento nacional do *e-training* em fevereiro de 2019 até fevereiro de 2020, cerca de 17.000 pessoas se inscreveram no curso de 15 horas e 6 módulos, e cerca de 9.000 pessoas concluíram o curso completo para obter seu certificado da OMS. Para sustentar e incentivar a capacitação a longo prazo, várias organizações profissionais registraram o treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade como parte de seu desenvolvimento profissional contínuo, incluindo o conselho médico e odontológico, conselho de psicologia, conselho de profissões da saúde, conselho de enfermagem e obstetrícia, conselho de farmácia e colégio de enfermeiras e parteiras de Gana. Além disso, o Ghana College for Nurses and Midwives integrou o treinamento em seu currículo regular. Além disso, o certificado do *e-training* da iniciativa Direito é Qualidade tornou-se um pré-requisito para que todos os funcionários do Hospital Psiquiátrico de Acra recebam uma promoção.

Enquanto isso, no Quênia, pouco mais de um ano após o lançamento oficial do treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade em novembro de 2019, cerca de 3.500 pessoas se inscreveram, 3.000 concluíram um módulo básico sobre direitos humanos e 800 concluíram com êxito os 8 módulos completos para receber seus certificados. Além disso, em julho de 2020, o governo do Quênia lançou seu roteiro para a saúde mental em um relatório intitulado “Saúde mental e bem-estar: rumo à felicidade e prosperidade nacional”. A iniciativa Direito é Qualidade da OMS e o treinamento eletrônico embasaram muitas das recomendações para transformar o sistema de saúde mental e foram incluídos como uma estratégia central para enfrentar o estigma e a discriminação, melhorar o acesso aos serviços de saúde mental e fortalecer os recursos humanos para a saúde mental.

No Pacífico Ocidental, as Filipinas lançaram oficialmente o *e-training* em filipino no Dia Mundial da Saúde Mental, 10 de outubro de 2019, na terceira cúpula de saúde pública do Departamento de Saúde. O *e-training* é uma das intervenções centrais no plano estratégico nacional do Conselho Filipino para a Saúde Mental, visando a implementação da nova Lei de Saúde Mental.

Em 2019-2020, Turquia, Estônia, Tcheca e Bósnia e Herzegovina traduziram e lançaram o programa de treinamento eletrônico da iniciativa Direito é Qualidade em cada um de seus respectivos países e idiomas. Isso facilitou a capacitação nacional de milhares de profissionais de saúde e outras partes interessadas importantes em cada país.

A criação das versões em espanhol e francês do *e-training* da iniciativa Direito é Qualidade em 2021 permitirá a adoção em larga escala deste nos países de língua francesa e espanhola em todo o mundo, notadamente, em toda a América Latina.

Uma avaliação de 2019 que examinou a mudança de atitude dos participantes que concluíram um curso de *e-training* realizado pelo Instituto de Saúde Mental da Universidade de Nottingham constatou especificamente melhorias significativas nas atitudes e práticas em relação a uma abordagem baseada em direitos humanos em saúde mental, incluindo aquelas relacionadas à necessidade de acabar com a força e a coerção nos cuidados de saúde mental e fornecer informação e escolha, bem como respeitar as decisões das pessoas em relação ao tratamento ([Dilks H, Hand c, Oliveira D, Orrel M], [Institute of Mental Health, University of nottingham], dados não publicados, [2019]) (655).

### **Feedback recebido na plataforma de treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade**

*O treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade foi bem recebido pelos participantes da Estônia, Gana, Quênia, República Tcheca, Turquia e outros países, como ilustram claramente os seguintes depoimentos dos participantes.*

*“Mudou minha vida!”*

*“Coerção, violência e abuso no trabalho precisam acabar AGORA!!!”*

*“Sou muito grato a este treinamento especial por me ajudar a atualizar meu conhecimento profissional sobre direitos humanos.”*

*“Uau. O aprendizado realmente aconteceu. Juro não mais tomar a decisão final e única para meus pacientes sem me importar com sua capacidade jurídica.”*

*“Muito educativo, cheguei a um ponto em que abaixei a cabeça porque me senti envergonhado de como em várias ocasiões usei a decisão substituta em vez da decisão apoiada. Eu acho seriamente que todos os profissionais de saúde, especialmente os profissionais de saúde mental em Gana, podem ajudar a respeitar muito esses direitos.”*

*“Foi uma experiência de transformação da vida mesmo, práticas que antes eu pensava serem aceitáveis (normais) são, na verdade, graves violações dos direitos humanos básicos. Já comecei a falar com as pessoas sobre como mudar sua mentalidade e continuarei defendendo os QualityRights para as pessoas da minha comunidade e além. Obrigado pelo conhecimento inestimável que vocês me concederam.”*

## Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

Para integrar com sucesso uma abordagem de saúde mental centrada na pessoa, com foco no *recovery* e baseada nos direitos humanos, os países devem ampliar seu foco para além do modelo biomédico, mudar e ampliar mentalidades, abordar atitudes estigmatizantes e eliminar práticas coercitivas. Para isso, os países precisarão priorizar as seguintes ações:

- fornecer educação e treinamento para construir competências estruturais nos profissionais de saúde e assistência social, como parte de uma capacitação pré-serviço e contínua que lhes permita compreender e reconhecer a importância dos determinantes sociais da saúde mental, incluindo pobreza, desigualdade, discriminação e violência, e responder adequadamente a esses fatores quando estiverem prestando cuidados e apoio;
- reformular as bases curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação em medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, entre outras áreas, para incorporar educação e treinamento em direitos humanos, deficiência e abordagens de *recovery* centradas na pessoa em saúde mental e assistência social;
- proporcionar estágios e internatos em serviços que promovam os direitos humanos e abordagens de *recovery* centradas na pessoa;
- providenciar desenvolvimento profissional contínuo que incorpore módulos de treinamento sobre direitos humanos, deficiência e abordagens de *recovery* centradas na pessoa em saúde mental;
- exigir que o credenciamento profissional inclua treinamento em direitos humanos, deficiência e abordagens de *recovery* centradas na pessoa em saúde mental como pré-requisito para a certificação;
- fornecer, como parte do currículo educacional e dos programas de treinamento contínuo para profissionais de saúde e assistência social, treinamento sobre como apoiar pessoas que desejam reduzir ou deixar de usar medicamentos psicotrópicos;
- produzir e entregar, juntamente com pessoas com experiência vivida, materiais de educação e cursos de formação para trabalhadores de saúde e assistência social, ONGs, OPD, polícias e outros grupos da comunidade; e

- garantir que os módulos de treinamento e o treinamento online da iniciativa Direito é Qualidade da OMS façam parte dos currículos de cursos de graduação, pós-graduação e desenvolvimento profissional contínuo, como parte de um esforço geral para melhorar a conscientização, o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde e assistência social.

## 5.6 Intervenções psicossociais, intervenções psicológicas e medicamentos psicotrópicos

Os princípios internacionais de direitos humanos ressaltam a importância do acesso a intervenções baseadas em evidências e direitos humanos, incluindo intervenções psicossociais e psicológicas e medicamentos psicotrópicos. No entanto, é de extrema importância que estas sejam vistas como intervenções que podem ou não ser úteis a um determinado indivíduo em um determinado momento de sua vida. Seu uso deve ser sempre discutido, suas limitações e possíveis efeitos negativos explicados claramente, e seu uso em última instância deve respeitar a vontade, as preferências e o consentimento esclarecido do indivíduo (656).

Porém, a prática corrente no mundo todo coloca os medicamentos psicotrópicos como pilar central do tratamento para pessoas com problemas de saúde mental e deficiência psicossocial. Foram externadas graves preocupações a respeito dos índices muito elevados de prescrição desses medicamentos por profissionais da atenção primária em países de alta renda (15, 657-660). As evidências demonstram que, embora os medicamentos psicotrópicos possam ajudar as pessoas a controlar seus sintomas e as diferentes formas de angústia, é essencial que eles não sejam usados em demasia ou de maneira abusiva, e que tanto os prescritores quanto os usuários dessas drogas sejam totalmente informados sobre seus impactos, tanto positivos quanto negativos, inclusive o potencial para abstinência. Por exemplo, recentemente, uma fonte de preocupação cada vez maior são os efeitos negativos dos antidepressivos, inclusive a grave síndrome de abstinência que pode ocorrer quando as pessoas param de tomar esses medicamentos (661-663). Isso é muito preocupante porque estão sendo prescritos amplamente e cada vez mais em muitos países (11-13), e as evidências de eficácia desses medicamentos são conflitantes e até mesmo duvidosas (664-666). Embora muitas pessoas se beneficiem do uso de medicamentos antipsicóticos (neurolepticos), evidências semelhantes sobre seus efeitos nocivos, por exemplo, a síndrome metabólica observada com o uso prolongado, reforçam a necessidade de uma prescrição responsável e cautelosa (667, 668). Nesse contexto, é essencial que os psicofármacos sejam prescritos apenas quando as pessoas que consideram o seu uso tiverem sido informadas sobre essas questões e tiverem dado o seu consentimento esclarecido. As pessoas que desejam abandonar as drogas psicotrópicas também devem ser ativamente incentivadas a fazê-lo, e vários recursos recentes foram desenvolvidos para ajudar as pessoas a conseguir isso.

Intervenções psicossociais (por exemplo, intervenções de apoio às pessoas com moradia, emprego, educação, formação e proteção social), intervenções psicológicas e suporte de pares devem ser explorados e oferecidos no contexto de uma abordagem holística, centrada na pessoa, com foco em *recovery* e baseada nos direitos. É essencial que os serviços tenham acesso a diferentes ferramentas de *recovery* que possam ampliar a abordagem de tratamento e proporcionar uma abordagem mais personalizada aos indivíduos e ao sofrimento que eles estão vivenciando (ver Quadro 11). Alguns exemplos incluem planos e marcos de *recovery* (75, 652), bem como diretivas antecipadas (325).

**Quadro 11.** A abordagem de *recovery* em saúde mental – recursos e ferramentas da OMS

## **A abordagem de *recovery* em saúde mental – recursos e ferramentas da OMS**

A OMS desenvolveu ferramentas-chave para promover a abordagem de *recovery* na área da saúde mental.

**1. A ferramenta de autoajuda da iniciativa *Direito é Qualidade da OMS para o planejamento de *recovery* centrado na pessoa para a saúde mental e bem-estar*** orienta as pessoas no processo de criação de um plano de *recovery* para si mesmas. A ferramenta foi projetada para que as pessoas possam usá-la por conta própria ou em colaboração com outras pessoas. Por exemplo, ela pode ser usada como um marco referencial para diálogo e discussão entre pessoas que usam serviços e prestadores de serviços ou outros apoiadores.

A ferramenta de autoajuda começa apresentando o que é *recovery* e o que esse conceito significa para as pessoas em suas vidas. A ferramenta então conduz a pessoa a um exercício de identificação de seus sonhos e objetivos, como criar um plano de bem-estar, bem como planejar com antecedência para momentos difíceis ou crises durante sua jornada de *recovery*. As pessoas que usam essa ferramenta de autoajuda são conduzidas por uma série de exercícios de autorreflexão que incentivam a compreensão de si mesmo e como aproveitar sua rede de apoio.

*O Instrumento da Iniciativa Direito é Qualidade da OMS para o planejamento de *recovery* centrado na pessoa para a saúde mental e bem-estar está disponível aqui <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-self-help-tool>.*

**2. O módulo de treinamento especializado da iniciativa *Direito é Qualidade da OMS sobre práticas de *recovery* para a saúde mental e o bem-estar*** foi projetado para ser usado por uma ampla gama de interessados, que inclui pessoas com experiência vivida, gerentes e profissionais de saúde e saúde mental, famílias, ONGs, OPD e muitos outros que trabalham nos setores sociais e de saúde. O módulo oferece um treinamento abrangente sobre maneiras práticas de introduzir uma abordagem de *recovery* centrada na pessoa em serviços que prestam assistência e apoio à saúde mental. Fornece uma introdução detalhada à abordagem de *recovery* e como ela difere das abordagens de serviços mais tradicionais.

O treinamento destaca a importância de entender o que significa “melhorar” ou “se recuperar” para cada pessoa, bem como as principais habilidades a serem trabalhadas com eles para conseguir isso. Por meio de uma série de estudos de caso e exercícios, os alunos veem como as pessoas podem ser apoiadas em sua jornada de *recovery* para identificar e aproveitar seus pontos fortes, objetivos e aspirações; explorar oportunidades; exercitar a escolha; e maximizar a inclusão e a autonomia em suas comunidades. Embora o módulo se concentre em saúde mental e serviços sociais, a abordagem de *recovery* é igualmente relevante para todas as pessoas que estão superando dificuldades e/ou perdas em suas vidas, tenham ou não uma deficiência.

*O módulo de treinamento especializado da iniciativa *Direito é Qualidade da OMS sobre práticas de *recovery* para a saúde mental e o bem-estar está disponível aqui: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>.**

Muitas formas diferentes de intervenção psicológica estão disponíveis e têm se mostrado eficazes, como terapia interpessoal (669, 670), terapia cognitivo-comportamental (671-673), terapia comportamental dialética (674) e intervenções baseadas em *mindfulness* ou atenção plena (675-677). Além disso, a competência dos prestadores de intervenções psicológicas em desenvolver uma aliança com a



peessoa que busca apoio tem sido considerada importante em termos de resultados (678), assim como a compreensão cultural entre as explicações dadas pelo terapeuta e a visão de mundo e as expectativas da pessoa. Essa conexão cultural fornece um espaço emocional e cognitivo dentro do qual a cura pode ocorrer (679). Também fortalece a confiança na relação terapêutica. A OMS disponibilizou várias ferramentas e recursos para intervenções psicológicas e sociais, conforme descrito no Quadro 12.

## Quadro 12. Recursos da OMS para intervenções psicológicas

### Recursos da OMS para intervenções psicológicas

A OMS desenvolveu uma série de diferentes ferramentas e materiais em torno de intervenções psicológicas e psicossociais, incluindo os seguintes recursos.

*Enfrentando Problemas Plus (EP+): Atendimento psicológico individual para adultos com angústia em comunidades expostas à adversidade. (Versão genérica para testes de campo 1.1) (680) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55865>*

*Enfrentando Problemas Plus em Grupo (EP+ Grupo): Atendimento psicológico em grupo para adultos com angústia em comunidades expostas à adversidade (Versão genérica para testes de campo 1.0) (681) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53939>*

*Terapia Interpessoal em Grupo (IPT) para Depressão (Versão genérica para testes de campo 1.0) (682) [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/interpersonal\\_therapy/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/)*

*Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression (Versão genérica para testes de campo 1.0) (683) [https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/thinking\\_healthy/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/)*

*Fazer o que importa em tempos de estresse: Um guia ilustrado (684) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>*

*EQUIP: Ensuring Quality in Psychological Support (685) [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/equip/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/)*

Com a rápida expansão da tecnologia, as ferramentas e aplicativos de saúde mental online estão se tornando cada vez mais populares. É necessário, porém, um alerta para garantir que eles não sejam usados como uma panaceia que dê respostas generalizadas a problemas de saúde mental e sofrimento, mas sim que adotem uma abordagem integral para entender a saúde mental, incluindo fatores e determinantes sociais, e não levem à propagação em larga escala de entendimentos de saúde mental exclusivamente focados em abordagens biomédicas, nem minem a responsabilidade dos governos de fornecer serviços e apoios mentais comunitários acessíveis, aceitáveis e abrangentes baseados em direitos humanos. O desenvolvimento desses aplicativos também deve ser informado por pesquisas, com base na avaliação da eficácia e *feedback* das experiências do usuário, bem como normas de qualidade em termos de privacidade e segurança de dados. Quando as pessoas estão passando por estados extremos e sofrimento emocional, torna-se imprescindível que elas estabeleçam relacionamentos terapêuticos.

## Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

A fim de garantir que todos os serviços, intervenções e apoios de saúde mental estejam em conformidade com os princípios internacionais de direitos humanos, os países precisarão realizar as seguintes ações:

- implementar uma abordagem sistemática para obter consentimento livre e esclarecido para todas as intervenções de saúde mental, considerando todas as pessoas que usam os serviços, e respeitar o direito das pessoas de recusar qualquer ou todas as intervenções;
- assegurar que as intervenções psicossociais abordem toda a gama de necessidades que uma pessoa possa ter, abrangendo relacionamentos, redes sociais e de pares, trabalho e renda, necessidades de educação e treinamento, moradia e discriminação;
- disponibilizar e oferecer uma gama de opções de tratamento não farmacológico e farmacológico pelos serviços de saúde, levando em consideração a importância das abordagens e opções não farmacológicas;
- assegurar a disponibilidade de ferramentas psicológicas, intervenções psicológicas e medicamentos psicotrópicos nos países;
- discutir explicitamente com todas as pessoas que estejam considerando um tratamento quais são os potenciais efeitos benéficos e prejudiciais da medicação e seus impactos na saúde física, bem como as intervenções psicológicas e os prós e contras de ambos;
- fornecer orientação e apoio às pessoas que desejam reduzir ou abandonar o uso de medicamentos psicotrópicos;
- avaliar e monitorar o uso e os custos de medicamentos psicotrópicos, intervenções psicológicas e outros tratamentos em serviços de saúde mental e serviços sociais na atenção primária; e
- usar diretivas antecipadas. Certificar-se de que estas sejam acessíveis e divulgadas a outras pessoas-chave, e que se faça cumprir sua aplicação, para garantir que a vontade e as preferências de cada pessoa em relação ao tratamento e apoio oferecidos sejam respeitadas.

## 5.7 Sistemas de informação e dados

Os sistemas de informação em saúde mental são essenciais para que um sistema de saúde mental funcione bem. Para os formuladores de políticas e planejadores, os sistemas de informação fornecem um mecanismo para entender a situação da saúde mental, monitorá-la ao longo do tempo, avaliar se as metas e objetivos estão sendo alcançados e ajudar a subsidiar escolhas, melhorias e futuros cursos de ação. Os dados também podem ser usados para informar as pessoas que usam os serviços de saúde mental e a comunidade sobre a conformidade do serviço com os padrões de qualidade, os princípios de direitos humanos e os resultados do serviço. Essa informação deve ser apresentada em um formato acessível, aberto e prontamente disponível ao público.

Considerando o importante impacto dos determinantes sociais na saúde mental, são necessários indicadores no nível da população e dos serviços, tanto dentro como fora do setor da saúde. Para refletir a diversidade de informações exigidas, muitos dos dados necessários para os indicadores podem precisar ser coletados de diferentes fontes nos setores de saúde, no setor social e em outros setores relevantes. Sugestões de dados que poderiam potencialmente ser coletados para informar uma abordagem baseada em direitos humanos são apresentadas abaixo. Embora seja improvável que todos esses dados possam ser coletados, ainda assim os países devem analisar, determinar e priorizar quais dados são mais importantes e viáveis de coletar rotineiramente. Além disso, levantamentos periódicos ou outros meios podem ser usados para complementar os esforços de coleta de dados sobre questões específicas de interesse. Várias ferramentas para facilitar a coleta de dados são apresentadas no Quadro 13.

Em nível populacional e a partir da perspectiva de direitos humanos, os países podem considerar a coleta de dados em nível nacional, desagregados por sexo e idade, sobre:

- a proporção do orçamento de saúde mental alocada para serviços e apoios de base comunitária, em comparação com o orçamento alocado para hospitais e leitos psiquiátricos;
- orçamento alocado para formas específicas de tratamento, incluindo medicamentos psicotrópicos, intervenções psicossociais e terapias psicológicas;
- taxas de mortalidade de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, por tipo e causa;
- taxas de suicídio e tentativas de suicídio entre pessoas com problemas de saúde mental ou deficiências psicossociais;
- taxas de pobreza, nível de renda, emprego, educação, habitação, proteção social e pensão por deficiência de pessoas com deficiência psicossocial *versus* outras deficiências, *versus* a população em geral;
- número e proporção de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais em situação de rua;
- número e proporção de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais encarceradas;
- morbimortalidade associadas a tratamentos, intervenções, comorbidades, falta de acesso e equidade na atenção à saúde;
- taxas de prescrição e custos de medicamentos psicotrópicos;
- número e proporção de pessoas que recebem intervenções psicológicas e psicossociais;
- número e proporção de pessoas sob tutela ou outros mecanismos substitutivos de tomada de decisão;
- taxas de internação involuntária;
- número e proporção de pessoas que recebem suporte para tomada de decisões;

- número e proporção de pessoas com planos ou diretivas antecipadas juridicamente vinculantes;
- proporção de serviços que atendem aos padrões de qualidade e direitos humanos (o kit de ferramentas de avaliação da iniciativa Direito é Qualidade da OMS pode ser usado para medir isso); e
- número e proporção de profissionais de saúde e pessoal de saúde, psiquiatria, saúde mental, assistência social, serviços residenciais de apoio e instituições treinados a respeito dos direitos das pessoas com deficiência.

### **Quadro 13.** Ferramentas para coleta de dados sobre saúde mental e deficiência psicossocial

#### **Conjunto reduzido (seis perguntas) do Washington Group para avaliar a deficiência (686)**

O conjunto reduzido de seis perguntas sobre deficiência formulado pelo Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência é o método mais amplamente reconhecido para desagregar dados sobre deficiência em pesquisas e censos nacionais de maneira internacionalmente comparável. As questões abrangem seis domínios de funcionalidade: visão, audição, mobilidade, cognição, autocuidado e comunicação. O conjunto reduzido de perguntas não identifica muito bem a deficiência psicossocial. Para remediar essa situação, o questionário ampliado (686) inclui quatro questões sobre ansiedade e depressão, além de três questões cognitivas, que visam captar a deficiência psicossocial. O Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência continua a explorar melhores maneiras de medir o funcionamento psicossocial. *The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS)* (disponível em inglês): <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>

#### ***O Model Disability Survey (MDS) da OMS (687) e como ele reflete deficiências psicossociais***

O MDS é um instrumento para inquéritos populacionais gerais desenvolvido pela OMS e pelo Banco Mundial em 2012. O MDS está fundamentado na *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* e inclui um questionário domiciliar e um questionário individual em uma estrutura modular. Os objetivos do MDS são determinar a atual prevalência e distribuição de deficiências na população e identificar as barreiras e desigualdades enfrentadas por pessoas com diferentes níveis de deficiência.

O MDS encara a deficiência como o resultado da interação entre uma condição de saúde e as barreiras enfrentadas no ambiente em que a pessoa vive. A deficiência também é conceitualizada como uma questão de grau (deficiência leve, moderada e grave), e não uma questão de tipo (deficiência visual, auditiva, física ou psicossocial). Como a deficiência não é um atributo exclusivo das pessoas com deficiências visuais, auditivas, físicas e psicossociais, o MDS não tem como foco a contagem de pessoas com essas deficiências. No entanto, no Módulo 5000 – condições de saúde e capacidade – são coletadas informações sobre a presença de condições de saúde, incluindo saúde mental, e condições neurológicas. O MDS inclui depressão, ansiedade e demência, mas os países podem expandir a lista se estiverem especificamente interessados em condições específicas. Dependendo do tamanho da amostra, é possível analisar os dados desagregados por condição (ou condições) de saúde. O MDS está disponível aqui: <https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>.

Os países também podem considerar a coleta de dados no nível dos serviços (que podem ser agregados e relatados em nível nacional) sobre o número e a proporção de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, desagregadas por sexo e idade, a saber:

- atualmente residindo em instituições (por exemplo, ambientes de internação psiquiátrica, residências para pessoas com deficiência intelectual, etc., desde instalações de grande porte até casas de grupo) (688);
- atualmente residindo em unidades forenses;
- submetidos a intervenções forçadas (incluindo medicamentos, ECT, psicocirurgia, esterilização sem consentimento);
- submetidos ao isolamento;
- submetidos a contenção física, mecânica ou química;
- submetidos à internação involuntária em serviços de assistência social, instituições psiquiátricas e outros ambientes;
- com acesso aos principais serviços que, dependendo da organização de serviços do país, podem incluir: (i) centros de saúde mental de base comunitária (ii) serviços de atenção à crise (iii) serviços de base hospitalar (iv) serviços móveis na comunidade (v) serviços de apoio domiciliar e (vi) serviços de suporte de pares;
- com diretrizes antecipadas juridicamente vinculantes;
- com planos terapêuticos centrados no *recovery*; e
- que morreram na custódia de serviços e instituições de saúde mental.

Além disso, podem ser coletados e desagregados dados por sexo e idade de cada indivíduo que usa os serviços, por meio de uma pesquisa de saída que pergunta sobre:

- qualquer uso de práticas coercitivas, incluindo tratamento forçado (como medicação, isolamento e contenção), bem como qualquer percepção subjetiva de ter sido coagido;
- qualquer experiência de violência, abuso ou negligência;
- respeito às opiniões/decisões/preferências sobre medicamentos, tratamento e autonomia;
- apoio para desenvolver uma diretiva antecipada e se as diretivas antecipadas existentes expressando a vontade e preferência da pessoa foram respeitadas;
- apoio para desenvolver, revisar e implementar um plano de *recovery*;
- atenção aos fatores relacionados à inclusão na comunidade como parte de um plano de *recovery*, seja em regime de internação ou ambulatorial; e
- suporte de pares oferecido dentro ou fora do serviço.

## Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

Para planejar, monitorar e avaliar efetivamente a criação e implementação de uma abordagem baseada em direitos humanos para melhorar a saúde mental e o bem-estar de comunidades específicas e da população como um todo, os países precisarão realizar as seguintes ações:

- coletar dados nos níveis nacional e de serviço e notificar indicadores de saúde mental que reflitam os determinantes sociais da saúde mental e os direitos humanos das pessoas com deficiência psicossocial;

- desagregar dados quando apropriado por sexo, idade, sexo, raça, etnia, deficiência e outras variáveis relevantes para o contexto nacional;
- revisar, discutir, priorizar e pactuar indicadores viáveis em nível populacional a partir dos dados em nível nacional destacados acima;
- revisar, discutir, priorizar e pactuar indicadores viáveis em nível de serviço a partir dos dados destacados acima;
- coletar informações-chave das pessoas que usam os serviços para entender a qualidade do atendimento e o respeito aos direitos humanos a partir de pesquisas de saída;
- especificar meios e métodos de coleta de dados para indicadores selecionados;
- usar dados para informar o setor da saúde e outros setores a respeito do estado da saúde mental e dos direitos humanos, o impacto das políticas, estratégias e intervenções para lidar com isso e quais são as melhorias necessárias com base nos achados, que incluem o uso de dados para:
  - » compreender a morbimortalidade causada pelos tratamentos e intervenções em uso ou pela falta de acesso aos tratamentos e serviços;
  - » compreender quais populações são desproporcionalmente impactadas por violações de direitos humanos e práticas coercitivas;
  - » compreender a relação custo-benefício dos serviços e abordagens para garantir que os recursos disponíveis sejam gastos de forma eficiente;
  - » informar a comunidade a respeito da qualidade, respeito aos direitos humanos e resultados dos serviços de saúde mental que estão sendo prestados, disponibilizando prontamente e em formato acessível quaisquer dados e relatórios; e
- disponibilizar à sociedade civil os dados coletados pelos serviços de saúde do governo, para transparência na prestação de contas e monitoramento dos serviços e para fazer uso dos dados coletados pela sociedade civil para validar os dados coletados pelo governo.

## 5.8 A sociedade civil, as pessoas e a comunidade

Embora esta orientação se concentre na construção de sistemas sociais e de saúde que integrem abordagens centradas na pessoa, baseadas nos direitos humanos e orientadas para o *recovery* nos serviços comunitários de saúde mental, é importante reconhecer que, isoladamente, esses esforços são insuficientes para alcançar os resultados pretendidos. São necessários esforços mais amplos para criar sociedades e comunidades inclusivas onde a diversidade seja aceita e os direitos de todas as pessoas sejam respeitados e valorizados. Várias ações em nível comunitário que podem contribuir para esse objetivo são descritas abaixo.

### Abordagem de atitudes estigmatizantes e discriminatórias negativas em comunidades inteiras

É fundamental agir em relação à mudança de atitudes ou mentalidades negativas e estigmatizantes e práticas discriminatórias não apenas nos ambientes de saúde e assistência social, mas também na comunidade, envolvendo todos os setores e diversas pessoas nela atuantes, incluindo: pessoas com problemas de saúde mental e psicossociais, familiares, departamentos e serviços governamentais, ONGs, OPD, órgãos de educação e formação, locais de trabalho, pesquisadores e acadêmicos, professores, advogados, autoridades policiais, sistema judiciário, curandeiros culturais/tradicionais e religiosos, organizações, os jornalistas e os meios de comunicação. Abordar o estigma e a discriminação desta forma tem o benefício adicional de promover a diversidade, aceitação e inclusão e, assim, pode contribuir para a criação de comunidades mais coesas e harmoniosas, que podem, por sua vez, promover a saúde e o bem-estar de seus membros.

Campanhas de conscientização e treinamento em direitos humanos são ações essenciais para enfrentar o estigma e a discriminação. Geralmente, funcionam melhor quando envolvem contato pessoal com as próprias pessoas com deficiência (689, 690). Por meio dessas ações, é fundamental que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais se conscientizem de quais são seus direitos para que possam reivindicá-los. Os familiares e cuidadores também precisam entender esses direitos para que possam respeitá-los e também apoiar seus familiares no acesso aos direitos. Um amplo grupo de interessados diretos da comunidade, como os acima elencados, também precisam adquirir uma compreensão dos direitos humanos e da saúde mental, que deve ser introduzida por meio de programas básicos de conscientização e treinamento profissional. Dois exemplos convincentes de programas que desafiam o estigma e a discriminação na saúde mental são destacados no Quadro 13 a seguir.

As pessoas com experiência vivida têm um papel único a desempenhar na concepção e implementação de campanhas de sensibilização, com bons resultados. Um exemplo é o Time to Change Global, um programa que desafiou o estigma e a discriminação da saúde mental em Gana, Índia, Quênia, Nigéria e Uganda, destacado no Quadro 14. Outras abordagens inovadoras incluem os módulos de treinamento presencial da iniciativa Direito é Qualidade da OMS (ver Quadro 9) e o programa de *e-training* da mesma iniciativa (ver Quadro 10). A OMS também publicou documentos importantes de orientação prática sobre como desenvolver, implementar, monitorar e avaliar campanhas de *advocacy* abordando saúde mental, deficiência e direitos humanos (691).

**Quadro 14.** Desafiando o estigma e a discriminação da saúde mental

***Conversations Change Lives: kit de ferramentas anti-estigma***

Time to Change Global foi um programa que desafiou o estigma e a discriminação em saúde mental em Gana, Índia, Quênia, Nigéria e Uganda. Pessoas com experiência vivida foram responsáveis por desenvolver e comunicar as principais mensagens da campanha. O programa foi uma parceria entre as instituições filantrópicas de saúde mental Mind e Rethink Mental Disease do Reino Unido, a organização internacional de desenvolvimento para pessoas com deficiência Christian Blind Mission e cinco parceiros nacionais: Mental Health Society of Ghana (MeHSoG), Grameena abhyudaya Seva Samsthe (GaSS), Gede Foundation, Basic needs Basic Rights Kenya (BnBR) e Mental Health Uganda.

Os parceiros do programa desenvolveram Conversations Change Lives (“conversas mudam vidas”) (692), um kit global de ferramentas anti-estigma com base nas vozes de pessoas agindo para acabar com o estigma e a discriminação na saúde mental. O kit de ferramentas visa capturar um retrato em tempo real de como é o estigma nos cinco locais do programa – Acra, Gana; Doddaballapur, na Índia; Abuja, na Nigéria; Nairóbi, no Quênia; e Kampala, Uganda. O kit de ferramentas não apresenta uma “maneira correta” de realizar o trabalho anti-estigma – em vez disso, ajuda os leitores a considerar diferentes abordagens e novas soluções. Além de fornecer uma visão geral da situação do estigma, o kit de ferramentas abrange três temas principais: como falar sobre saúde mental, como incluir pessoas com experiência vivida e como identificar e alcançar o(s) público(s) certo(s).

Cada uma dessas seções compartilha aprendizados, reflexões e ferramentas e materiais de exemplo, juntamente com estudos de caso e exemplos dos cinco locais.

Para mais informações, visite: <https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>

**A campanha Speak Your Mind**

“Speak Your Mind” é uma campanha nacional e globalmente unida que visa catalisar uma maior ação dos governos nacionais sobre a saúde mental, unindo os esforços da sociedade civil e reformulando a saúde mental como uma questão importante em nível nacional e global (693). O foco é encorajar pessoas com experiência de vida a se engajarem plenamente no desenvolvimento e operacionalização de políticas e práticas de saúde mental, nacional e internacionalmente.

Nos últimos anos, as campanhas nacionais de coalizão obtiveram vitórias importantes. Por exemplo, graças aos esforços dos ativistas de Serra Leoa, o governo anunciou uma revisão da Lei da Loucura de 1902 para proteger e promover os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais. O governo da Nigéria proibiu o perigoso pesticida “Sniper”, que era utilizado na maioria dos suicídios no país. O governo de Tonga anunciou sua primeira política nacional de saúde mental, e triplicou seu orçamento de saúde mental.

A campanha está ativa em 19 países, incluindo países de língua inglesa, espanhola e francesa. Para mais informações, visite: [www.gospeakyourmind.org](http://www.gospeakyourmind.org) @gospeakyourmind #SpeakYourMind.



## Apoiando o desenvolvimento da sociedade civil

Para que comunidades inteiras desfrutem de boa saúde mental, é importante ter uma sociedade civil ativa contribuindo para a tomada de decisões nos níveis político, social e comunitário, pois o grau de bem-estar de uma comunidade também está relacionado à sua governança. O empoderamento político e o fortalecimento da sociedade civil aumentam o engajamento das populações e comunidades locais na definição de problemas e na geração e implementação de soluções (694).

Os países que ratificaram a CDPD têm a obrigação de criar as condições para uma sociedade civil ativa que se engaje na formulação de políticas e defenda a plena participação das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais e suas organizações, como um movimento a ser ouvido e considerado. O respeito e o apoio do governo aos movimentos de pessoas com experiência vivida criam um ambiente que permite que as pessoas tenham uma voz mais forte para exigir que seus direitos e interesses sejam respeitados. Os grupos da sociedade civil podem desempenhar um papel estratégico fundamental na defesa dos direitos humanos e na formulação de políticas, serviços e outras ações que respondam melhor às suas necessidades (694).

Na maioria dos países, as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais enfrentam barreiras à participação na tomada de decisões políticas (22). Essa falha pode ser explicada em parte pela ausência de organizações de pessoas com deficiências psicossociais em muitas partes do mundo. Quando essas organizações existem, muitas vezes carecem de financiamento, recursos humanos e apoio suficiente. Isso contrasta com o envolvimento da sociedade civil em questões como HIV/Aids; em muitos países, os mais diretamente afetados por essas condições tiveram uma voz importante no desenvolvimento de políticas e na alocação de recursos. Seus esforços de *advocacy* têm sido extremamente eficazes em mudar a resposta de saúde pública de uma resposta tradicional, prejudicial aos direitos humanos (como testes obrigatórios, restrições de viagem e isolamento), para uma resposta de saúde pública baseada em uma perspectiva de direitos humanos na implementação da prevenção, cuidados e suporte. Os ingredientes ativos desse sucesso foram o empoderamento das pessoas HIV-positivas e sua participação em todas as atividades de *advocacy* (695, 696). A adaptação de elementos desses esforços de *advocacy* na área do HIV pode ser um meio importante de promover a saúde de pessoas com deficiências psicossociais e empoderá-las para lutar por seus direitos.

Uma sociedade civil forte também ajuda a criar programas e serviços mais eficazes, eficientes e transparentes. Por exemplo, organizações de pessoas com deficiências psicossociais, experiências vividas e aquelas que sofreram abuso nos serviços de saúde mental têm uma perspectiva única que pode ajudar a garantir que o sistema e os serviços de saúde mental atendam às suas necessidades e respeitem seus direitos humanos. Assim, elas podem desempenhar um papel importante como assessoras do governo em políticas, leis e regulamentos relacionados à saúde mental; reforma e transformação da saúde mental e os serviços sociais; e outras medidas para melhor proteger os direitos humanos das pessoas.

A sociedade civil pode desempenhar uma série de outros papéis importantes, tais como: (i) realizar campanhas de *advocacy* para mudar atitudes e práticas negativas, incluindo o envolvimento com o sistema internacional de direitos humanos para chamar os governos a prestar contas; (ii) fornecer educação e treinamento em saúde mental, deficiência e direitos humanos; e (iii) a prestação direta de serviços, tais como serviços de atenção à crise, suporte de pares, iniciativas de geração de renda e assistência individual, nas quais é fornecido apoio direto às pessoas sobre questões específicas para as quais desejem receber ajuda. A OMS publicou orientações práticas sobre como os movimentos da sociedade civil nos países podem agir para defender abordagens baseadas em direitos humanos nos setores de saúde mental e social, a fim de alcançar mudanças impactantes e duradouras (255). O Quadro 15 apresenta uma série de redes mundiais ativas de organizações da sociedade civil de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais.

**Quadro 15.** Organizações da sociedade civil de apoio a pessoas com deficiência psicossocial

### **Organizações internacionais e regionais da sociedade civil para pessoas com deficiências psicossociais**

Existem várias redes de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais operando nos níveis internacional e regional, que podem fornecer informações valiosas, orientações e alianças para ajudar a reformar os sistemas e serviços de saúde mental de acordo com uma abordagem baseada em direitos humanos.

A **Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria (WNUSP) (697)**, originalmente fundada em 1991 como a Federação Mundial de Usuários Psiquiátricos, é a mais antiga organização internacional de usuários e sobreviventes da psiquiatria e pessoas com deficiências psicossociais que promove e representa seus direitos e interesses humanos. A WNUSP desempenhou um papel importante na negociação da CDPD e nos esforços posteriores de *advocacy*, que levaram à elaboração de normas internacionais relacionadas aos direitos das pessoas com deficiências psicossociais. A WNUSP é membro da Aliança Internacional da Deficiência e goza de status consultivo junto ao Conselho Econômico e Social da ONU.

Para mais informações, visite: <http://wnusp.net/>

**Transforming Communities for Inclusion – Asia Pacific (TCI-AP) (698)** é uma organização regional independente de pessoas com deficiências psicossociais da região da Ásia-Pacífico. Orientada pela CDPD, a TCI-AP defende os direitos e a inclusão plena de pessoas com deficiências psicossociais e viabiliza serviços comunitários de saúde mental e inclusão baseados em direitos humanos e em conformidade com a CDPD. A TCI-AP tem como foco a pedagogia e a prática do artigo 19 da CDPD (Vida independente e inclusão na comunidade) na Ásia. A organização conta atualmente com a participação de 14 países, além de redes emergentes em muitos outros. Em 2018, a TCI-AP adotou a Declaração de Bali, endossada por 70 pessoas de vários movimentos de pessoas com deficiência (699).

Para mais informações, visite: <https://www.tci-asia.org/>

A **Rede Europeia de Ex-Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria (ENUSP) (700)** é uma federação independente que representa (ex)usuários e sobreviventes da psiquiatria. A ENUSP promove os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais e alternativas à psiquiatria controladas por usuários/sobreviventes, livres de coerção. A ENUSP reúne 32 organizações de 26 países europeus e é membro do Fórum Europeu de Deficiência, do Fórum Europeu de Pacientes e da WNUSP. Nos últimos anos, a ENUSP tem feito uma campanha ativa contra o projeto de protocolo adicional do Conselho da Europa à Convenção de Oviedo, que visa regular a internação e o tratamento involuntários.

Para mais informações, visite: <https://enusp.org/>

A **Rede Pan-Africana de Pessoas com Deficiências Psicossociais (PANPPD) (701)** é uma organização regional, fundada em 2005, que representa pessoas com deficiências psicossociais na África. Visa aumentar a solidariedade continental para promover e proteger os direitos das pessoas com deficiências psicossociais. A PANPPD opera como uma plataforma de defesa da justiça social, direitos humanos, empoderamento, desenvolvimento social e plena participação e inclusão de pessoas com deficiências psicossociais. A PANPPD promove a reforma legislativa e política, o intercâmbio de conhecimentos e a capacitação das suas organizações membros.

Para mais informações, visite: <https://www.facebook.com/pg/panppd/>

A **Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial** (Rede-Esfera Latino-americana de Diversidade Psicossocial) (702) é uma organização regional formada em 2018 por usuários, ex-usuários e sobreviventes de psiquiatria, “loucos” e pessoas com deficiência psicossocial, entre outros grupos. A Redesfera visa promover a troca de experiências, conhecimentos e práticas alternativas; o desenvolvimento de grupos de suporte de pares; o conhecimento e a efetivação dos direitos; a noção de “orgulho louco” e o “direito à loucura”; e a reforma de leis e políticas na região. No último ano, a Redesfera organizou dois ciclos de webinars com o objetivo de fomentar a construção coletiva do conhecimento a partir da experiência vivida e informar sobre os direitos das pessoas.

Para mais informações, visite: <http://redesfera.org/>

A **Global Mental Health Peer Network (GMHPN) (703)** é uma organização internacional de pessoas com experiência vivida. A GMHPN promove direitos humanos, empoderamento, *recovery*, suporte de pares e liderança por pessoas com experiência vivida. Desde a sua criação em 2018, o foco de seu trabalho envolveu a construção de uma estrutura sustentável para desenvolver uma liderança global de pessoas com experiência vivida e criar uma plataforma de comunicação onde a comunidade dessas pessoas possa compartilhar seus pontos de vista, opiniões, percepções e experiências. A GMHPN e seus representantes estão envolvidos em diversos comitês, parcerias, campanhas e projetos. Por exemplo, a GMHPN lançou o projeto “Our Global Voice”, com relatos de histórias de *recovery* bem-sucedidas.

Para mais informações, visite: <https://www.gmhpn.org/>

## A mídia

A cobertura da mídia também pode influenciar muito a conscientização do público e moldar as respostas aos problemas de saúde mental. Pode ajudar a reduzir o estigma e a educar ou, inversamente, pode servir para aumentar o preconceito através da promoção de estereótipos (704). Um foco infundado e excessivo no risco, dano, perigo e criminalidade pode vincular as condições de saúde mental com a periculosidade na mente do público (705). Isso muitas vezes é agravado pela linguagem estigmatizante e inflamatória usada em tais reportagens (706). Os jornalistas, portanto, têm um papel importante na promoção de uma agenda de direitos humanos e *recovery*, devendo concentrar-se em histórias bem-sucedidas de *recovery* e respeito aos direitos humanos (707).

As redes sociais são cada vez mais o fórum através do qual as questões de saúde mental estão sendo exploradas, e oferecem às pessoas com deficiência mental e psicossocial um espaço para se expressar e fazer conexões (708). Têm enorme potencial de uso em termos de educação e promoção dos direitos humanos e *recovery*, bem como para prestação de intervenções de apoio (709).

### Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

Para criar sociedades inclusivas nas quais a voz de todos seja ouvida e valorizada, e para melhorar a saúde mental e o bem-estar de comunidades inteiras em nível nacional, os países precisarão realizar as seguintes ações:

- fornecer treinamento sobre direitos humanos no contexto da saúde mental e deficiência psicossocial para os principais influenciadores de todos os grupos de interessados em todos os setores, incluindo pessoas com experiência vivida, o judiciário, escolas, locais de trabalho, organizações religiosas e grupos da sociedade civil, bem como membros da comunidade e da mídia – a plataforma de treinamento presencial e *e-training* Direito é Qualidade da OMS sobre saúde mental, deficiência, direitos humanos e *recovery* pode ser usada para esse fim, a fim de alcançar efetivamente todas as pessoas;
- investir em e apoiar a criação e sustentabilidade de organizações representativas de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais;
- envolver organizações de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais como consultores em matéria de política, planejamento, legislação e desenvolvimento de serviços, visando melhor proteger os direitos humanos e alcançar resultados positivos de *recovery*, sendo um deles a inclusão na comunidade; e
- trabalhar com a mídia para que informe de maneira responsável sobre o trabalho e a vida de pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, e eduque ativamente contra estereótipos e violações de direitos humanos.

## 5.9 Pesquisa

O paradigma biomédico dominou a pesquisa psiquiátrica nas últimas décadas. Em consonância com este paradigma, o foco tem sido em grande parte na neurociência, genética e psicofarmacologia. Thomas Insel, chefe do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos EUA de 2002 a 2015 (o maior financiador de pesquisa em saúde mental do mundo) (710), disse em uma entrevista em 2017: “Passei 13 anos no NIMH realmente impulsionando a neurociência e a genética dos transtornos mentais, e quando olho para trás, percebo que, embora ache que consegui publicar muitos artigos muito legais de cientistas muito bacanas a um custo bastante alto – acho que US\$ 20 bilhões – não acho que tivemos nenhum impacto sequer em reduzir os suicídios, reduzir as hospitalizações ou melhorar o *recovery* das dezenas de milhões de pessoas que têm doenças mentais” (711).

Pesquisas que examinam abordagens baseadas em direitos humanos na saúde mental têm sido extremamente limitadas. Embora existam alguns estudos robustos sobre práticas de *recovery*, inclusive do Individual Placement and Support (um modelo de emprego apoiado) e o ReFocuS (712, 713), uma abordagem de intervenção de *recovery* usada em vários países de alta renda, revisões recentes da literatura indicam que há poucas pesquisas em geral, e praticamente nenhuma realizada em países de baixa e média renda (714).

Desde 2015, houve apenas uma grande avaliação abrangente de uma abordagem baseada em direitos humanos em saúde mental. Esta foi a avaliação da implementação da iniciativa Direito é Qualidade da OMS em Gujarat, Índia (veja o Quadro 6 acima), que envolveu o desenvolvimento e implementação de avaliações de serviço no modelo Direito é Qualidade e planos de transformação; capacitação de todas as partes interessadas em direitos humanos, CDPD e abordagem de *recovery*; e o estabelecimento de um serviço de suporte de pares individual e em grupo para pessoas que utilizam os serviços, bem como grupos de apoio de pares para pessoas com experiência vivida e suas famílias (621).

A falta de pesquisas que explorem boas práticas em direitos humanos, serviços e apoios com foco em *recovery* na saúde mental, e como e até onde os serviços respeitam (ou não respeitam) a capacidade jurídica, a liberdade e a segurança das pessoas, inclusive sua integridade física e mental, já é notável por si só. De fato, muito poucos dos serviços comunitários com boas práticas identificados por meio da pesquisa para este documento passaram por uma robusta avaliação quantitativa ou qualitativa de impacto, o que, na verdade, limitou os serviços que atendiam aos critérios de inclusão nesta orientação. É preciso haver um aumento significativo do investimento em pesquisa e avaliação, inclusive avaliação dos custos e desfechos desses tipos de serviços, bem como mais esforços da parte dos próprios serviços para coletar dados de avaliação. No contexto da pesquisa, os métodos qualitativos não devem ser negligenciados, porque muitas vezes são capazes de descrever, analisar e capturar questões mais complexas e sutis em comparação com a pesquisa quantitativa.

Além disso, são necessárias mais pesquisas sobre as muitas intervenções promissoras que se mostraram eficazes na redução de práticas coercitivas por meio do uso de procedimentos de desescalada, equipes de resposta, salas de conforto, planos individualizados para responder a sensibilidades, bem como intervenções para promover a capacidade jurídica e a autonomia (por exemplo, diferentes modelos de intervenções de tomada de decisão apoiada, diretas antecipadas e redes de pares). Embora haja evidências para apoiar a eficácia de muitas dessas intervenções (40, 546, 715, 716), há também uma notável falta de pesquisas sobre as questões sociais, econômicas e culturais que afetam a saúde mental e intervenções que possam abordá-las. Mais investimentos em pesquisa sobre o papel fundamental que os ambientes sociais exercem sobre o contexto da saúde mental também se fazem necessários, e podem ajudar a afastar a agenda de pesquisa da busca por uma compreensão dos problemas de saúde mental que considera as pessoas simplesmente como coleções de “sintomas” a serem eliminados (717).

Embora existam enormes lacunas de pesquisa e uma necessidade urgente de aumentar rapidamente o investimento nas áreas acima, a evidência que já existe a respeito da eficácia de serviços e intervenções de base comunitária que promovam direitos (como demonstrado no Capítulo 3) é mais do que suficiente para promover a ação. Não há razão para esperar por mais pesquisas antes de avançar rumo a modelos de serviço alternativos baseados em direitos humanos e mudar as práticas culturais vigentes. Além disso, as violações dos direitos humanos devem ser eliminadas onde quer que aconteçam, simplesmente porque prejudicam a dignidade humana e contradizem convenções internacionalmente acordadas, como a CDPD. Não há evidências que justifiquem intervenções coercitivas em ambientes de saúde mental (43). De fato, as evidências apontam na direção oposta: intervenções que são realizadas com força têm resultados negativos para quem é submetido a elas (52). Práticas coercitivas, como contenção e isolamento, causam danos à saúde física e mental e podem levar à morte (718, 719). As pessoas que tiveram experiências passadas com tratamento forçado podem passar a tomar medidas enérgicas para evitar os serviços de saúde mental (51, 720).

Pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais podem fazer contribuições notáveis para a pesquisa graças à sua perícia e experiência únicas. Várias disciplinas acadêmicas emergentes incluem a pesquisa com sobreviventes. No entanto, uma revisão recente e bastante abrangente de estudos publicados em países de baixa e média renda (721) identificou apenas um estudo publicado que incluiu pessoas com experiência vivida no processo de condução da pesquisa (722). É fundamental que as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, inclusive “sobreviventes-cientistas”, “pesquisadores pares” e “pesquisadores usuários”, tenham um papel de liderança na concepção e implementação de pesquisas nessa área. De fato, a coprodução surgiu como uma metodologia específica para garantir as contribuições de pessoas com experiência vivida aos delineamentos de pesquisa. O sucesso dependerá de uma reavaliação de muitos dos pressupostos, normas e práticas atualmente vigentes, inclusive uma mudança da perspectiva sobre o que significa “expertise” quando se trata de saúde mental. O Quadro 16 abaixo destaca a forte vontade política da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em apoiar uma abordagem centrada na pessoa e baseada nos direitos humanos, e o seu apelo por pesquisas adicionais sobre respostas não coercitivas.

### Quadro 16. Apelo à ação da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa

#### **Apelo por financiamento e recursos sobre alternativas à coerção e serviços que utilizem essas medidas**

Em 2019, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa afirmou que “a solução está nas boas práticas e ferramentas de dentro e fora do sistema de saúde que ofereçam soluções e apoio em situações de crise ou emergência, e que respeitem a ética médica e os direitos humanos da pessoa envolvida, incluindo o seu direito ao consentimento livre e informado. Essas práticas promissoras devem ser colocadas no centro dos sistemas de saúde mental. Serviços coercitivos e cuidados institucionais devem ser considerados alternativas inaceitáveis que devem ser abandonadas. No entanto, abandonar a coerção não significa abandonar os pacientes, e não deve ser usado como desculpa para reduzir o orçamento geral da saúde mental. Deveria, em vez disso, haver mais financiamento e recursos para pesquisas sobre respostas alternativas” (723).

Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. 2019.

## Fortalecimento da pesquisa por meio da participação de pessoas com experiência vivida

A frase “nada sobre nós sem nós” resume nitidamente a visão de que pessoas com experiência vivida de condições de saúde mental ou deficiências psicossociais devem ser envolvidas de forma significativa em todas as ações de saúde mental, incluindo a pesquisa. Envolver pessoas com experiência vivida e *expertise* fortalecerá profundamente e trará significado a novas pesquisas nessa área. Vários autores destacaram a importância de envolver pessoas com experiência vivida tanto no desenvolvimento quanto na implementação das pesquisas:

“Somente uma pessoa com deficiência pode realmente definir a base sobre quais são suas necessidades, e participar de um processo de pesquisa que possa levar a novas mudanças para ela deve ser considerado crucial para o sucesso.” (724)

“... coprodução implica igualdade não apenas no sentido de pessoas ou status, mas no nível de como o próprio conhecimento é valorizado” (725).

## Principais ações nacionais para integrar abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos

Será necessária uma reorientação das prioridades de pesquisa para criar um alicerce sólido para uma abordagem verdadeiramente baseada em direitos para os sistemas e serviços de saúde mental e proteção social. Isso exigirá que os países e órgãos de pesquisa internacionais e nacionais implementem as seguintes ações:

- aumentar o investimento e o financiamento de pesquisas e avaliações quantitativas e qualitativas de serviços e apoios em conformidade com a CDPD para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais (nos sistemas de saúde mental e assistência social), bem como pesquisas e avaliações sobre políticas, leis, serviços e abordagens de treinamento para acabar com a coerção, respeitando a capacidade jurídica e a autonomia e reduzindo a dependência excessiva de medicamentos;
- incentivar pesquisas que se concentrem na ampliação de serviços e apoios em conformidade com a CDPD para pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, bem como sua integração nos sistemas de saúde e sociais, na cobertura universal de saúde e nos regimes de benefícios para pessoas com deficiência em países de baixa, média e alta renda;
- redefinir quais são desfechos de pesquisa significativos, de modo a reorientar e incluir desfechos relacionados à participação e inclusão na comunidade, entre outras dimensões do *recovery*, em vez de focar apenas em desfechos clínicos e categorias baseadas em sintomas;
- incentivar pesquisas que se concentrem em intervenções visando abordar as questões sociais, econômicas e culturais que afetam a saúde mental nos níveis individual e populacional;
- promover pesquisa sobre os determinantes da saúde mental e programas de implementação relacionados;
- nomear pessoas com saúde mental e deficiências psicossociais para cargos de liderança que definirão a agenda de pesquisa e desenvolverão e implementarão pesquisas relacionadas à saúde mental; e
- divulgar efetivamente os resultados e achados das pesquisas a todas as partes interessadas, incluindo profissionais de saúde e assistência social, formuladores de políticas, ONGs da sociedade civil, OPD e a comunidade acadêmica.

## Referências

1. Mental health action plan 2013-2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
2. Decision WHA72(11). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the Assembleia Geral on the prevention and control of non-communicable Diseases (pages 49-52, para 2). Em: Septuagésima segunda Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 20-28 de maio de 2019, Resoluções e decisões, anexos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (WHA72/2019/REC/1; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72-REC1/A72\\_2019\\_REC1-en.pdf#page=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf#page=1), consultado em 31 de janeiro de 2021).
3. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. Em: Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cobertura Universal de Saúde, 23 de setembro de 2019. Nova Iorque: Nações Unidas, Assembleia Geral; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, consultado em 21 de dezembro de 2020).
4. Investing in mental health: evidence for action. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf), consultado em 22 de dezembro de 2020).
5. Mental health atlas 2017. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>, consultado em 21 Dezembro 2020).
6. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, consultado em 20 de janeiro de 2021).
7. Šiška J, Beadle-Brown J. Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. 2020 (<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>, consultado em 1º de setembro de 2020).
8. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2018 ([https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf), consultado em 1º de setembro de 2020).
9. Winkler P, Kondráťová L, Kagstrom A, Kucera M, Palánová T, Salomonová M *et al.* Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech psychiatric hospitals: a nationwide evaluation study. *Health Hum Rights.* 2020;22:21-33.
10. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, consultado em 21 de janeiro de 2021).
11. Lindsley CW. The top prescription drugs of 2011 in the United States: antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chem Neurosci.* 2012;3:630-1. doi: 10.1021/cn3000923.
12. Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry.* 2012;200:393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257.
13. Moore TJ, Mattison DR. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA Intern Med.* 2017;177:274-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7507.
14. Gardner C, Kleinman A. Medicine and the mind - the consequences of psychiatry's identity crisis. *N Engl J Med.* 2019;381:1697-9. doi: 10.1056/NEJMp1910603.
15. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 28 de março de 2017 (A/HRC/35/21). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, consultado em 22 de dezembro de 2020).



16. State of Victoria, Royal Commission into Victoria's Mental Health System, Interim Report, Parl Paper No. 87 (2018–19). Melbourne: Royal Commission into Victoria's Mental Health System; 2019 ([https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcvmhs.files/4215/8104/8017/Interim\\_ReportFINAL\\_pdf](https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcvmhs.files/4215/8104/8017/Interim_ReportFINAL_pdf), consultado em 19 de janeiro de 2021).
17. "They stay until they die". A lifetime of isolation and neglect in institutions for people with disabilities in Brazil. Nova Iorque: Human Rights Watch; 2018 ([https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/brazil0518\\_web2.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518_web2.pdf), consultado em 3 de março de 2020).
18. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Bruxela: Mental Health Europe; 2018 (<https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-andUnderstanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
19. Living in hell. Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. Em: Human Rights Watch. Nova Iorque: Human Rights Watch; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
20. Psychiatric hospitals in Uganda. A human rights investigation. Budapeste: Mental Disability Advocacy Centre; 2014 ([http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric\\_hospitals\\_in\\_uganda\\_human\\_rights\\_investigation.pdf](http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric_hospitals_in_uganda_human_rights_investigation.pdf), consultado em 18 de janeiro de 2021).
21. Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. Em: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. Mental health, human rights and legal capacity. Cambridge: Cambridge University Press; (no prelo).
22. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>, consultado em 4 de setembro de 2020).
23. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 de dezembro de 1948. Nova Iorque: Nações Unidas, Assembleia Geral; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
24. International Covenant on Civil and Political Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by Assembleia Geral resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Genebra: Nações Unidas, Assembleia Geral; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
25. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by Assembleia Geral resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Genebra: Nações Unidas, Assembleia Geral; 1976 (<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
26. Minkowitz T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The emergence of an user/survivor perspective in human rights. SSRN Electronic Journal. 2012. doi: 10.2139/ssrn.2326668.
27. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comments. Em: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (OHCHR) [website]. Genebra: OHCHR; n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
28. Resolution A/HRC/RES/36/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 28 September 2017. Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2017 (A/HRC/34/32; <https://undocs.org/A/HRC/RES/36/13>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
29. Resolution A/HRC/32/18, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2016 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>, consultado em 31 de janeiro de 2021).
30. Resolution A/HRC/RES/43/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020. Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>, consultado em 31 de janeiro de 2021).

31. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, consultado em 31 de janeiro de 2021).
32. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 15 de abril de 2020 (A/HRC/44/48). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/48>, consultado em 20 de fevereiro de 2020).
33. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 12 de dezembro de 2017 (A/HRC/37/56). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, consultado em 5 de setembro de 2020).
34. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 11 January 2019 (A/HRC/40/54). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, consultado em 5 de setembro de 2020).
35. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat to the Sixty-ninth World Health Assembly, Genebra, 23-28 de maio de 2016. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (A69/39; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1&ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1) consultado em 2 de setembro de 2020).
36. Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
37. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment nº1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law (CRPD/C/GC/1), 31 de março–11 de abril de 2014. Genebra: Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
38. Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329539>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
39. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, consultado em de 18 janeiro de 2021).
40. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, consultado em 21 de janeiro de 2021).
41. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142:27–39. doi: [doi.org/10.1111/acps.13152](https://doi.org/10.1111/acps.13152).
42. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities (para 12). Genebra: Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; 2015 ([www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc), consultado em 9 de fevereiro de 2017).
43. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry.* 2019;18:43-4. doi: 10.1002/wps.20600.
44. Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf>, consultado em 8 de fevereiro de 2021).
45. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, 28 July 2008 (A/63/175). Nova Iorque: Nações Unidas, Assembleia Geral; 2008 (<https://undocs.org/A/63/175>, consultado em 18 de janeiro de 2021).

46. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1º de fevereiro de 2013 (A/HRC/22/53). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, consultado em 22 de dezembro 2020).
47. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment nº1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para 42 (CRPD/C/GC/1), 31 de março–11 de abril de 2014. Genebra: Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
48. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment nº3 (2016) on women and girls with disabilities, paras 53-43 (CRPD/C/GC/3). Genebra: Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/3>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
49. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: An international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.
50. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry.* 2019;10:400. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00400.
51. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int.* 2017;14:59–61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
52. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28:605-12. doi: 10.1017/S2045796019000350.
53. Rains LS, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S *et al.* Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry.* 2019;6:403-17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
54. Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care - a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:235. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y.
55. Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services - toward a system based on support only. *Laws.* 2019;8:19. doi: 10.3390/laws8030019.
56. Kogstad RE. Protecting mental health clients' dignity - the importance of legal control. *Int J Law Psychiatry.* 2009;32:383–91. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.09.008.
57. Sunkel C. The UN Convention: a service user perspective. *World Psychiatry.* 2019;18:51–2. doi: 10.1002/wps.20606.
58. Murphy R, McGuinness D, Bainbridge E, Brosnan L, Felzmann H, Keys M *et al.* Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv.* 2017;68:1127-35. doi: 10.1176/appi.ps.201700008.
59. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatr Serv.* 2011;62:465-70. doi: 10.1176/ps.62.5.pss6205\_0465.
60. Strout T. Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19:416-27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.
61. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry.* 2019;10:491. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00491.
62. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K *et al.* Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2013;381:55-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8.

63. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: an Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28:209-25. doi: 10.1111/inm.12522.
64. Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020;73:101645. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101645.
65. Coffey M, Cohen R, Faulkner A, Hannigan B, Simpson A, Barlow S. Ordinary risks and accepted fictions: how contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expectations*. 2017;20:471-83. doi: 10.1111/hex.12474.
66. Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:360-5. doi: 10.1007/s00127-007-0175-2.
67. Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42:34-44.
68. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ *et al*. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv*. 2005;56:1115-22. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.
69. Scottish Recovery Network. The role and potential development of peer support services. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005 (<https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2005/12/Peer-support-briefing.pdf>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
70. Pitt V, Lowe D, Hill S, Pictor M, Hetrick SE, Ryan R *et al*. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
71. Puschner B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27:413-4. doi: 10.1017/S204579601800015X.
72. Byrne L, Happell B, Reid-Searl K. Recovery as a lived experience discipline: a grounded theory study. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36:935-43. doi: 10.3109/01612840.2015.1076548.
73. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G *et al*. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13:12-20. doi: 10.1002/wps.20084.
74. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment nº5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5). Genebra: Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
75. Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
76. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
77. Slade M, Wallace G. Recovery and mental health. Em: Slade M, Oades L, Jarden A, editors. *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017:24-34.
78. Chamberlin J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J*. 1997;20:43-6.
79. Wildflower Alliance [website]. Springfield: Wildflower Alliance; n.d. (<https://wildfloweralliance.org/>, consultado em 13 de janeiro de 2021).
80. Afiya peer respite annual report - FY'17. Holyoke: Western Mass Recovery Learning Community; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Afiya-annual-report-fy-17-alt.pdf>, consultado em 4 de janeiro de 2021).

81. Davidow S. Peer respite handbook: a guide to understanding, developing and supporting peer respites. Denver: Outskirts Press; 2018.
82. What is IPS? Em: Intentional Peer Support [website]. West Chesterfield: Intentional Peer Support; n.d. (<https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/?v=b8a74b2fbcbb>, consultado em 4 de maio de 2020).
83. Davidow S, Mazel-Carlton C. The “alternatives to suicide approach”: a decade of lessons learned. Em: Page A, Stritzke W, editors. Alternatives to suicide: beyond risk and towards a life worth living. Cambridge: Academic Press; 2020.
84. Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/>, consultado em 19 de outubro de 2019).
85. Link House Leaflet. Em: Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; 2019 ([https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2019/07/ML\\_LinkHouse\\_Julho2019.pdf](https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2019/07/ML_LinkHouse_Julho2019.pdf), consultado em 19 de outubro de 2019).
86. Missing Link annual review 2017-18. Bristol: Missing Link; 2018 ([https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink\\_NextLink\\_SafeLink\\_AnnualReview2017-18.pdf](https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink_NextLink_SafeLink_AnnualReview2017-18.pdf), consultado em 19 de outubro de 2019).
87. Knowledge and Understanding Framework (KUF). Em: Ministry of Justice, NHS England [website]. London: Ministry of Justice, NHS England; n.d. (<https://kufpersonalitydisorder.org.uk/>, consultado em 4 de janeiro de 2021).
88. Sara Gray [video]. Bristol: Bristol Mental Health; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be>, consultado em 19 de outubro de 2019).
89. Complaints procedure service user guide. Em: Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/feedback/complaints-procedure-service-user-guide/>, consultado em 13 de janeiro de 2021).
90. Link House service exit *feedback* survey 2015-16. Bristol: Missing Link; 2016 ([https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey\\_Nov16.pdf](https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey_Nov16.pdf), consultado em 19 de outubro de 2019).
91. WRAP is.... Em: Advocates for Human Potential [website]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
92. Recovery Star. Em: Mental Health Partnerships [website]. Stockport: Mental Health Partnerships; 2009 (<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/recovery-star/>, consultado em 12 de fevereiro de 2021).
93. Link House for women in mental health crisis. Em: Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis/>, consultado em 19 de outubro de 2019).
94. Archived reference costs. Em: NHS Improvement [website]. London: NHS Improvement; n.d. (<https://improvement.nhs.uk/resources/reference-costs/>, consultado em 20 de julho de 2020).
95. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). Em: Crisis Prevention Institute [website]. Sale: Crisis Prevention Institute; 2020 (<https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>, consultado em 6 de maio de 2020).
96. von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, J. S *et al.* Open Dialogue as a human rights-aligned approach. *Front Psychiatry*. 2019;10:387. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00387.
97. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ *et al.* The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018;270:168-75. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039.
98. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*. 2006;16:214-28. doi: 10.1080/10503300500268490.

99. Kiviniemi M. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study [thesis]. Oulu: University of Oulu; 2014.
100. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019;5:e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
101. About us. Em: Pathways [website]. Wellington: Pathways; n.d. (<https://www.pathways.co.nz/about/overview/>, consultado em 12 de fevereiro de 2021).
102. Te Pou o Te Whakaaro Nui, Take Notice. Evaluation of Tupu Ake: A peer-led acute alternative mental health service. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2017 (<https://www.tepou.co.nz/resources/evaluation-of-tupu-ake>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
103. Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med*. 2006;63:1428-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.009.
104. McLeod M, King P, Stanley J, Lacey C, Cunningham R. Ethnic disparities in the use of seclusion for adult psychiatric inpatients in New Zealand. *N Z Med J*. 2017;130:30-9.
105. Office of the Director of Mental Health and Addiction Services Annual Report 2017. Wellington: Ministry of Health New Zealand; 2019 (<https://www.health.govt.nz/publication/office-director-mental-health-and-addiction-services-annual-report-2017>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
106. Cohen A, Minas H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:4-9. doi: 10.1017/S2045796016000652.
107. Living in Chains. Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide. Nova Iorque: Human Rights Watch; 2020 ([https://www.hrw.org/sites/default/files/media\\_2020/10/global\\_shackling1020\\_web\\_1.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf), consultado em 19 de fevereiro de 2021).
108. Heggdal D, Fosse R, Hammer J. Basal exposure therapy: a new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorder. *Front Psychiatry*. 2016;7:198. doi: 10.3389/fpsy.2016.00198.
109. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) alternative to coercion and control in suicide prevention [video]. Oslo: Stiftelsen Humania; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=fsfdrFoEhfQ&t=324s>, consultado em 4 de junho de 2020).
110. Hammer J, Heggdal D, Lillelien A, Lilleby P, Fosse R. Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2018;138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0811.
111. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) - basic principles and guidelines. Oslo; 2012 (<https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20principles%20and%20guidelines.pdf>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
112. Hammer J, Fosse R, Lyngstad Å, Møller P, Heggdal D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak [Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2016;53:518-29.
113. Heggdal D, Hammer J, Alsos T, Malin I, Fosse R. Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2015;12:119-28.
114. Whitaker R. A tale of two studies. Em: Mad in America [website]. Cambridge: Mad in America; 2018 (<https://www.madinamerica.com/2018/03/a-tale-of-two-studies/>, consultado em ???).
115. Hammer J, Ludvigsen K, Heggdal D, Fosse R. Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelses grunnet villet egenskade etter Basal eksponeringsterapi (BET). *Suicidologi*. 2017;22:20-6. doi: 10.5617/suicidologi.4682.
116. Visit to Norway, report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (A/HRC/43/41/Add.3), 14 January 2020. Geneva: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/41/Add.3>, consultado em 31 de dezembro de 2020).

117. Hammer J, Heggdal D, Ludvigsen K. Inn i katastrofelandskapet – erfaringer fra Basal eksponeringsterapi. Oslo: Abstrakt forlag; 2020.
118. Malin IS, Alsos TH. “Å våge å forholde seg til livets smerte”: en kvalitativ evaluering av basal eksponeringsterapi [thesis]. Oslo: University of Oslo; 2011.
119. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477): § 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen. Bundesrepublik Deutschland; 1989 (<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/64b.html>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
120. Trittner G. Gemeindepsychiatrischer Verbund wird gegründet. Heidenheimer Zeitung. 27 de março de 2012 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gemeindepsychiatrischer-verbund-wird-gegruendet-31541396.html>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
121. Flammer E, Steinert T. The case register for coercive measures according to the law on assistance for persons with mental diseases of Baden-Wuerttemberg: conception and first evaluation. *Psychiatr Prax.* 2019;46:82-9. doi: 10.1055/a-0665-6728.
122. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Berlin: Bundesärztekammer; 2016: ([https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf](https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf), consultado em 31 de dezembro de 2020).
123. Zinkler M, De Sabbata K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen - ein Fallbeispiel. *Recht Psychiatr.* 2017;35:207-12.
124. Zinkler M. Supported decision making in the prevention of compulsory interventions in mental health care. *Front Psychiatry.* 2019;10:137. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00137.
125. Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt.* 2009;160:1952-7.
126. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv.* 2008;59:63-71. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.63.
127. Zinkler M. Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Heidenheim; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Konzept-Umgang-mit-Gewalt-und-Zwangsmassnahmen-Nov-16.pdf>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
128. Zinkler M, Mahlke CI, Marschner R. Selbstbestimmung und Solidarität. Cologne: Psychiatrie Verlag GmbH; 2019.
129. Zinkler M. Germany without coercive treatment in psychiatry - a 15 month real world experience. *Laws.* 2016;5:15. doi: 10.3390/laws5010015.
130. Zinkler M, Waibel M. Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden - ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird [Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication]. *Psychiatr Prax.* 2019;46:225. doi: 10.1055/a-0893-2932.
131. Maioer M, Vaclav J, Papenberg W, Martin V, Gaschler F, Özköylü S. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. third ed. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2017.
132. Maioer M. PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings. 2007 ([https://www.researchgate.net/publication/280931328\\_PAIR\\_-\\_Das\\_Training\\_zur\\_Aggressionshandhabung\\_Prasentation\\_eines\\_Trainingsprogramms\\_zur\\_Pravention\\_von\\_Aggression\\_und\\_Gewalt\\_in\\_psychiatrischen\\_Settings](https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR_-_Das_Training_zur_Aggressionshandhabung_Prasentation_eines_Trainingsprogramms_zur_Pravention_von_Aggression_und_Gewalt_in_psychiatrischen_Settings), consultado em 31 de dezembro de 2020).
133. Kummer S. Gute Bewertung für Psycho-Prävention. Heidenheimer Zeitung. 29 Abril 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gute-bewertung-fuer-psycho-praevention-31651066.html>, consultado em 31 de dezembro de 2020).

134. Kummer S. Beratung für psychisch Kranke auf Augenhöhe. Heidenheimer Zeitung. 21 de junho de 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/beratung-fuer-psychisch-krank-auf-augenhoehe-31660370.html>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
135. Lob- und Beschwerdemanagement im Klinikum Heidenheim. Em: Klinikum Heidenheim [website]. Heidenheim: Klinikum Heidenheim; n.d. (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/ihr-aufenthalt/Lob-und-Beschwerdemanagement.php>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). Em: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreis-PsoterLanqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen>, consultado em 7 de julho de 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). Em: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreis-heidenheim.de/Landratsamt/Organisationseinheit/SozialeSicherheitundIntegration/HilfenfrMenschenmitBehinderung/Informations-Beratungs-undBeschwerdestelleIBB/index.htm>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
137. Lob oder Kritik - Geben Sie uns Ihr Feedback. Em: AOK Die Gesundheitskasse [website]. Stuttgart: AOK Die Gesundheitskasse; n.d. (<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beschwerde/>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
138. Hilfe bei ärztlichen Behandlungsfehlern. Em: Landesärztekammer Baden-Württemberg [website]. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; n.d. (<https://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/40behandlungsfehler/index.html>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
139. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1441-3. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441.
140. Nyhuis PW, Zinkler M. Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit [Open- door psychiatry and community mental health work]. *Nervenarzt.* 2019;90:695-9. doi: 10.1007/s00115-019-0744-0.
141. Zwischenergebnisse zur Evaluation von Modellvorhaben für sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V (EVA64) beim DKVF vorgestellt. Em: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden [website]. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; 2019 (<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zege/news/eva64-dkvvf>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
142. Zinkler M. Modellvorhaben nach §64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen. *Recht Psychiatr.* (no prelo).
143. Weitz H-J. Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. 2018 ([https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Medizinische\\_Versorgung/Ombudsstelle\\_Landtagsbericht-2018.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf), consultado em 31 de dezembro de 2020).
144. Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen [Consequences of the temporary lack of admissibility of involuntary medication in the state of Baden-Wuerttemberg: not less drugs, but longer deprivation of liberty]. *Psychiatr Prax.* 2015;42:260-6. doi: 10.1055/s-0034-1370069.
145. Besuchskommission nach §27 PsychKHG. Stuttgart: Baden-Württemberg Ministerium Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Besuchskommission-2018.pdf>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
146. Klinikum bekennt sich zu kommunaler Trägerschaft. Heidenheimer Zeitung. 24 January 2020 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/datenpanne-klinikum-gab-versehentlich-klarnamen-heraus-42883034.html>, consultado em 31 de dezembro de 2020).



147. Soteria-Gedanke. Em: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens>, consultado em 4 de outubro de 2019).
148. Ciompi L. The Soteria-concept. Theoretical bases and practical 13-year-experience with a milieu-therapeutic approach of acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1997;99:634-50.
149. Mosher LR, Menn A. Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv*. 1979;1:73-84. doi: 10.1002/yd.23319790108.
150. Ciompi L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2017;168:10-3. doi: 10.4414/sanp.2017.00462.
151. Soteria Bern - psychiatric hospital. Em: Hospital Comparison Switzerland [website]. Zurich: Hospital Comparison Switzerland; 2017 (<https://which-hospital.ch/quality-ratings.php?fc=2&hid=53>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
152. Einhornfilm. Part 1 - Soteria Berne - Acute (english subtitles 1/3) [video]: Einhornfilm; 2013 ([https://www.youtube.com/watch?v=\\_fMoJvwMZrk](https://www.youtube.com/watch?v=_fMoJvwMZrk), consultado em 30 de dezembro de 2020).
153. Soteria Bern - Konzept - Integrierte Versorgung. Em: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/KonzeptIntegrierteVersorgung.pdf>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
154. Ciompi-Lausanne L. mov58 [video]. Brussels: colloque communautés thérapeutiques Bruxelles; 2015 ([https://www.youtube.com/watch?v=EUUI7x\\_pPgQ](https://www.youtube.com/watch?v=EUUI7x_pPgQ), consultado em 30 de dezembro de 2020).
155. Aufnahme. Em: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/aufnahme.php>, consultado em 6 de outubro de 2019).
156. Soteria Angebot. Em: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/angebot.php>, consultado em 6 de outubro de 2019).
157. Parizot S, Sicard M. Antipsychiatry n° 10. *L'information psychiatrique*. 2014;90:777-88.
158. Einhornfilm. Part 2 - Soteria Berne - Integration (english subtitles 2/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
159. Soteria Bern - Konzept Wohnen & Co. Em: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 ([https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept\\_Wohnen-und-Co.pdf](https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept_Wohnen-und-Co.pdf), consultado em 13 de janeiro de 2021).
160. Soteria Fidelity Scale. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; 2019 (<https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
161. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
162. Ingle M. How does the Soteria House heal? [website]. Cambridge: Mad in America; 2019 (<https://www.madinamerica.com/2019/09/soteria-house-heal/>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
163. Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004;3:140-6.
164. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics] (ANQ) [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; n.d. ([www.anq.ch](http://www.anq.ch), consultado em 19 de fevereiro de 2021).
165. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 ([https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy\\_EP\\_Nationaler-Vergleichsbericht\\_2018.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf), consultado em 7 de julho de 2020).

166. Messergergebnisse Psychiatrie, Soteria 2014. Em: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics]; 2014 ([https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergergebnisse-psychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no\\_cache=1&tx\\_anq\\_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen](https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergergebnisse-psychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no_cache=1&tx_anq_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen), consultado em 7 de julho de 2020).
167. Internal evaluation of Soteria House Berne 2015-2017. Em: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; n.d. (<https://www.igsbern.ch/de/behandlung/soteria-3.html#section-40>, consultado em 31 de dezembro de 2020).
168. Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z *et al.* The pilot project 'Soteria Berne': clinical experiences and results. *Br J Psychiatry.* 1992;161:145-53. doi: 10.1192/S0007125000297183.
169. Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2008;34:181–92. doi: 10.1093/schbul/sbm047.
170. Soteria Berne: an alternative treatment of acute schizophrenia. Em: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author [website]. Berne: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author; 2018 (<http://www.ciompi.com/en/soteria.html>, consultado em 1º de janeiro de 2020).
171. Übersicht stationäre Spitaltarife 2020 Kanton Bern. Em: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Bern: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion; 2020 ([https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheits/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht\\_2020.pdf](https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheits/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht_2020.pdf), consultado em 1º de janeiro de 2021).
172. List of low-income countries. Em: Institute of Labor Economics [website]. Bonn: Institute of Labor Economics; 2017 (<https://g2lm-lic.iza.org/call-phase-iv/list-of-lic/>, consultado em 24 de fevereiro de 2020).
173. Nguyen AJ, Lee C, Schojan M, Bolton P. Mental health interventions in Myanmar: a review of the academic and grey literature. *Global Mental Health.* 2018;5:e8. doi: 10.1017/gmh.2017.30.
174. Mental health atlas 2017, member state profile Myanmar. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 ([https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/MM.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/MM.pdf?ua=1), consultado em 24 de fevereiro de 2020).
175. Myanmar: humanitarian needs overview 2017. Em: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [website]. Nova Iorque: Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (<http://reliefweb.int/report/myanmar/myanmar-humanitarian-needs-overview-2017>, consultado em 7 de julho de 2020).
176. Kha T. Disabled pour scorn on discriminatory policy [website]. Yangon: Frontier Myanmar; 2017 (<https://frontiermyanmar.net/en/disabled-pour-scorn-on-discriminatory-policy>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
177. Aung Clinic [website]. Yangon: Aung Clinic; n.d. (<https://www.aungclinicmh.org/>, consultado em 24 de fevereiro de 2020).
178. Myo Myint LPP. From suffering to colourful art. *Myanmar Times.* 26 de outubro de 2018 (<https://www.mmtimes.com/news/suffering-colourful-art.html>, consultado em 24 de fevereiro de 2020).
179. Myanmar Autism Association [website]. Yangon: Myanmar Autism Association; 2020, consultado em 4 de janeiro de 2021).
180. Su C. Future stars shine brightly in self advocacy. *Myanmar Times.* 18 de maio de 2015 (<https://www.mmtimes.com/lifestyle/14518-future-stars-shine-brightly-in-self-advocacy.html>, consultado em 24 de fevereiro de 2020).
181. Background. Em: Back Pack Health Worker Team [website]. Maesot: Back Pack Health Worker Team; 2019 ([https://backpackteam.org/?page\\_id=31](https://backpackteam.org/?page_id=31), consultado em 1º de janeiro de 2021).

182. Antalikova R. Evaluation Report [website]. Yangon: Aung Clinic; 2020 (<https://www.aungclinicmh.org/2020/05/02/evaluation-report-2020-dr-radka-antalikova/>, consultado em 7 de julho de 2020).
183. Klein J. Long ignored in global development, mental illness is declared a top priority. Em: Open Society Foundations [website]. Nova Iorque: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/long-ignored-global-development-mental-illness-declared-top-priority>, consultado em 24 de fevereiro de 2020).
184. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
185. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180617. doi: 10.1590/Interface.180617.
186. Campos GVS, Almeida IS. Análise sobre a constituição de uma rede de saúde mental em uma cidade de grande porte [Analysis of the implementation of a mental health network in a major city]. *Ciência saúde coletiva*. 2019;24:2715-26. doi: 10.1590/1413-81232018247.20122017.
187. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004 ([https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude\\_mental\\_no\\_SUSos\\_centros\\_de\\_atencao\\_psicossocial/48](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUSos_centros_de_atencao_psicossocial/48), consultado em 4 de janeiro de 2021).
188. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2008 ([http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf), consultado em 4 de janeiro de 2021).
189. Campos RTO, Furtado RP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública [online]*. 2009;43:16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
190. CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil. QualityRights evaluation report. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 ([https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilia\\_Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf](https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilia_Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf), consultado em 21 de janeiro de 2021).
191. WHO QualityRights initiative - improving quality, promoting human rights. Em: Organização Mundial da Saúde [website]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; n.d. ([https://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/), consultado em 1º de janeiro de 2021).
192. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Diário Oficial Da União (2018), 15(1), pp.5-47. Retificação na Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017, Seção 1 (pp 236-238). 2017 ([http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2023478/do1-2018-01-22-retificacao-2023474](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2023478/do1-2018-01-22-retificacao-2023474), consultado em 18 de janeiro de 2021).
193. International standards for Clubhouse programs. Nova Iorque: Clubhouse International; 2018 ([https://clubhouse-intl.org/wp-content/uploads/2019/03/standards\\_2018\\_eng.pdf](https://clubhouse-intl.org/wp-content/uploads/2019/03/standards_2018_eng.pdf), consultado em 1º de janeiro de 2021).
194. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A systematic review of evidence for the Clubhouse Model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:28-47. doi: 10.1007/s10488-016-0760-3.
195. Raeburn T, Halcomb E, Walter G, Cleary M. An overview of the Clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australas Psychiatry*. 2013;21:376-8. doi: 10.1177/1039856213492235.
196. American Psychiatric Association. The wellspring of the Clubhouse Model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1473-6. doi: 10.1176/ps.50.11.1473.

197. Quality standards. Em: Clubhouse International [website]. Nova Iorque: Clubhouse International; n.d. (<https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
198. Training bases. Em: Clubhouse International [website]. Nova Iorque: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/about-us/organization/training-bases/>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
199. Propst RN. Standards for Clubhouse programs: why and how they were developed. *Psychiatr Rehabil J*. 1992;16:25–30. doi: 10.1037/h0095711.
200. Phoenix Clubhouse [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: Phoenix Clubhouse; n.d. ([http://www.phoenixclubhouse.org/en\\_main/index.html](http://www.phoenixclubhouse.org/en_main/index.html), consultado em 6 de fevereiro de 2021).
201. How Clubhouses work. Em: Clubhouse International [website]. Nova Iorque: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/resources/how-clubhouses-work/>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
202. QualityRights - personal recovery plan. Genebra: Organização Mundial da Saúde; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/PersonalRecoveryPlanOnline.pdf>, consultado em 1º de janeiro de 2021).
203. Tsang AWK, Ng RMK, Yip KC. A six-month prospective case-controlled study of the effects of the Clubhouse rehabilitation model on Chinese patients with chronic schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2010;20:23-30.
204. Norman C. The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' description of what works. *Scand J Caring Sci*. 2006;20:184- 92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00398.x.
205. Stein LI, Barry KL, Dien GV, Hollingsworth EJ, Sweeney JK. Work and social support: a comparison of consumers who have achieved stability in ACT and Clubhouse programs. *Community Ment Health J*. 1999;35:193–204. doi: 10.1023/A:1018780916794.
206. Raeburn T, Schmied V, Hungerford C, Cleary M. The use of social environment in a psychosocial Clubhouse to facilitate recovery-oriented practice. *BJPsych Open*. 2016;2:173–8. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002642.
207. McCarthy-Jones S. *Hearing Voices: the histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
208. Carter D, Mackinnon L, Copolov D. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:159-64. doi: 10.1097/00005053-199603000-00004.
209. Pantellis C, Barnes TRE. Drug strategies and treatment-resistant schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30:20-37. doi: 10.3109/00048679609076070.
210. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B *et al*. Sixty years of placebo- controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, bayesian meta- analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry*. 2017;174:927-42. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358.
211. Morrison P, Taylor DM, McGuire P. *The Maudsley Guidelines on advanced prescribing in psychosis*. Hoboken: Wiley Blackwell; 2020.
212. Styron T, Utter L, Davidson L. The Hearing Voices Network: Initial lessons and future directions for mental health professionals and systems of care. *Psychiatr Q*. 2017;88:769-85. doi: 10.1007/s11126-017-9491-1.
213. Smailes D, Alderson-Day B, Fernyhough C, McCarthy-Jones S, Dodgson G. Tailoring cognitive behavioral therapy to subtypes of voice-hearing. *Front Psychiatry*. 2015;6:1933. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01933.
214. Romme MA, Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull*. 1989;15:209-16. doi: 10.1093/schbul/15.2.209.

215. About us. Em: The International Hearing Voices Network [website]. Maastricht: The International Hearing Voices Network; 2020 (<https://www.intervoiceonline.org/about-intervoice>, consultado em 3 de abril de 2020).
216. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull.* 2014;40:285-94. doi: 10.1093/schbul/sbu007.
217. Jones N, Marino CK, Hansen MC. The Hearing Voices Movement in the United States: findings from a national survey of group facilitators. *Psychosis.* 2016;8:106-17. doi: 10.1080/17522439.2015.1105282.
218. HVN Groups Charter. Em: Hearing Voices Network (England) [website]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/charter/>, consultado em 13 de abril de 2020).
219. HVN-USA Charter. Em: Hearing Voices Network USA [website]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2019 (<https://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-charter?highlight=WyJJaGFydGVyI10>, consultado em 15 de julho de 2020).
220. List of registered HVN-USA groups. Em: Hearing Voices Network USA [website]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2020 (<http://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-groups-list/list/1>, consultado em 3 de abril de 2020).
221. Mind [website]. London: Mind; 2020 (<https://www.mind.org.uk/>, consultado em 4 de janeiro de 2021).
222. The New Life Psychiatric Rehabilitation Association [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: The New Life Psychiatric Rehabilitation Association; 2020 (<https://www.nlpra.org.hk/default.aspx>, consultado em 4 de janeiro de 2021).
223. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WAJ, Deshpande S, Fernyhough C *et al.* Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull.* 2014;40:S213-S20. doi: 10.1093/schbul/sbu012.
224. Luhrmann T, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Hearing voices in different cultures: a social kindling hypothesis. *Top Cogn Sci.* 2015;7:646-63. doi: 10.1111/tops.12158.
225. Higgs RN. Reconceptualizing psychosis: The Hearing Voices Movement and social approaches to health. *Health Hum Rights.* 2020;22:133-44.
226. al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture. *Br J Psychiatry.* 1995;166:368-73. doi: 10.1192/bjp.166.3.368.
227. Kråkvik B, Larøi F, Kalhovde AM, Hugdahl K, Kompus K, Salvesen Ø *et al.* Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scand J Psychol.* 2015;56:508-15. doi: 10.1111/sjop.12236.
228. Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health.* 2011;20:281-92. doi: 10.3109/09638237.2011.562262.
229. Hornstein GA, Putnam ER, Branitsky A. How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis.* 2020;12:1-11. doi: 10.1080/17522439.2020.1749876.
230. McCarthy-Jones S, Waegeli A, Watkins J. Spirituality and hearing voices: considering the relation. *Psychosis.* 2013;5:247-58. doi: 10.1080/17522439.2013.831945.
231. Payne T, Allen J, Lavender T. Hearing Voices Network groups: experiences of eight voice hearers and the connection to group processes and recovery. *Psychosis.* 2017;9:205-15. doi: 10.1080/17522439.2017.1300183.
232. My story. Em: Rachel Waddingham Behind the Label [website]. Nottingham: Rachel Waddingham Behind the Label; n.d. (<http://www.behindthelabel.co.uk/about/>, consultado em 22 de julho de 2020).

- 233.** Shinn AK, Wolff JD, Hwang M, Lebois LAM, Robinson MA, Winternitz SR *et al.* Assessing voice hearing in trauma spectrum disorders: a comparison of two measures and a review of the literature. *Front Psychiatry*. 2020;10:Article 1011. doi: 10.3389/fpsy.2019.01011.
- 234.** Hornstein GA. *Agnes's jacket: a psychologist's search for the meanings of madness*. Nova Iorque and London: Routledge; 2018.
- 235.** Woods A. The voice-hearer. *J Ment Health*. 2013;22:263-70. doi: 10.3109/09638237.2013.799267.
- 236.** McCarthy-Jones S, Longden E. The voices others cannot hear. *Psychol*. 2013;26:570-4.
- 237.** Romme M, Escher S. *Making sense of voices*. London: Mind Publications; 2000.
- 238.** Dillon J, Longden E. Hearing voices groups: creating safe spaces to share taboo experiences. Em: Romme M, Escher S, editors. *Psychosis as a personal crisis: an experience based approach*. London: Cambridge University Press; 2011:129-39.
- 239.** Hayes D, Deighton J, Wolpert M. *Voice collective evaluation report*. London: Evidence Based Practice Unit, University College London; 2014 ([http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete\\_web2.pdf](http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete_web2.pdf), consultado em 4 de janeiro de 2021).
- 240.** Hearing Voices Groups in prisons and secure settings: an introduction. London: Mind in Camden; 2013 ([http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014\\_web.pdf](http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014_web.pdf), consultado em 21 de julho de 2020).
- 241.** Longden E, Read J, Dillon J. Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Ment Health J*. 2018;54:184-8. doi: 10.1007/s10597-017-0148-1.
- 242.** Dillon J, Hornstein G. Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*. 2013;5:286-95. doi: 10.1080/17522439.2013.843020.
- 243.** The Maastricht Approach. Em: *Hearing Voices Maastricht [website]*. Corstens, D; n.d. (<http://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>, consultado em 6 de março de 2021).
- 244.** Setting up a Hearing Voices Group. Em: *Hearing Voices Network [website]*. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/setting-up-a-hearing-voices-group/>, consultado em 13 de abril de 2020).
- 245.** Tse S, Davies M, Li Y. Match or mismatch: use of the strengths model with Chinese migrants experiencing mental illness: service user and practitioner perspectives. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010;13. doi: 10.1080/15487761003670145.
- 246.** Ruddle A, Mason O, Wykes T. A review of hearing voices groups: evidence and mechanisms of change. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:757-66. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.010.
- 247.** Meddings S, Walley L, Collins T, Tullett F, McEwan B, Owen K. Are hearing voices groups effective? A preliminary investigation (2004). Em: *The International Hearing Voices Network [website]*. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2011 (<https://www.intervoiceonline.org/2678/support/groups/are-hearing-voices-groups-effective.html>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
- 248.** Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis*. 2017;9:57-66. doi: 10.1080/17522439.2016.1216583.
- 249.** Dos Santos B, Beavan V. Qualitatively exploring Hearing Voices Network support groups. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10:26-38. doi: 10.1108/JMHT-07-2014-0017.
- 250.** Roche-Morris A, Cheetham J. "You hear voices too?": a hearing voices group for people with learning disabilities in a community mental health setting. *Br J Learn Disabil*. 2018;47:42-9. doi: 10.1111/bld.12255.
- 251.** Oakland L, Berry K. 'Lifting the veil': a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis*. 2014;7:19-129. doi: 10.1080/17522439.2014.937451.
- 252.** Hendry GL. *What are the experiences of those attending a self-help Hearing Voices Group: an interpretative phenomenological approach*. Leeds: The University of Leeds; 2011 ([http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis\\_Aug\\_2011.pdf](http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis_Aug_2011.pdf), consultado em 6 de janeiro de 2021).

253. Intervoice Japan. Em: The International Hearing Voices Network [website]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2020 (<http://www.intervoiceline.org/about-intervoice/national-networks-2/japan>, consultado em 7 de abril de 2020).
254. Eight encounters with mental health care Kenya. Em: In2MentalHealth [website]. Hilversum: In2MentalHealth; 2013 (<https://in2mentalhealth.com/2013/02/14/eight-encounters-with-mental-health-care-kenya/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
255. Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
256. Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USPKenya). Em: Mental Health Innovation Network [website]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/organisations/users-and-survivors-psychiatry-kenya-uspkenya>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
257. National Development Fund for Persons with Disabilities (NDFPWD). Em: National Council for Persons with Disabilities [website]. Nairobi: National Council for Persons with Disabilities; n.d. (<http://www.ncpwd.go.ke/index.php/ndfpwd>, consultado em 6 de março de 2021).
258. The role of peer support in exercising legal capacity. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry - Kenya; 2018 (<http://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
259. Forchuk C. Implementing the transitional discharge model. Final report - prepared for the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) Adopting Research to Improve Care (ARTIC). London: Council of Academic Hospitals of Ontario; 2015 ([https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs\\_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-Fevereiro132015.pdf](https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-Fevereiro132015.pdf), consultado em 21 de janeiro de 2021).
260. CBC News. Hospital readmission more common for mental illness: report. CBC News. 29 de novembro de 2006 (<https://www.cbc.ca/news/technology/hospital-readmission-more-common-for-mental-illness-report-1.591678>, consultado em 21 de janeiro de 2021).
261. Madi N, Zhao H, Fang Li J. Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthc Q.* 2007;10:30-2. doi: 10.12927/hcq.2007.18818.
262. Peer Support South East Ontario: a comprehensive report on the Transitional Discharge Model. 2021 ([www.pseoo.ca/pseostats](http://www.pseoo.ca/pseostats), consultado em 29 de janeiro de 2021).
263. Forchuk C, Chan L, Schofield R, Sircelj M, Woodcox V, Jewell J. Bridging the discharge process. *Can Nurse.* 1998;94:22-6.
264. Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML, Jensen E. The transitional discharge model: comparing implementation in Canada and Scotland. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007;45:31-8. doi: 10.3928/02793695-20071101-07.
265. Forchuk C, Martin M-L, Corring D, Sherman D, Srivastava R, Harerimana B *et al.* Cost-effectiveness of the implementation of a transitional discharge model for community integration of psychiatric clients: practice insights and policy implications. *Int J Ment Health.* 2019;48:236-49. doi: 10.1080/00207411.2019.1649237.
266. Shields-Zeeman L, Pathare S, Walters BH, Kapadia-Kundu N, Joag K. Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community champions in rural India: the Atmiyata intervention approach. *Int J Ment Health Syst.* 2017;11. doi: 10.1186/s13033-016-0113-3.
267. Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G. Seeds of prevention: the impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Soc Sci Med.* 2014;120:169-79. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.002.
268. Joag K, Kalha J, Pandit D, Chatterjee S, Krishnamoorthy S, Shields-Zeeman L *et al.* Atmiyata, a community-led intervention to address common mental disorders: Study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials.* 2020;1-13. doi: 10.1186/s13063-020-4133-6.

269. District human development report - Mehsana. Gandhinagar: Gujarat Social Infrastructure Development Society (GSIDS), General Administration Department (Planning), Government of Gujarat; 2016 ([https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana\\_DHDR\\_2017.pdf](https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana_DHDR_2017.pdf), consultado em 6 de janeiro de 2021).
270. Semrau M, Evans Lacko S, Alem A, Ayuso Mateos JL, Chisholm D, Gureje O *et al.* Strengthening mental health systems in low and middle income countries: the Emerald programme. *BMC Med.* 2015;13:1–9. doi: 10.1186/s12916-015-0309-4.
271. Chowdhary N, Anand A, Dimidjian S, Shinde S, Weobong B, Balaji M *et al.* The Healthy Activity Program lay counsellor delivered treatment for severe depression in India: systematic development and randomized evaluation. *Br J Psychiatry.* 2015;208:381-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161075.
272. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L, Cowan F, Araya R, Abas MA. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health.* 2011;11. doi: 10.1186/1471-2458-11-828.
273. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action.* New York: W W Norton & Co; 2001.
274. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK *et al.* A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:295–304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
275. Pathare S, Joag K, Kalha J, Pandit D, Krishnamoorthy S, Chauhan A *et al.* Atmiyata, a community led psychosocial intervention in reducing symptoms associated with common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Rural Gujarat, India. *SSRN Electronic Journal.* 2020. doi: 10.2139/ssrn.3546059.
276. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ).* London: GL assessment; 1988.
277. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D *et al.* Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20:727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
278. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ).* Geneva: Organização Mundial da Saúde; 1994 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.8.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1), consultado em 6 de janeiro de 2021).
279. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).* Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2010 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=1), consultado em 6 de janeiro de 2021).
280. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
281. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
282. van Brakel W. *Participation scale users manual: P-scale Manual.* Netherlands; 2006 (<https://www.infondt.org/toolkits/nmd-toolkit/participation-scale>, consultado em 28 de janeiro de 2021).
283. About us. Em: Mariwala Health Initiative [website]. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (<https://mhi.org.in/about/>, consultado em 20 de maio de 2020).
284. Trimbos Institute. Em: EuroHealthNet [website]. Brussels: EuroHealthNet; n.d. (<https://eurohealthnet.eu/research-associate-member/netherlands-institute-mental-health-and-addiction-trimbos-institute>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
285. Chibanda D. *The Friendship Bench* [video]. Oxford: Centre for Effective Altruism; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=XWBUf-eTZc>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
286. Abas M, Bowers T, Manda E, Cooper S, Machando D, Verhey R *et al.* 'Opening up the mind': problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for



- depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:1. doi: 10.1186/s13033-016-0071-9.
287. Chibanda D. Reducing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders in Africa: lessons from the Friendship Bench in Zimbabwe. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26:342-7. doi: 10.1017/S2045796016001128.
288. National strategic plan for mental health services 2019-2023. Towards quality of care in mental health services. Harare: Ministry of Health and Child Care; 2019 (<https://zdhr.uz.ac.zw/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/Zimbabwe%20Mental%20Health%20Strategic%20Plan%202019%20to%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
289. Chibanda D, Cowan F, Verhey R, Machando D, Abas M, Lund C. Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community Ment Health J.* 2017;53:143-53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.
290. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F, Lewis G, Mann A. The Shona Symptom Questionnaire: the development of an indigenous measure of common mental disorders in Harare. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:469-75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10134.x.
291. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S *et al.* Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316:2618-26. doi: 10.1001/jama.2016.19102.
292. CKT Circle Kubatana Tose. Em: Friendship Bench [website]. Harare: Friendship Bench; n.d. (<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/ckt>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
293. Report on Home Focus Team (HSE South). Cork: Mental Health Commission; 2011 ([https://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011\\_HFTBantry.pdf](https://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011_HFTBantry.pdf), consultado em 25 de fevereiro de 2020).
294. Poverty and social inclusion: the case for rural Ireland. Moate: Irish Rural Link; 2016 (<http://www.irishrurallink.ie/wp-content/uploads/2016/10/Poverty-and-Social-Inclusion-The-Case-for-Rural-Ireland.pdf>, consultado em 19 de agosto de 2020).
295. Twamley I. Reluctant revolutionaries: implementing Open Dialogue in a community mental health team. Em: Gijbels H, Sapouna L, Sidley G, editors. *Inside out, outside in: transforming mental health practices.* Monmouth: PCCS Books; 2019.
296. Arts and Health. Em: Uillinn West Cork Arts Centre [website]. West Cork: Uillinn West Cork Arts Centre; n.d. (<https://www.westcorkartscentre.com/arts-for-health>, consultado em 25 de agosto de 2020).
297. National Learning Network - Bantry. Em: Rehab Group [website]. Dublin: Rehab Group; 2020 (<https://www.rehab.ie/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
298. What we do. Em: Kerry Peer Support Network [website]. Tralee: Kerry Peer Support Network; n.d. (<https://www.kerrypeersupportnetwork.ie/about-us>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
299. Sapouna L. Having choices. An evaluation of the Home Focus project in West Cork. Cork: University College Cork; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
300. Alcoholics Anonymous Ireland [website]. Dublin: Alcoholics Anonymous Ireland; n.d. (<https://www.alcoholicsanonymous.ie/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
301. What is Grow? Em: Grow [website]. Limerick: Grow; 2019 (<https://grow.ie/about-grow/>, consultado em 15 de fevereiro de 2020).
302. Shine [website]. Maionooth: Shine; n.d. (<https://shine.ie/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
303. Learn and practice powerful, life-saving skills in just over four hours. Em: LivingWorks [website]. Calgary: LivingWorks; 2020 (<https://www.livingworks.net/safeTALK>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).

304. Asist: applied suicide intervention skills training. Em: Grassroots [website]. Brighton: Grassroots; 2020 (<https://www.prevent-suicide.org.uk/training-courses/asist-applied-suicide-interventions-skills-training/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
305. Clonakilty resource centre. Em: Cork Mental Health [website]. Cork: Cork Mental Health; 2020 (<https://www.corkmentalhealth.com/clonakilty-resource-centre>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
306. What we do. Em: Novas [website]. Limerick: Novas; 2020 (<https://www.novas.ie/about-us/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
307. What is social farming? Em: Social Farming Ireland [website]. Drumshanbo: Social Farming Ireland; 2019 (<https://www.socialfarmingireland.ie/about-us/what-is-social-farming/>, consultado em 25 de fevereiro de 2020).
308. Community of care: the Ashoka fellow bringing mental healthcare to Kolkata's homeless. Em: Ashoka [website]. Munich: Ashoka; 2018 (<https://www.ashoka.org/fr-aaw/histoire/community-care-ashoka-fellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
309. Chatterjee D, Roy SD. Iswar Sankalpa: experience with the homeless persons with mental illness. Em: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U, editors. The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health. London: Palgrave Macmillan; 2017:751-71.
310. Thara R, Patel V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:S389-95. doi: 10.4103/0019-5545.69276.
311. Naya Daur Standard Operating Processes. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-Statement-of-Protocol.pdf>, consultado em 10 de agosto de 2020).
312. Creating space for the nowhere people. Naya Daur. Community-based treatment and support for the homeless mentally ill. A review. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2011 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-A-Review-@2011-2.pdf>, consultado em 12 de fevereiro de 2021).
313. Analysis of Naya Daur programme data (abril de 2011 - agosto de 2020). Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/ANALYSIS-OF-NAYA-DAUR-PROGRAMME-DATA1.pdf>, consultado em 1º de março de 2021).
314. Scheme of shelter for urban homes. Kolkata: Government of West Bengal, Department of Women & Child Development and Social Welfare; 2011 ([http://wbcdwds.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme\\_Urban\\_Shelter.pdf](http://wbcdwds.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme_Urban_Shelter.pdf), consultado em 6 de janeiro de 2021).
315. Audited financial statement for the year 2019 to 2020. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Consolidated-Audit-report-2019-20-Community-Care-Programme.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
316. Healthcare in Sweden. Em: Government of Sweden [website]. Oslo: Government of Sweden; 2019 (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
317. Mental health atlas 2011, Sweden. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 ([https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/swe\\_mh\\_profile.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/swe_mh_profile.pdf?ua=1), consultado em 6 de janeiro de 2021).
318. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 (S2017/07302/RS). Stockholm: Socialstyrelsens; 2018 (<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2018.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
319. Berggren UJ, Gunnarsson E. User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship'. *Disabil Soc*. 2010;25:565-77. doi: 10.1080/09687599.2010.489303.
320. Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish mental health system. Past, present, and future. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23:293-307. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00039-X.
321. A new profession is born - personligt ombud, PO. Västerås: Socialstyrelsen; 2008 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).

322. Jespersen M. PO-Skåne - a concrete example of supported decision-making. Em: Proceedings. OHCHR Symposium on the Human Rights of Persons with Psychosocial Disabilities - Forgotten Europeans Symposium No 5, Brussels: OHCHR Regional Office for Europe; (<https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/MathsJespersen.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
323. Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning, Uppföljning av verksamheten av med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/Personligt%20ombud%20for%20personer%20med%20psykisk%20funktionsnedsattning.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
324. Personligt ombud. Em: Kunskapsguiden [website]. Stockholm: Kunskapsguiden; 2019 (<https://www.kunskapsguiden.se/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
325. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329609>, consultado em 6 de março de 2021).
326. Innovative policy 2015 on independent living - Sweden's personal ombudsmen. Em: Zero Project [website]. Vienna: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/policy/sweden-2/>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
327. Björkman T, Hansson L. Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. Int J Soc Psychiatry. 2007;53:12-22. doi: 10.1177/0020764006066849.
328. 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).
329. How Georgia is reforming mental healthcare. Em: United Nations Development Programme [website]. Nova Iorque: Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas; 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).
330. Georgia. Em: The World Bank [website]. Washington, DC: Banco Mundial; n.d. (<https://data.worldbank.org/country/georgia>, consultado em 13 de maio de 2020).
331. 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).
332. Hand in Hand [website]. Tbilisi: Hand in Hand; n.d. (<https://www.handinhand.ge/>, consultado em 12 de maio de 2020).
333. შეზღუდული სახელმწიფო ზრუნვა და შშმ პირები ოჯახურ გარემოში. Em: EMC Rights [website]. Tbilisi: EMC Rights; 2015 (<https://emc.org.ge/ka/products/shezghuduli-sakhelmtsifo-zrunva-dashshm-pirebi-ojakhur-garemoshi>, consultado em 15 de maio de 2020).
334. 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 Janeiro 2021).
335. MAPS person centred planning. Em: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2019 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>, consultado em 22 de junho de 2020).
336. PATH person centred planning. Em: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2017 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/>, consultado em 22 de junho de 2020).
337. Active support. Em: United Response [website]. London: United Response; 2020 (<https://www.unitedresponse.org.uk/active-support-guide>, consultado em 19 de maio de 2020).
338. Georgia - Mental Health Initiative [video]. Zagreb: Gral Film; 2020 (<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>, consultado em 12 de maio de 2020).

339. About us. Em: The Banyan [website]. Chennai: The Banyan; n.d.(<https://thebanyan.org/aboutus/>, consultado em 18 de novembro de 2019).
340. Home again: housing with supportive services for women with mental illness experiencing long term care needs. Em: 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](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).
341. 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).
342. Home again - shared housing: independent shared housing in the community for residents of Navachetana and Udayan. Em: Ashadeep [website]. Guwahati: Ashadeep; n.d. (<http://www.ashadeepindia.org/home-again-shared-housing/>, consultado em 10 de novembro de 2019).
343. 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).
344. 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](https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810_TB-Annual-Report-2017-18.pdf), consultado em 10 de novembro de 2019).
345. 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).
346. KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
347. What we do. Em: 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).
348. Clapham D. Accommodating difference: evaluating supported housing for vulnerable people. Bristol: Policy Press; 2017.
349. Support networks. Em: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/what-we-do/support-networks>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
350. The network is the key: How KeyRing supports vulnerable adults in the community. Em: 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).
351. 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](https://www.housinglin.org.uk/_assets/KeyRing_Financial_Proof_of_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf), consultado em 7 de janeiro de 2021).
352. Case study 1: deinstitutionalisation in UK mental health services. Em: The King's Fund [website]. London: The King's Fund; n.d. (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services>, consultado em 5 de janeiro de 2020).
353. 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).
354. 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.

355. 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.
356. Short D. CSED Case Study: KeyRing: Living Support Networks. London: Department of Health; 2009.
357. 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.
358. Housing choices. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 ([https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing\\_Choices\\_Discussion\\_Paper\\_1.pdf](https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing_Choices_Discussion_Paper_1.pdf), consultado em 4 de agosto de 2020).
359. 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).
360. Join us. Em: 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).
361. KeyRing network model [video]. London: KeyRing Living Support Networks; 2020 (<https://vimeo.com/379267912>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
362. EdgeWorks [website]. Manchester: EdgeWorks; n.d. (<https://www.edgeworks.co.uk/>, consultado em 13 de janeiro de 2021).
363. 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).
364. KeyRing: supporting offenders with learning disabilities. London: Clinks; 2016 ([https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks\\_case\\_study\\_-\\_keyring\\_abril\\_2016\\_0.pdf](https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks_case_study_-_keyring_abril_2016_0.pdf), consultado em 7 de janeiro de 2021).
365. 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](https://www.keyring.org/uploaded_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf), consultado em 7 de janeiro de 2021).
366. Co-production in social care: what it is and how to do it. Practice example: KeyRing. Em: 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).
367. Russell C. Asset-based community development - 5 core principles. Em: 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).
368. Burns S, Graham K, MacKeith J. User guide: Outcomes Star - the Star for people with housing and other needs. Hove: Triangle Consulting Social Enterprise; 2017 (<https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/Homelessness-Star-User-Guide-Preview.pdf>, consultado em 6 de janeiro de 2021).
369. Where we work. Em: 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).
370. Our Accounts. Em: Keyring Living Support Networks [website]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/who-we-are/our-accounts/our-accounts.aspx>, consultado em 18 de março de 2021).
371. Final report: Addicts4Addicts & Keyring Recovery Network. Emerging Horizons; 2015 ([https://www.keyring.org/uploaded\\_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf](https://www.keyring.org/uploaded_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf), consultado em 22 de janeiro de 2021).
372. Who we are. Em: Housing LIN [website]. London: Housing LIN; n.d. (<https://www.housinglin.org.uk/AboutHousingLIN/>, consultado em 7 de janeiro de 2021).

373. 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).
374. Wales. Em: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/news-campaigns-and-jobs/growing-shared-lives/wales/>, consultado em 3 de setembro de 2019).
375. About us. Em: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/about-us/>, consultado em 3 de setembro de 2019).
376. Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/>, consultado em 3 de setembro de 2019).
377. 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).
378. South East Wales Shared Lives Scheme. Em: 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).
379. Assessment process for shared lives carers. Em: 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).
380. 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.
381. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (relatório disponível mediante solicitação à Organização Mundial da Saúde).
382. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (relatório disponível mediante solicitação à Organização Mundial da Saúde).
383. Advice when you want it. Em: 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).
384. South East Wales adult placement/Shared Lives scheme. Em: 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).
385. Together for mental health: a strategy for mental health and wellbeing in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2012 (<http://www.wvamh.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/Together-for-Mental-Health-Strategy-Outubro-2012.pdf>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
386. 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](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).
387. The state of health care and adult social care in England 2018/19. Em: Care Quality Commission [website]. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2019 (<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200307211343/> <https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
388. Meet the carers who are opening their own homes to people in need. Em: 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).
389. Shared Lives South West [website]. Kingsteignton: Shared Lives South West; n.d. (<https://www.sharedliveswest.org.uk/>, consultado em 7 de janeiro de 2021).

390. The difference Shared Lives make. Em: 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).
391. 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).
392. 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).
393. 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](https://www.youtube.com/watch?v=9_6PHlcFEGA), consultado em 30 de dezembro de 2020).
394. 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=ZrljVVNq3eM>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
395. 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).
396. 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).
397. South East Wales Shared Lives Scheme [website]. Caerphilly: South East Wales Shared Lives Scheme; 2015 (<https://southeastwalessharedlivescheme.wordpress.com/>, consultado em 5 de setembro de 2019).
398. 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).
399. Investing in Shared Lives. London: Social Finance; 2013 ([https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf\\_shared\\_lives\\_final.pdf](https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf_shared_lives_final.pdf), consultado em 7 de janeiro de 2021).
400. Hardy R. Shared Lives: A community-based approach to supporting adults. The Guardian. 23 de maio de 2014 (<https://www.theguardian.com/social-care-network/2014/maio/23/shared-lives-community-based-supporting-adults>, consultado em 7 de janeiro de 2021).
401. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, Mr. Miloon Kothari, 25 January 2001 (E/CN.4/2001/51). Geneva: Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC); 2001 (<https://undocs.org/en/E/CN.4/2001/51>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
402. Smith M, Albanese F, Truder J. A roof over my head: the final report of the Sustain project, a longitudinal study of housing outcomes and wellbeing in private rented accommodation. London: Shelter and Crisis; 2014 ([https://england.shelter.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0005/760514/6424\\_Sustain\\_Final\\_Report\\_for\\_web.pdf](https://england.shelter.org.uk/data/assets/pdf_file/0005/760514/6424_Sustain_Final_Report_for_web.pdf), consultado em 14 de janeiro de 2021).
403. Leff HS, McPartland JC, Banks S, Dembling B, Fisher W, Allen IE. Service quality as measured by service fit and mortality among public mental health system service recipients. *Ment Health Serv Res.* 2004;6:93–107. doi: 10.1023/b:mhsr.0000024353.30425.ab, citado em: Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen E, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2009;60:473-82. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.473.
404. Mental health and housing. London: The Mental Health Foundation; 2016 ([https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental\\_Health\\_and\\_Housing\\_report\\_2016\\_1.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental_Health_and_Housing_report_2016_1.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).

405. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 de dezembro de 2016 (A/HRC/34/58). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, consultado em 5 de setembro de 2020).
406. Farkas M, Coe S. From residential care to supportive housing for people with psychiatric disabilities: past, present, and future. *Front Psychiatry*. 2019;10:862. doi: 10.3389/fpsy.2019.00862.
407. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and metaregression analysis. *PLoS Med*. 2008;5:e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
408. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529–40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
409. Silva TF, Mason V, Abelha L, Lovisi GM, Cavalcanti MT. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011;60:91-8. doi: 10.1590/s0047-20852011000200004.
410. Ran M-S, Yang LH, Liu Y-J, Huang D, Mao W-J, Lin F-R *et al*. The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63:203-11. doi: 10.1177/0020764017692840.
411. Shibre T, Medhin G, Alem A, Kebede D, Teferra S, Jacobsson L *et al*. Long-term clinical course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Schizophr Res*. 2015;161:414-20. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.053.
412. Smartt C, Prince M, Frissa S, Eaton J, Fekadu A, Hanlon C. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. *BJPsych Open*. 2019;5:e57. doi: 10.1192/bjo.2019.32.
413. Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Teferra S *et al*. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med*. 2014;12:138. doi: 10.1186/s12916-014-0138-x.
414. Sarmiento M, Correa N, Correa M, Franco JG, Alvarez M, Ramírez C *et al*. Tuberculosis among homeless population from Medellín, Colombia: associated mental disorders and socio-demographic characteristics. *J Immigr Minor Health*. 2013;15:693-9. doi: 10.1007/s10903-013-9776-x.
415. Lee BA, Tyler KA, Wright JD. The new homelessness revisited. *Annu Rev Sociol*. 2010;36:501–21. doi: 10.1146/annurev-soc-070308-115940.
416. Laporte A, Vandentorren S, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E *et al*. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:241. doi: 10.3390/ijerph15020241.
417. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M *et al*. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114:665–72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665.
418. Clarke A, Parsell C, Vorsina M. The role of housing policy in perpetuating conditional forms of homelessness support in the era of Housing First: evidence from Australia. *Housing Studies*. 2019;35:954-75. doi: 10.1080/02673037.2019.1642452.
419. Watts B, Fitzpatrick S. Welfare conditionality. Abingdon: Routledge; 2018 ([https://www.feantsaresearch.org/download/12-1\\_f6\\_bookreview\\_watts\\_v027572084727208266166.pdf](https://www.feantsaresearch.org/download/12-1_f6_bookreview_watts_v027572084727208266166.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).
420. Nelson G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *J Sociol Soc Welf*. 2010;37:Article 7.
421. Lamb HR, Talbott JA. The homeless mentally ill. The perspective of the American Psychiatric Association. *JAMA*. 1986;256:498-50. doi: 10.1001/jama.256.4.498.



422. Fact sheet: Housing First. Washington, DC: National Alliance to End Homelessness; 2016 (<http://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2016/04/housing-first-fact-sheet.pdf>, consultado em 22 de março de 2021).
423. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home-Chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry*. 2015;60:467-74. doi: 10.1177/070674371506001102.
424. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73:379-87. doi: 10.1136/jech-2018-210981.
425. Woodhall-Melnik JR, Dunn JR. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*. 2016;31:287-304. doi: 10.1080/02673037.2015.1080816.
426. National final report: cross-site at home/chez soi project. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2014 ([https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/mhcc\\_at\\_home\\_report\\_national\\_cross-site\\_eng\\_2.pdf](https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).
427. Henley J. 'It's a miracle': Helsinki's radical solution to homelessness. *The Guardian*. 3 de junho de 2019 (<https://www.theguardian.com/cities/2019/jun/03/its-a-miracle-helsinkis-radical-solution-to-homelessness>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
428. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:190. doi: 10.3390/ijerph15020190.
429. Norma técnica de salud. Hogares Protegidos. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4585.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
430. Herrera-Lopez VE, Aguilar N, Valdivieso J, Cutipé Y, Arellano C. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016) [Implementation and operation of protected residences for people with serious mental illness in Iquitos, Peru (2013-2016)]. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e141. doi: 10.26633/RPSP.2018.141.
431. Vercammen P. Shipping containers in Los Angeles becoming homes for the homeless. (Los Angeles). 18 de outubro de 2020 (<https://edition.cnn.com/2020/10/18/us/los-angeles-homeless-shipping-container-home-trnd/index.html>, consultado em 6 de março de 2020).
432. FlyawayHomes [website]. Los Angeles: FlyawayHomes; n.d. (<https://flyawayhomes.org>, consultado em 25 de março de 2020).
433. Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. World report on disability. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 ([https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).
434. Mitra S. Disability, health and human development. Basingstoke: Springer; 2018.
435. Nações Unidas, Assembleia Geral. Sustainable Development Goal 4 (A/RES/70/1), 25 de setembro de 2015. Nova Iorque: Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Desenvolvimento Sustentável; n.d. (<https://sdgs.un.org/goals/goal4>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
436. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°4 (2016) on the right to inclusive education (CRPD/C/GC/4). Genebra: Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/4>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
437. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M *et al*. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014;14:237. doi: 10.1186/s12888-014-0237-4.

- 438.** Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;136:128. doi: 10.1542/peds.2014-2105.
- 439.** Toolkit on disability for Africa - introducing the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Nova Iorque: Divisão de Desenvolvimento de Políticas Sociais (DSPD) e Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DESA) das Nações Unidas; 2016 (<https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Intro-UN-CRPD.pdf>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 440.** Okyere C, Aldersey HM, Lysaght R, Sulaiman SK. Implementation of inclusive education for children with intellectual and developmental disabilities in African countries: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41:2578-95. doi: 10.1080/09638288.2018.1465132.
- 441.** Equal right equal opportunity - inclusive education for children with disabilities. Johannesburg: Global Campaign for Education and Handicap International; 2013 ([http://campaignforeducation.org/docs/reports/Equal%20Right,%20Equal%20Opportunity\\_WEB.pdf](http://campaignforeducation.org/docs/reports/Equal%20Right,%20Equal%20Opportunity_WEB.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 442.** McKinley Yoder CL, Cantrell MA. Childhood disability and educational outcomes: a systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2019;45:37-50. doi: 10.1016/j.pedn.2019.01.003.
- 443.** Farmer JL, Allsopp DH, Ferron JM. Impact of the personal strengths program on self-determination levels of college students with LD and/or ADHD. *Learn Disabil Q*. 2015;38:145-59. doi: 10.1177/0731948714526998.
- 444.** Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: state of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J*. 2017;40:197-206. doi: 10.1037/prj0000233.
- 445.** Thematic study on the right of persons with disabilities to live independently and be included in the community. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/25/29), dezembro de 2013 (para 3). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/25/29>, consultado em 19 de janeiro de 2021).
- 446.** My right is our future: the transformative power of disability-inclusive education. Bensheim: CBM; 2018 ([https://www.cbm.org/fileadmin/user\\_upload/Publications/DID\\_Series\\_-\\_Book\\_3.pdf](https://www.cbm.org/fileadmin/user_upload/Publications/DID_Series_-_Book_3.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 447.** Killackey E, Allott K, Woodhead G, Connor S, Dragon S, Ring J. Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: An exploratory feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;11:526-31. doi: 10.1111/eip.12344.
- 448.** Thompson CJ. Supported education as a mental health intervention. *J Rural Ment Health*. 2013;37:25-36. doi: 10.1037/rmh0000003.
- 449.** Robson E, Waghorn G, Sherring J, Morris A. Preliminary outcomes from an individualised supported education programme delivered by a community mental health service. *Br J Occup Ther*. 2010;73:481-6. doi: 10.4276/030802210X12865330218384.
- 450.** Karbouniaris S, Wilken JP, Ganzevles M, Heywegen T. Recovery Colleges: leren als bijdrage aan herstel. Verslag van een studiereis naar Londen. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel*. 2014;4:38-46.
- 451.** Perkins R, Repper J, Rinaldi M. Recovery colleges. London: Centre for Mental Health; 2012, citado em: Muusse C, Boumans J. Ruimte voor peer support! Een onderzoek naar de totstandkoming van Enik Recovery College. Utrecht: Lister; 2016.
- 452.** Whitley R, Shepherd G, Slade M. Recovery colleges as a mental health innovation. *World Psychiatry*. 2019;18:141-2. doi: 10.1002/wps.20620.
- 453.** Toney R, Elton D, Munday E, Hamill K, Crowther A, Meddings S *et al*. Mechanisms of action and outcomes for students in Recovery Colleges. *Psychiatr Serv*. 2018;69:1222-9. doi: 10.1176/appi.ps.201800283.

454. Ryan GK, Kamuhirwa M, Mugisha J, Baillie D, Hall C, Newman C *et al.* Peer support for frequent users of inpatient mental health care in Uganda: protocol of a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry*. 2019;19:374. doi: 10.1186/s12888-019-2360-8.
455. Enosh. סניף אנוש רמת-ג [video]. Kefar Sava: Enosh; 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=gHF31cp94sw>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
456. Liron D. Inclusion in the workforce - Enosh Vocational Training programs. Zero Project conference [presentation]. Zero Project; 2019 (<https://conference.zeroproject.org/presentations-thursday-20th-fevereiro/>, consultado em 19 de março de 2021).
457. Grace AP. Lifelong learning as critical action: International perspectives on people, politics, policy, and practice. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013, citado em: Fernando S, King A, Loney D. Helping them help themselves: supported adult education for persons living with mental illness. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*. 2014;27(1):15-28.
458. Grove B. Mental health and employment: shaping a new agenda. *J Ment Health*. 1999;8:131-40. doi: 10.1080/09638239917508.
459. Harvey SB, Modini M, Christensen H, Glozier N. Severe mental illness and work: what can we do to maximise the employment opportunities for individuals with psychosis? *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:421-4. doi: 10.1177/0004867413476351.
460. Coutts P. Mental health, recovery and employment. Em: SRN Discussion Paper Series Report No 5. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007 (<https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2007/10/SRN-Discussion-Paper-5-Employment-new-logo.pdf>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
461. Modini M, Sadhbh J, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB *et al.* The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. 2016;24:331-6. doi: 10.1177/1039856215618523.
462. Convention on the Rights of Persons with Disabilities,(A/RES/61/106), Article 27 - Work and employment. Nova Iorque: Nações Unidas, Assembleia Geral; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-27-work-and-employment.html>, consultado em 6 de maio de 2020).
463. Nardodkar R, Pathare S, Ventriglio A, Castaldelli-Maia J, Javate KR, Torales J *et al.* Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:375-84. doi: 10.1080/09540261.2016.1210575.
464. Claussen B, Bjorndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:14-8. doi: 10.1136/jech.47.1.14.
465. Mental health and work. Em: Organisation for Economic Co-operation and Development [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (<https://www.oecd.org/employment/mental-health-and-work.htm>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
466. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D *et al.* Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163:411-17. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.411.
467. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373:408-15. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
468. Wheat K, Brohan E, Henderson C, Thornicroft G. Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *J R Soc Med*. 2010;103:83-6. doi: 10.1258/jrsm.2009.090317.
469. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337-49.
470. Grove B. International employment schemes for people with mental health problems. *BJPsych International*. 2015;12:97-9. doi: 10.1192/s2056474000000672.

- 471.** Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9:CD011867. doi: 10.1002/14651858.CD011867.pub2.
- 472.** About New Life. Em: New Life Psychiatric Association [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: New Life Psychiatric Association; n.d. (<https://www.nlpra.org.hk/en/about/history>, consultado em 28 de julho de 2020).
- 473.** Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001:CD003080. doi: 10.1002/14651858.CD003080.
- 474.** What is IPS? Em: IPS Employment Center [website]. Lebanon: IPS Employment Center; 2020 (<https://ipsworks.org/index.php/what-is-ips/>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 475.** Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehab J.* 2014;37:137–43. doi: 10.1037/prj0000085.
- 476.** Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M *et al.* The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370:1146–52. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61516-5.
- 477.** Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry.* 2008;193:114–20. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043109.
- 478.** Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31:280–90. doi: 10.2975/31.4.2008.280.290.
- 479.** Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health.* 2011;20:368–80. doi: 10.3109/09638237.2011.556159.
- 480.** Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2014;171:1183–90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857.
- 481.** Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden – a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry.* 2015;69:57–66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739.
- 482.** Tsang HWH, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009;40:292–305. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.007.
- 483.** Supported employment fidelity scale. Lebanon: IPS Employment Center; 2008 (<https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>, consultado em 1º de abril de 2020).
- 484.** Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M, Rinaldi M, Moe C, Mcdaid D *et al.* A meta- regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2019;141:206–20. doi: 10.1111/acps.13129.
- 485.** Mental health. Em: CBM UK [website]. Cambridge: CBM UK; n.d. (<https://www.cbmuk.org.uk/what-we-do/mental-health/>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 486.** Building productive skills of women, men and youth affected by mental disorders in northern Ghana for enhanced recovery and income. BasicNeeds-Ghana; 2017 ([https://basicneedsghana.org/wp-content/uploads/2020/file/KOICA\\_PhotoBook\\_web.pdf](https://basicneedsghana.org/wp-content/uploads/2020/file/KOICA_PhotoBook_web.pdf), consultado em 1º de março de 2021).
- 487.** Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;10:CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4.
- 488.** Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work.* 2019;64:461–75. doi: 10.3233/WOR-193008.

489. Funk M, Drew N, Knapp M. Mental health, poverty and development. *J Public Ment Health*. 2012;11:166-85. doi: 10.1108/17465721211289356.
490. Joint statement: towards inclusive social protection systems supporting the full and effective participation of persons with disabilities. Geneva and Washington, DC: ILO and IDA; 2019 (<https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=55473>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
491. Fitch C, Chaplin R, Trend C. Debt and mental health: the role of psychiatrists. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13:194–202. doi: 10.1192/apt.bp.106.002527.
492. Galloway A, Boland B, Williams G. Mental health problems, benefits and tackling discrimination. *BJPsych Bulletin*. 2018;42:200-5. doi: 10.1192/bjb.2018.43.
493. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106), Article 28 - Adequate standard of living and social protection. Nova Iorque: Nações Unidas, Assembleia Geral; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-28-adequate-standard-of-living-and-social-protection.html>, consultado em 6 de maio de 2020).
494. Pybus K, Pickett KE, Prady SL, Lloyd C, Wilkinson R. Discrediting experiences: outcomes of eligibility assessments for claimants with psychiatric compared with non-psychiatric conditions transferring to personal independence payments in England - ERRATUM. *BJPsych Open*. 2019;5:e27. doi: 10.1192/bjo.2019.16.
495. Ryan F. Welfare ‘reforms’ are pushing mentally ill people over the edge. *The Guardian*. 24 January 2019 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/jan/24/welfare-reform-mentally-ill-injustice>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
496. Shefer G, Henderson C, Frost-Gaskin M, Pacitti R. Only making things worse: a qualitative study of the impact of wrongly removing disability benefits from people with mental illness. *Community Ment Health J*. 2016;52:834-41. doi: 10.1007/s10597-016-0012-8.
497. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing; 2010.
498. Iacobucci G. People with mental illness are most at risk of losing benefits, study shows. *BMJ*. 2019;364:1345. doi: 10.1136/bmj.l345.
499. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. ‘First, do no harm’: are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70:339-45. doi: 10.1136/jech-2015-206209.
500. The benefits assault course: making the UK benefits system more accessible for people with mental health problems. London: Money and Mental Health Policy Institute; 2019 (<https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/MMH-The-Benefits-Assault-Course-UPDATED.pdf>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
501. Mishra NN, Parker LS, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Disability certificates in India: a challenge to health privacy. *Indian J Med Ethics*. 2012;9:43–5. doi: 10.20529/IJME.2012.010.
502. Senior S, Caan W, Gamsu M. Welfare and well-being: towards mental health-promoting welfare systems. *Br J Psychiatry*. 2020;216:4-5. doi: 10.1192/bjp.2019.242.
503. Math SB, Nirmala MC. Stigma haunts persons with mental illness who seek relief as per Disability Act 1995. *Indian J Med Res*. 2011;134 128–30.
504. Gundugurti R, Vemulokonda R, Math B. The Rights of Persons with Disability Bill, 2014: how “enabling” is it for persons with mental illness? *Indian J Psychiatry*. 2016;58:121-8. doi: 10.4103/0019-5545.183795.
505. Mitra S, Palmer M, Kim H, Mont D, Groce N. Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. *Disabil Health J*. 2017;10:475-84. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.04.007.
506. Hand C, Tryssenaar J. Small business employers’ views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29:166-73. doi: 10.2975/29.2006.166.173.

- 507.** Dwyer P, Scullion L, Jones K, McNeill J, Stewart AB. Work, welfare, and wellbeing: the impacts of welfare conditionality on people with mental health impairments in the UK. *Soc Policy Adm.* 2019;54:311-26. doi: 10.1111/spol.12560.
- 508.** Kiely KM, Butterworth P. Social disadvantage and individual vulnerability: a longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47:654– 66. doi: 10.1177/0004867413484094.
- 509.** Banks LM, Mearkle R, Mactaggart I, Walsham M, Kuper H, Blanchet K. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxf Dev Stud.* 2016;45:223-39. doi: 10.1080/13600818.2016.1142960.
- 510.** Vázquez GH, Kapczynski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Lopez Jaramillo D, Rosa AR *et al.* Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;130:323–27. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012.
- 511.** Ljungqvist I, Topor A, Forssell H, Svensson I, Davidson L. Money and mental illness: a study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Ment Health J.* 2015;52:842–50. doi: 10.1007/s10597-015-9950-9.
- 512.** Alakeson V, Boardman J, Boland B, Crimlisk H, Harrison C, Iliffe S *et al.* Debating personal health budgets. *BJPsych Bulletin.* 2016;40:34-7. doi: 10.1192/pb.bp.114.048827.
- 513.** Helen Leonard: Personal health budgets - a view from the other side. Em: The BMJ Opinion [website]. The BMJ Opinion; 2019 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/08/21/helen-leonard-personal-health-budgets-a-view-from-the-other-side/>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 514.** Jones K, Welch E, Fox D, Caiels J, Forder J. Personal health budgets: implementation following the national pilot programme; overall project summary. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent; 2018 (<https://www.pssru.ac.uk/pub/5433.pdf>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 515.** Webber M, Treacy S, Carr S, Clark M, Parker G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health.* 2014;23:146-55. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.
- 516.** Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *Int J Ment Health.* 2016;45:59-70. doi: 10.1080/00207411.2016.1146510.
- 517.** Pioneering a personal budget model as part of national social services. Em: Zero Project [website]. Vienna: Zero Project; n.d. (<https://zeroproject.org/practice/pr191416isr-factsheet/>, consultado em 2 de maio de 2020).
- 518.** #ZeroCon19 | Supported decision making and personal budget models [video]. Vienna: Zero Project; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=SzLGTmmKYVs>, consultado em 7 de maio de 2020).
- 519.** “It makes my life more diverse”: personal budget program [video]. Nova Iorque: JDC; 2019 (<https://web.facebook.com/watch/?v=498047330761767&rdc=1&rdp>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 520.** Parsonage M. Welfare advice for people who use mental health services. developing the business case. London: Centre for Mental Health; 2013 ([https://www.researchgate.net/publication/308085135\\_Welfare\\_advice\\_for\\_people\\_who\\_use\\_mental\\_health\\_services\\_developing\\_the\\_business\\_case](https://www.researchgate.net/publication/308085135_Welfare_advice_for_people_who_use_mental_health_services_developing_the_business_case), consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 521.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf), consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 522.** Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura [Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review]. *Cien Saude Colet.* 2015;20:3243-53. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.

523. Miliauskas CR, Faus D, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:1935-44. doi: 10.1590/1413-81232018245.18862017.
524. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, da Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada [The effectiveness of psychosocial care centers for the mentally ill in a medium-sized city in southern Brazil: a stratified analysis]. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:807-15. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.
525. Franzmann UT, Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Oliveira MMO, Pavani FM. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil [Factors associated with perception of improvement by users of centers for psychosocial care in the south of Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00085216. doi: 10.1590/0102-311X00085216.
526. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 (<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletiva-suicidio.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2021).
527. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzell C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil [Qualitative evaluation of the work process in a psychosocial care center in Brazil]. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30:354-60. doi: 10.1590/S1020-49892011001000009.
528. Resende KIDS, Bandeira M, Oliveira DCR. Avaliação da satisfação dos pacientes, familiares e profissionais com um serviço de saúde mental [Assessment of patient, family and staff satisfaction in a mental health service]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016;24:245-53. doi: 10.1590/1982-43272664201612.
529. Trapé TL, Campos RO, Da Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian national health system. *Int J Health Sci*. 2015;3. doi: 10.15640/ijhs.v3n3a5.
530. Amaral CE, Onocko-Campos R, de Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML *et al*. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:65. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8.
531. Dos Santos LC, Domingos T, Braga EM, Spiri WC. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural [Mental health in primary care: experience of matrix strategy in the rural area]. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20180236. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0236.
532. Andréa MP, Badaró MMI. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos [Health care experiences of residents of Therapeutic Residential Services]. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170950. doi: 10.1590/interface.170950.
533. Furtado JP, de Tugny A, Baltazar AP, Kapp S, Generoso CM, Campos FCB. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar [Accommodation of individuals with severe mental disorders in Brazil: an interdisciplinary assessment]. *Cien Saúde Colet*. 2013;18:3683-93. doi: 10.1590/S1413-81232013001200024.
534. Bessoni E, Capistrano A, Silva G, Koosah J, Cruz K, Lucena M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? [Narratives and senses of the De Volta para Casa Program (Back Home Program): we are back, and now what?]. *Saúde soc*. 2019;28:40-53. doi: 10.1590/s0104-12902019190429.
535. Guerrero AVP, Bessoni E, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga-Campos FC, Badaró MIM. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários [De Volta para Casa Program (Back Home Program) in its beneficiaries' daily lives]. *Saúde soc*. 2019;28:11-20. doi: 10.1590/s0104-12902019190435.
536. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília; 2015 ([https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf), consultado em 22 de janeiro de 2021).

- 537.** Campinas. Lei nº 15.708, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o Orçamento Programa do Município de Campinas para o exercício de 2019. Diário Oficial Nº 11.989 - Ano XLVII. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2018 (<http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/837865233.pdf>, consultado em 13 de março de 2021).
- 538.** Campinas. Secretaria de Saúde. Prestação de contas 2º quadrimestre 2019 (janeiro a agosto). Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2019 ([http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/saude/planilha\\_investimento\\_saude\\_2quadrim\\_2019.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/saude/planilha_investimento_saude_2quadrim_2019.pdf), consultado em 13 de março de 2021).
- 539.** Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos centros de atenção psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;42:e113. doi: 10.26633/RPSP.2018.113.
- 540.** Consenso de Brasilia 2013. Brasília: Organização Panamericana da Saúde (OPAS) Brasil; 2013 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/BRASILIA-CONSENSUS-2013port.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 541.** Projet du Pôle de Santé Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin (V9). Lille: Secteur 59g21, EPSM Lille Métropole; 2020 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/Projet%20de%20pôle%20V9%20DEF.pdf>, consultado em 6 de fevereiro de 2021).
- 542.** Defromont L, Groulez C, François G, Dekerf B. “Zéro isolement”, une pratique de soins orientée vers le rétablissement. *Soins Psychiatrie.* 2017;38:23-5. doi: 10.1016/j.spsy.2017.03.006.
- 543.** Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37:392-7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003.
- 544.** Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Mental Health Hum Behav.* 2014;19:10-8.
- 545.** WHO QualityRights Toolkit observation report: 59G21 Lille. Lille: EPSM Lille-Métropole, Centre collaborateur de l’OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale; 2018 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QualityRights-59G21-report-2019.docx>, consultado em 19 de março de 2021).
- 546.** Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (<https://www.gmhpn.org/uploads/1/2/0/2/120276896/alternatives-to-coercion-literature-review-melbourne-social-equity-institute.pdf>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
- 547.** I servizi di salute mentale territoriali dell’ASUI di Trieste, anno 2018. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale; 2019.
- 548.** Sistema informativo, Dipartimento di Salute Mentale [online database]. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale.
- 549.** Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an “Open Door-No Restraint” system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202:440-5. doi: 10.1097/nmd.000000000000142.
- 550.** Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:336-45. doi: 10.1017/S2045796018000070.
- 551.** Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors: Trieste, Italy. *L’information psychiatrique.* 2016;92:747-54. doi: 10.1684/ipe.2016.1546.
- 552.** Kemali D, Maj M, Carpinello B, Giurazza RD, Impagnatiello M, Lojacono D *et al.* Patterns of care in Italian psychiatric services and psycho-social outcome of schizophrenic patients. A three-year prospective study. *Psychiatry Psychobiol.* 1989;4:23-31. doi: 10.1017/S0767399X00004090.
- 553.** La salute mentale nelle regioni, analisi dei trend 2015-2017. L’Aquila: SIEP - Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica; 2019 ([https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP\\_volume-5\\_def.pdf](https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP_volume-5_def.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).



554. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana. Trieste: Asterios; 2005a.
555. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull'evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. *Psichiatria di Comunità*. 2005b;4:200-16.
556. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the mental hospital: crisis and continuity of care in Trieste. *Int J Soc Psychiatry*. 1995;41:1-20. doi: 10.1177/002076409504100101.
557. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and "hospitality" within a comprehensive community mental health centre. Em: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, editors. *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008:251-66.
558. Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I. Users' satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry*. 1993;39:121-30. doi: 10.1177/002076409303900205.
559. The Camberwell Assessment of Need. Em: King's College London [website]. London: King's College London; n.d. (<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/about/difference/17-the-camberwell-assessment-of-need>, consultado em 15 de janeiro de 2021).
560. Fascì A, Botter V, Pascolo-Fabrici E, Wolf K, Mezzina R. Il progetto di cura personalizzato orientato alla recovery. Studio di follow up a 5 anni su persone con bisogni complessi a Trieste. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2018;16.
561. Piano regionale salute mentale Infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2018 ([http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018\\_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf), consultado em 31 de janeiro de 2021).
562. Dell'Acqua G. Trieste twenty years after: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health. Trieste: Mental Health Department; 1995 ([http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua\\_1995\\_trieste20yearsafter.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua_1995_trieste20yearsafter.pdf), consultado em 15 de janeiro de 2021).
563. Salud Mental. Em: Ministerio de Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud del Perú; n.d. (<http://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, consultado em 13 de março de 2021).
564. Falen J. Para el 2021 habrá 281 centros de salud mental comunitaria en el país. *El Comercio*. 12 de março de 2019 (<https://elcomercio.pe/peru/2021-habra-281-centros-salud-mental-comunitaria-pais-noticia-616194-noticia/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
565. Salud mental. Em: Ministerio de Salud [website]. Lima: Ministerio de Salud; 2020 (<https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
566. Marquez PV, Garcia JNB. Paradigm shift: Peru leading the way in reforming mental health services. Em: World Bank Blogs [website]. Washington, DC: Banco Mundial; 2019 (<https://blogs.worldbank.org/health/paradigm-shift-peru-leading-way-reforming-mental-health-services>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
567. Informe Defensorial No 180, Supervisión de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Lima: Defensoría del Pueblo del Perú; 2018 (<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
568. Ley de Salud Mental - Ley N° 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
569. Decreto supremo que aprueban el reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, Decreto Supremo No 033-2015-SA. 2015 (<http://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/NORMAS/Ley%2029889.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
570. Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable). Em: Ministerio de Economía y Finanzas [website]. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; n.d. (<https://www.mef.gob.pe/es/seguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable>, consultado em 26 de janeiro de 2021).

- 571.** Devandas C. Peru: milestone disability reforms lead the way for other states. Em: Office of the Nações Unidas High Commissioner for Human Rights (OHCHR) [website]. Genebra: Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR); 2018 (<https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23501&LangID=E>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 572.** Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 de março de 2020, Articles 3, 17, 21, 26, 27, 31 and 32. 2020 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 573.** Specijalno izvješće o stanju prava osoba s intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosne i Hercegovine. Banja Luka: Institucija ombudsmena/ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine; 2018 ([https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/obudsmen\\_doc2018051809032286bos.pdf](https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/obudsmen_doc2018051809032286bos.pdf), consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 574.** Asocijacija XY. Koordinisana briga, Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini (2010-2018) [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=hORZRNFin1M&feature=youtu.be>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
- 575.** Mental health project in Bosnia and Herzegovina (BiH). Bern: Swiss Agency for Development and Cooperation SDC; 2018 (<http://mentalnozdravlje.ba/uiimages/pdf/Mental%20Health%20Project%20in%20BiH%20Phase%203.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 576.** QualityRights - Lebanon. Em: Organização Mundial da Saúde [website]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/lebanon/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 577.** The national mental health program. Em: Republic of Lebanon Ministry of Public Health [website]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; n.d. (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/6/553/the-national-mental-health-program>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 578.** WHO results report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 ([https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/results\\_report\\_18-19\\_final1.pdf?ua=1](https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/results_report_18-19_final1.pdf?ua=1), consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 579.** Chamsedine D. Le ministre de la Santé inspecte l'hôpital psychiatrique de Fanar, et annonce sa fermeture. Agence Nationale de l'Information. 17 Fevereiro 2019 (<http://nna-leb.gov.lb/fr/show-news/100230/nna-leb.gov.lb/fr>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 580.** Scandale de l'hôpital al-Fanar: poursuites contre la propriétaire et la directrice de l'établissement. L'Orient le Jour. 20 de fevereiro de 2019 (<https://www.lorientlejour.com/article/1158166/scandale-de-lhopital-al-fanar-poursuites-contre-la-propritaire-et-la-directrice-de-letablissement.html>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 581.** Decision No. 271/1 concerning the assessment of the health status of patients transferred from al-Fanar hospital. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision%20-%20Concerning%20the%20Assessment%20of%20the%20Health%20Status%20of%20Patients%20Transferred%20From%20Al-Fanar.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 582.** Decision No. 270/1 concerning the quality of care and human rights in the field of mental health. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision-%20Concerning%20the%20Quality%20of%20Care%20and%20Human%20Rights%20in%20the%20Field%20of%20Mental%20Health.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 583.** Revised hospital accreditation standards in Lebanon - Janeiro 2019. Em: Ministry of Public Health [website]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/3/599/hospital-accreditation-#/en/view/20553/accreditation-standards-for-hospitals-in-lebanon-janeiro-2019>, consultado em 22 de janeiro de 2021).

- 584.** Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 585.** Minsa promueve conformación de asociaciones de usuarios afectados en Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 9 de janeiro de 2019: (<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/24334-minsa-promueve-conformacion-de-asociaciones-de-usuarios-afectados-en-salud-mental>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 586.** De León JP, Valdivia B, Burgos M, Smith P, Diez-Canseco F. Promoción de redes de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de personas con discapacidad: aprendizajes de una experiencia piloto en Perú [Promoting support networks for the exercise of legal capacity of people with disabilities: lessons from a pilot experience in Peru]. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 2020;4.
- 587.** Asocijacija XY. Uloga korisnickih udruzenja u sistemu zaštite mentalnog zdravlja u zajednici [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=Xr2euyOy15o&feature=youtube>, consultado em 30 de dezembro de 2020).
- 588.** Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [website]. Genebra: Nações Unidas; n.d. (<https://sdgs.un.org/2030agenda>, consultado em 7 de março de 2021).
- 589.** The WHO mental health policy and service guidance package. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003 ([https://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/), consultado em 13 de março de 2021).
- 590.** One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 591.** Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329644>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 592.** Bhugra D, Pathare S, Gosavi C, Ventriglio A, Torales J, Castaldelli-Maia J. Mental illness and the right to vote: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:395-9. doi: 10.1080/09540261.2016.1211096.
- 593.** Bhugra D, Pathare S, Nardodkar R, Gosavi C, Ng R, Torales J. Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:386-92. doi: 10.1080/09540261.2016.1210577.
- 594.** Bhugra D, Pathare S, Joshi R, Nardodkar R, Torales J, Tolentino EJJr. Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:402-8. doi: 10.1080/09540261.2016.1210576.
- 595.** Kuschke B. Disability discrimination in insurance. *De Jure*. 2018;51:50-64. doi: 10.17159/2225-7160/2018/v51n1a4.
- 596.** Incapacity laws: A preliminary analysis shows how laws discriminate against various kinds of disabilities and not just people of 'unsound mind'! New Delhi: Disability News and Information Service; 2012 ([https://dnis.org/features.php?issue\\_id=2&volume\\_id=9&features\\_id=193](https://dnis.org/features.php?issue_id=2&volume_id=9&features_id=193), consultado em 13 de março de 2021).
- 597.** Legge 13 maggio 1978, n. 180 'Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori'. *Gazzetta Ufficiale* 16 maggio 1978, n. 133. Rome; 1978 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_888\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf), consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 598.** Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad. Ley n.º 9379. Publicada en el Alcance 153 a La Gaceta n.º 166 de 30 de agosto de 2016. San José; 2016 (<https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
- 599.** Decreto Legislativo No 1384, Decreto legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Lima; 2018 (<https://busquedas>.

[elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-reconoce-y-regula-la-capacidad-jurid-decreto-legislativo-n-1384-1687393-2/](http://elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-reconoce-y-regula-la-capacidad-jurid-decreto-legislativo-n-1384-1687393-2/), consultado em 22 de janeiro de 2021).

600. Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad maiores de edad. Bogota: Ministerio de Justicia y del Derecho; 2019 ([http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1996\\_2019.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html), consultado em 22 de janeiro de 2021).
601. Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 de março de 2020. 2020 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
602. The Mental Healthcare Act, 2017. Law No 10 of 2017, 7 de abril de 2017. New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
603. Mental Health Act. Republic Act No 11036, 24 July 2017. Manila: Republic of the Philippines; 2017 (<https://www.officialgazette.gov.ph/2018/06/20/republic-act-no-11036/>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
604. הת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, ה'תשס"א Jerusalem; 2000 (<https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Nefesh35.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
605. Lenior ME, Dingemans PM, Linszen DH, De Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry*. 2001;179:53-8. doi: 10.1192/bjp.179.1.53.
606. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2001;27:73-92. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861.
607. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2010;197:350-6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526.
608. Stowkowy J, Addington D, Liu L, Hollowell B, Addington J. Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophr Res*. 2012;136:7-12. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.027.
609. Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med*. 2010;40:73-84. doi: 10.1017/S0033291709006126.
610. Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:393-401. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x.
611. Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002;16:39-46. doi: 10.1053/apnu.2002.30541.
612. Nordby K, Kjønnsberg K, Hummelvoll JK. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17:304-11. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01531.x.
613. Shalev A, Shor R. [The need for help of family caregivers of persons with mental illness in a unique service for families in the Beer Sheva Mental Health Center]. *Harefuah*. 2016;155:749-52.
614. Shor R, Shalev A. The significance of services in a psychiatric hospital for family members of persons with mental illness. *Fam Syst Health*. 2015;33:68-71. doi: 10.1037/fsh0000098.
615. Solera-Deuchar L, Mussa MI, Ali SA, Haji J, McGovern P. Establishing views of traditional healers and biomedical practitioners on collaboration in mental health care in Zanzibar: a qualitative pilot study. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:1. doi: 10.1186/s13033-020-0336-1.

616. Read UM. Rights as relationships: collaborating with faith healers in community mental health in Ghana. *Cult Med Psychiatry*. 2019;43:613-35. doi: 10.1007/s11013-019-09648-3.
617. Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
618. QualityRights in countries. Em: WHO QualityRights. Genebra: Organização Mundial da Saúde; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/>, consultado em 13 de março de 2021).
619. Mental health, human rights and standards of care. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health,-human-rights-and-standards-of-care-2018>, consultado em 6 de abril de 2021).
620. QualityRights materials for training, guidance and transformation. Em: Organização Mundial da Saúde [website]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
621. Pathare S, Funk M, Drew Bold N, Chauhan A, Kalha J, Krishnamoorthy S. Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. *Br J Psychiatry*. 2019;1-8. doi: 10.1192/bjp.2019.138.
622. QualityRights Lebanon: investing in quality care and human rights in mental health [video]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 ([https://www.youtube.com/watch?v=TIIB\\_LgEYpc&list=UU07-dOwgza1IguKA86jqxNA&index=114](https://www.youtube.com/watch?v=TIIB_LgEYpc&list=UU07-dOwgza1IguKA86jqxNA&index=114), consultado em 28 de janeiro de 2021).
623. WHO result report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-result-report-programme-budget-2018-2019>, consultado em 28 de janeiro de 2021).
624. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, הת 2021. Jerusalem: Ministry of Health. State of Israel; 2021 (<https://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>, consultado em 13 de março de 2021).
625. Fenton WS, Hoch JS, Herrell JM, Mosher L, Dixon L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:357-64. doi: 10.1001/archpsyc.59.4.357.
626. Ezenduka C, Ichoku H, Ochonma O. Estimating the costs of psychiatric hospital services at a public health facility in Nigeria. *J Ment Health Policy Econ*. 2012;15:139-48.
627. Sosyal Güvenlik Kurumu Sag k Uygu ama Teb Iginde Degi Ik Ik Yap mas na Dalr Teb Ig. Republic of Turkey Social Security Institution; 2019 ([http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana\\_hizmet\\_birimleri/gss\\_genel\\_mudurlugu/anasayfa\\_duyurular/sut\\_degisiklik\\_teblici\\_04092019](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/sut_degisiklik_teblici_04092019), consultado em 22 de janeiro de 2021).
628. Stensland M, Watson PR, Grazier KL. An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. *Psychiatr Serv*. 2012;63:666-71. doi: 10.1176/appi.ps.201100402.
629. Huskamp HA. Pharmaceutical cost management and access to psychotropic drugs: the U.S. context. *Int J Law Psychiatry*. 2005;28:484-95. doi: 10.1016/j.ijlp.2005.08.004.
630. Mental Health System Reform in Afghanistan. Em: Mental Health Innovation Network. London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/contact-us>, consultado em 13 de março de 2021).
631. Read J, Kirsch I, Mcgrath L. Electroconvulsive therapy for depression: a review of the quality of ECT vs Sham ECT trials and meta-analyses. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2019;21:64-103.
632. PEPP-Entgeltkatalog. InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; 2019 ([https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem\\_2020/PEPP-Entgeltkatalog](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2020/PEPP-Entgeltkatalog), consultado em 22 de janeiro de 2021).
633. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ed MS; 2015 (<https://>

[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf), consultado em 22 de janeiro de 2021).

634. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---.pdf>, consultado em 4 de janeiro de 2021).
635. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:51-8. doi: 10.1590/ S0034-89102011005000085.
636. Healing minds, changing lives: a movement for community-based mental health care in Peru - delivery innovations in a low-income community, 2013-2016. Washington, DC: Grupo Banco Mundial; 2018 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/407921523031016762/pdf/125036-WP-PUBLIC-P159620-add-series-WBG MentalHealthPeruFINALWeb.pdf>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
637. Abdulmalik J, Fadahunsi W, Kola L, Nwefoh E, Minas H, Eaton J *et al*. The Mental Health Leadership and Advocacy Program (mhLAP): a pioneering response to the neglect of mental health in Anglophone West Africa. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:5. doi: 10.1186/1752-4458-8-5.
638. Ryan GK, Nwefoh E, Aguocha C, Ode PO, Okpoju SO, Ocheche P *et al*. Partnership for the implementation of mental health policy in Nigeria: a case study of the Comprehensive Community Mental Health Programme in Benue State. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:10. doi: 10.1186/s13033-020-00344-z.
639. Social prescribing: Making it work for GPs and patients. London: British Medical Association; 2019 (<https://www.bma.org.uk/media/1496/bma-social-prescribing-guidance-2019.pdf>, consultado em 13 de março de 2021).
640. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 16 July 2018 (A/73/161). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2018 (<https://undocs.org/en/A/73/161>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
641. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 ([https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf), consultado em 26 de janeiro de 2021).
642. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
643. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non- specialized health settings (versão atualizada disponível em 2021). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010 ([https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/), consultado em 6 de abril de 2021).
644. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Aust NZ J Psychiatry*. 2004;38:348– 54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x.
645. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull*. 2006;32:709-14. doi: 10.1093/schbul/sbj065.
646. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry*. 2011;199:367-37. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085563.
647. Hunt P. The health and human rights movement: Progress and obstacles. *J Law Med*. 2008;15:714-24.
648. Mann JM. Health and human rights - if not now, when? *Am J Public Health*. 2006;96:1940-3. doi: 10.2105/ajph.96.11.1940.

649. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 16 July 2019 (A/74/174). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/A/74/174>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
650. Human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329538>, consultado em 7 de março de 2021).
651. Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, consultado em 6 de março de 2021).
652. Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
653. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: PRE-training questionnaire. Genebra: Organização Mundial da Saúde; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, consultado em 20 de março de 2021).
654. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: POST-training questionnaire. Genebra: Organização Mundial da Saúde; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, consultado em 20 de março de 2021).
655. Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. Em: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. Mental health, human rights and legal capacity. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
656. Baker E, Fee J, Bovingdon L, Campbell T, Hewis E, Lewis D *et al.* From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *Adv Psychiatr Treat.* 2013;19:2–10. doi: 10.1192/apt.bp.110.008342.
657. Svensson SA, Hedenrud TM, Wallerstedt SM. Attitudes and behaviour towards psychotropic drug prescribing in Swedish primary care: a questionnaire study. *BMC Fam Pract.* 2019;20. doi: 10.1186/s12875-018-0885-4.
658. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks - an essay by John B Warren. *BMJ.* 2020;370. doi: 10.1136/bmj.m3200.
659. He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction. Wellington: The Government Inquiry into Mental Health and Addiction; 2018 (<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/inquiry-report/>, consultado em 5 de setembro de 2020).
660. Richard Smith: Psychiatry in crisis? Em: The BMJ Opinion. London: BMJ Opinion; Julho 4, 2016 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2016/07/04/richard-smith-psychiatry-in-crisis/>, consultado em 22 de dezembro de 2020).
661. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry.* 2019;6:538-46. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30032-X.
662. RCPsych launches new patient resource on stopping antidepressants. Em: Royal College of Psychiatrists [website]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 ([https://www.rcpsych.ac.uk/members/your-monthly-e-newsletter/rcpsych-e-newsletter-setembro-2020/new-stopping-antidepressants-guidance?utm\\_campaign=1992070\\_eNewsletter%20-%20main%20-%2024%20Setembro&utm\\_medium=email&utm\\_source=RCPsych%20Digital%20Team&dm\\_i=3S89,16P3A,2H3K2N,480UK,1](https://www.rcpsych.ac.uk/members/your-monthly-e-newsletter/rcpsych-e-newsletter-setembro-2020/new-stopping-antidepressants-guidance?utm_campaign=1992070_eNewsletter%20-%20main%20-%2024%20Setembro&utm_medium=email&utm_source=RCPsych%20Digital%20Team&dm_i=3S89,16P3A,2H3K2N,480UK,1), consultado em 22 de janeiro de 2021).
663. Stopping antidepressants. Em: Royal College of Psychiatrists [website]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 (<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
664. McCormack J, Korownyk C. Effectiveness of antidepressants. *BMJ.* 2018;360:k1073. doi: 10.1136/bmj.k1073.

665. Moncrieff J. What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:430-2. doi: 10.1017/S2045796018000240.
666. Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9:e024886. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024886.
667. Hengartner MP, Read J, Moncrieff J. Protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2019;6:890. doi: 10.21256/zhaw-18614.
668. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res.* 2009;113:1–11. doi: 10.1016/j.schres.2009.05.018.
669. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2016;173:680-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.
670. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S *et al.* Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:8421. doi: 10.3390/ijerph17228421.
671. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety.* 2018;35:502-14. doi: 10.1002/da.22728.
672. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85:1080-94. doi: 10.1037/ccp0000245.
673. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2019;15:98-112. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.114.
674. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther.* 2019;50:60-72. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.009.
675. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;143:6-21. doi: 10.1111/acps.13242.
676. Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti SK, Roshanpajouh M. Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *East Asian Arch Psychiatry.* 2020;30:52-6. doi: 10.12809/eaap1885.
677. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ *et al.* Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;59:52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
678. Wampold BE. The research evidence for common factors models: a historically situated perspective. Em: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, editors. *The heart and soul of change: delivering what works in therapy*, second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
679. Kirmaioer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *Br Med Bull.* 2004;69:33-4. doi: 10.1093/bmb/ldh006.
680. Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, WHO generic field-trial version 1.0. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
681. Group Problem Management Plus (Group PM+): group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (generic field-trial version 1.0). Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2020 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334055>, consultado em 22 de janeiro de 2021).



682. Organização Mundial da Saúde, Columbia University. Group Interpersonal Therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/group-interpersonal-therapy-for-depression>, consultado em 22 de janeiro de 2021).
683. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
684. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33190>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
685. Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A. Ensuring quality in psychological support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry*. 2020;19:115-6. doi: 10.1002/wps.20704.
686. Question sets. WG Short Set on Functioning (WG-SS). Em: Washington Group on Disability Statistics [website]. Maryland: Washington Group on Disability Statistics; n.d. (<https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>, consultado em 6 de março de 2021).
687. Model Disability Survey. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>, consultado em 6 de março de 2021).
688. EU-OHCHR Bridging the Gap I: Human rights indicators for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in support of a disability inclusive 2030 Agenda for Sustainable Development. Em: Bridging the Gap [website]. Bridging the Gap; 2018 (<https://bridgingthegap-project.eu/crpd-indicators/>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
689. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17:123-31. doi: 10.1080/09540260500073638.
690. Rüscher N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20:529-39. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
691. Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
692. Conversations change lives. Global anti-stigma toolkit. London: Time to Change Global programme; n.d. (<https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>, consultado em 6 de março de 2021).
693. Speak your mind [website]. London: United for Global Mental Health; n.d. (<https://gospeakyourmind.org/campaign>, consultado em 19 de março de 2021).
694. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 12 de abril de 2019 (A/HRC/41/34). Genebra: Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/A/HRC/41/34>, consultado em 18 de janeiro de 2021).
695. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*. 2007;370:449-55. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61200-8.
696. Meier BM, Evans DP, Kavanagh MM, Keralis JM, Armas-Cardona G. Human rights in public health: deepening engagement at a critical time. *Health Hum Rights*. 2018;20:85-91.
697. World Network of Users and Survivors of Psychiatry [website]. Odense: World Network of Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<http://wnusp.net/>, consultado em 6 de março de 2021).
698. Who we are. Em: TCI Asia Pacific [website]. Pune: TCI Asia Pacific; n.d. (<https://www.tci-asia.org>, consultado em 6 de março de 2021).
699. Full text of the Bali Declaration. Em: Transforming communities for inclusion. Pune: CAMH News and Resources; 2018 (<https://transformingcommunitiesforinclusion.wordpress.com/2018/10/01/full-text-of-the-bali-declaration/>, consultado em 13 de março de 2021).

- 700.** European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry [website]. Copenhagen: European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<https://enusp.org>, consultado em 6 de março de 2021).
- 701.** Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities [website]. Cape Town: Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities; n.d. (<https://www.facebook.com/pg/PANPPD/>, consultado em 6 de março de 2021).
- 702.** Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial [website]. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial; n.d. (<http://redesfera.org/>, consultado em 7 de março de 2021).
- 703.** Global mental health peer network [website]. Johannesburg: Global mental health peer network; n.d. (<https://www.gmhpn.org>, consultado em 6 de março de 2021).
- 704.** Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatment. *CNS Drugs*. 2006;20:99-106. doi: 10.2165/00023210-200620020-00002.
- 705.** Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24:469-86. doi: 10.1016/s0160-2527(01)00079-6.
- 706.** Levin A. Media cling to stigmatizing portrayals of mental illness. *Psychiatric News*. 16 de dezembro de 2011 ([https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.46.24.psychnews\\_46\\_24\\_16-a](https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.46.24.psychnews_46_24_16-a), consultado em 20 de janeiro de 2021).
- 707.** LIVE LIFE: Preventing suicide. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (Licença: CC BY- NC-SA 3.0 IGO; <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>, consultado em 20 de março de 2021).
- 708.** Naslund JA, Grande SW, Aschbrenner KA, Elwyn G. Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PLoS One*. 2014;9:e110171. doi: 10.1371/journal.pone.0110171.
- 709.** Naslund JA, Aschbrenner KA, McHugo GJ, Unützer J, Marsch LA, Bartels SJ. Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13:405-13. doi: 10.1111/eip.12496.
- 710.** The National Institute of Mental Health (NIMH) [website]. Bethesda: The National Institute of Mental Health (NIMH); n.d. (<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
- 711.** Rogers A. Star neuroscientist Tom Insel leaves the google-spawned verily for ... a startup? Em: *Wired* [website]. San Francisco: *Wired*; 2017 (<https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tom-insel-leaves-google-spawned-verily-startup/>, consultado em 23 de janeiro de 2021).
- 712.** Slade M, Bird V, Clarke E, Le Boutillier C, McCrone P, Macpherson R *et al*. Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:503-14. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00086-3.
- 713.** Meadows G, Brophy L, Shawyer F, Enticott JC, Fossey E, Thornton CD *et al*. REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:103-14. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30429-2.
- 714.** Porsdam MS, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human rights-based approaches to mental health: a review of programs. *Health Hum Rights*. 2016;18:263-76.
- 715.** Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66:303-9. doi: 10.1176/appi.ps.201400185.
- 716.** Kanna S, Faraaz M, Shekhar S, Vikram P. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98:52-8. doi: 10.2471/BLT.19.234906.

717. Berrios GE, Marková IS. Towards a new epistemology of psychiatry. Em: Kirmaioer LJ, Lemelson R, Cummings CA, editors. Re-visioning psychiatry cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2015:41-64.
718. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011 ([https://ddc.delaware.gov/contentFolder/pdfs/preventing\\_reducing\\_restraintseclusion\\_use\\_report\\_092012.pdf](https://ddc.delaware.gov/contentFolder/pdfs/preventing_reducing_restraintseclusion_use_report_092012.pdf), consultado em 23 de janeiro de 2021).
719. Borecky A, Thomsen C, Dubov A. Reweighing the ethical tradeoffs in the involuntary hospitalization of suicidal patients. *Am J Bioeth.* 2019;19:71-83. doi: 10.1080/15265161.2019.1654557.
720. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One.* 2016;11:e0168720. doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
721. Semrau M, Lempp L, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S *et al.* Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:79. doi: 10.1186/s12913-016-1323-8.
722. Ryan G, Semrau M, Nkurunungi E, Mpango R. Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? *Curr Opin Psychiatry.* 2019;32:355-60. doi: 10.1097/YCO.0000000000000506.
723. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291 (2019). Brussels: Parliamentary Assembly. Council of Europe; 2019 (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038>, consultado em 6 de março de 2021).
724. Priestley M, Waddington L, Bessozi C. Towards an agenda for disability research in Europe: learning from disabled people's organisations. *Disabil Soc.* 2010;25. doi: 10.1080/09687599.2010.505749.
725. Rose D, Kalathil J. Power, privilege and knowledge: the untenable promise of co-production in mental "health". *Front Sociology.* 2019;4:article 57. doi: 10.3389/fsoc.2019.00057.

## Anexo

### Metodologia

O objetivo da metodologia deste documento era identificar uma gama diversificada de serviços com boas práticas em diferentes contextos geográficos e econômicos. A metodologia foi desenvolvida para ser proporcional aos recursos, escala e prazos do projeto. Reconheceu-se desde o início que a intenção da metodologia não era identificar os serviços com as *melhores* práticas, mas sim identificar *boas* práticas que ilustram o que pode ser feito e demonstrar o potencial mais amplo de serviços de saúde mental de base comunitária que promovam os direitos humanos e o *recovery*.

### **Fase 1: Identificação de serviços em potencial para consideração**

Serviços em potencial para consideração foram identificados por meio de quatro fontes primárias.

1. Foram realizadas revisões da literatura em inglês, francês, espanhol e português para identificar potenciais serviços descritos ou citados na literatura acadêmica. Cinco tópicos-chave relacionados a direitos humanos e abordagens de *recovery* em saúde mental foram identificados e usados para definir as palavras-chave únicas e compartilhadas usadas em cada pesquisa (respeito à capacidade jurídica, alternativas a práticas coercitivas, participação, inclusão comunitária e abordagem de *recovery*). Os bancos de dados mais relevantes para cada idioma foram selecionados, e o intervalo de datas foi limitado a 2005-2017.
2. Realizou-se então uma busca na internet em inglês, francês, espanhol e português, utilizando o motor de busca Google, para identificar potenciais serviços com presença online mas que não teriam necessariamente sido incluídos ou citados na literatura acadêmica. O formato da busca foi “Country Name Mental Health Community Services” [“nome do país + serviços de saúde mental comunitários”], e esta foi limitada às primeiras 10 páginas de resultados, sempre em modo de navegação anônima.
3. Uma consulta virtual foi promovida por meio das redes sociais e redes de colaboradores da OMS, incluindo pontos focais para saúde mental nos Ministérios da Saúde e centros colaboradores da OMS, ONGs e OPD colaboradoras e outras agências do sistema das Nações Unidas, como o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos. O objetivo foi identificar serviços em potencial cujo idioma principal não havia sido incluído nas buscas acima ou que poderiam não ter presença na literatura acadêmica nem na internet. Os critérios utilizados para selecionar os serviços foram especificados no edital da consulta virtual.
4. Finalmente, os serviços relevantes já conhecidos da OMS foram identificados com base em seu trabalho nos países ao longo dos anos.

Todas as buscas utilizaram os mesmos critérios de exclusão: foram excluídos serviços para pessoas com deficiências cognitivas ou físicas, problemas neurológicos ou uso indevido de substâncias (quando não especificamente no contexto da saúde mental). Também foram excluídos os serviços altamente especializados, por exemplo, os de tratamento de transtornos alimentares. Outras áreas não incluídas foram: intervenções por meios eletrônicos; serviços telefônicos (como linhas diretas); programas de prevenção; serviços com base em ferramentas específicas (p. ex., diretivas antecipadas); capacitação e *advocacy*.

## **Fase 2: Triagem inicial com base em princípios mínimos de direitos humanos e recovery**

Cada serviço passou por uma triagem inicial de acordo com cinco critérios baseados em direitos humanos e *recovery*:

1. respeito pela capacidade jurídica: promoção da autonomia, tomada de decisão independente e preconização da independência;
2. práticas não coercitivas: referência explícita à implementação de serviços sem o uso de coação, força, contenção, etc.;
3. participação: suporte de pares, envolvimento dos usuários na elaboração ou implementação do serviço;
4. inclusão comunitária: vínculos diretos com a comunidade, oferta de serviços adicionais, inclusão de práticas culturais, desenvolvimento de redes; e
5. abordagem de *recovery*: apoio às pessoas para recuperarem o controle, cuidados centrados na pessoa, promoção de relacionamentos significativos na vida, esperança no futuro e empoderamento.

Os serviços foram aprovados na triagem inicial se demonstraram dois dos cinco critérios acima e considerou-se que incorporavam direitos humanos e valores de *recovery* em sua missão, serviços e práticas. Uma consideração importante foi se e como o serviço apoiava indivíduos com necessidades complexas ou aqueles que poderia, em alguns contextos, ser descritos como “casos difíceis”. Os serviços que não admitiam, não forneciam suporte ou dispensavam/encaminharam a maioria desses indivíduos para serviços não compatíveis com a CDPD não foram incluídos para consideração adicional. Foram feitas algumas concessões para serviços que pareciam atender aos critérios acima, mas para os quais havia evidências limitadas, especialmente se fossem de um país de baixa ou média renda ou se o serviço representasse uma abordagem particularmente inovadora.

As redes de serviços foram diferenciadas dos serviços autônomos e identificadas separadamente. Todas as redes de serviços identificadas vieram de projetos ou colaboradores anteriores ou atuais da iniciativa Direito é Qualidade da OMS.

## **Fase 3: Classificação dos serviços**

Os serviços foram revisados e classificados de acordo com categorias. Seis categorias de serviços foram identificadas:

1. Serviços de atenção à crise.
2. Serviços de base hospitalar.
3. Centros de saúde mental de base comunitária.
4. Serviços móveis na comunidade.
5. Serviços residenciais de apoio.
6. Serviços de suporte de pares.

## **Fase 4: Análise completa dos serviços dentro de cada categoria**

Os serviços foram analisados em termos do número de critérios atendidos, até que ponto os critérios foram atendidos (parcialmente/totalmente) e corpo de evidências disponível sobre boas práticas (por exemplo, se havia dados qualitativos/quantitativos disponíveis). Os serviços foram classificados em cada categoria de acordo com os critérios atendidos e a base de evidências disponível. Os serviços em locais de baixa renda e regiões geográficas sub-representadas foram priorizados quando possível ou apropriado, assim como serviços com dados de avaliação.

### ***Fase 5: Descrição completa dos melhores serviços dentro de cada categoria***

Os serviços com a nota mais alta dentro de cada categoria foram pesquisados e analisados a fundo, e foram redigidas descrições completas. Informações adicionais foram solicitadas aos prestadores do serviço, conforme necessário. As descrições completas dos serviços foram submetidas a uma revisão interna. Nesta fase, os serviços ou progrediram ou foram eliminados. Se eliminado, o próximo serviço com a nota mais alta na mesma categoria foi selecionado para ser analisado na íntegra (novamente, priorizando países de baixa e média renda e aqueles com disponibilidade de dados de avaliação). Esta fase foi concluída quando foram identificadas boas práticas em todas as categorias de tipo de serviço.

### ***Fase 6: Validação dos serviços selecionados como serviços que utilizam boas práticas***

Os serviços que progrediram foram analisados quanto à base de evidências disponível e necessidade de validação adicional. A medida em que os serviços exigiam validação adicional era proporcional à robustez das evidências disponíveis demonstrando boas práticas. Por exemplo, serviços que já haviam sido objeto de pesquisas revisada por pares, tinham evidência qualitativa ou quantitativa demonstrável de boas práticas (relatórios de monitoramento, *feedback* do serviço, avaliações e/ou prêmios em nível internacional ou nacional) passaram por menos validação adicional do que serviços com menos evidências robustas. Os métodos de validação incluíram visitas de campo por colaboradores locais da iniciativa Direito é Qualidade da OMS, entrevistas (presenciais durante visitas de campo ou a distância) com prestadores do serviço, usuários do serviço e/ou instituições locais que trabalham com o serviço e/ou solicitações de informações adicionais. Os serviços que passaram com sucesso na fase de validação foram selecionados para inclusão no documento de orientação final.

### ***Limitações***

Uma limitação significativa da metodologia foi restringir as buscas a quatro idiomas. Embora tenhamos tentado abordar essa limitação por meio da consulta virtual, não ficou claro quais serviços adicionais poderiam ter sido identificados se a revisão da literatura e as pesquisas online tivessem sido realizadas em mais idiomas. Além disso, nem todos os países têm a possibilidade de promover ou publicar dados sobre seus serviços, principalmente países de baixa e média renda, e isso provavelmente limitou ainda mais a seleção de serviços. Essa limitação foi parcialmente abordada na metodologia, ao aproveitarmos as redes de colaboração da OMS para identificar tipos e/ou locais de serviços específicos que forneceriam mais equilíbrio e representatividade à seleção geral de serviços incluídos neste documento. Os serviços selecionados para apresentação neste documento não implicam de forma alguma que representem as melhores práticas do mundo, nem que não existam outras boas práticas em outros países.

A Figura A1 abaixo fornece um resumo da metodologia usada para selecionar serviços com boas práticas para inclusão nesta orientação.

**Figura A1. Metodologia para seleção dos serviços com boas práticas incluídos no documento**

	Revisão da literatura	Pesquisa na internet	Consulta virtual	Serviços identificados através das redes da OMS	
<b>Serviços identificados inicialmente</b>	219 serviços passaram pelos critérios de seleção iniciais	535 serviços atenderam os critérios de seleção iniciais	433 sugestões com base em critérios de seleção especificados	10	
<b>Triagem inicial (2 de 5 critérios)</b>					687 serviços eliminados
<b>Número de serviços que progrediram para triagem completa e classificação de acordo com a categoria</b>	74	313	113	10	
<b>Triagem completa</b>					247 serviços eliminados
<b>Classificação dos serviços</b>					
<b>Número de serviços classificados de cada fonte</b>	61	108	84	10	
<b>Serviços classificados em 6 categorias. Análise completa dos melhores serviços dentro de cada categoria</b> (com base em critérios atendidos, dando preferência a serviços em contextos de baixa renda e regiões sub-representadas)					
<b>Número de serviços que progrediram para a fase final de validação</b>	4	11	7	10	
<b>Número de serviços incluídos no documento final de orientação</b>	4	5	5	7	
<b>Serviços por nome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soteria, Berna, Suíça</li> <li>Phoenix Clubhouse, Hong Kong</li> <li>Ombudsman Pessoal, Suécia</li> <li>Serviço de atenção à crise Diálogo Aberto, Finlândia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos de suporte de Ouvidores de vozes</li> <li>Redes de moradia assistida KeyRing, Reino Unido</li> <li>Tupu Ake, Nova Zelândia</li> <li>Afiya House, Massachusetts, EUA</li> <li>Home Again, Chennai, Índia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shared Lives, Sudeste do País de Gales, Reino Unido</li> <li>Link House, Bristol, Reino Unido</li> <li>Naya Daur, Índia</li> <li>Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Alemanha</li> <li>Aung Clinic, Mianmar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CAPS III, Brasilândia, São Paulo, Brasil</li> <li>Grupo de suporte de pares da USP-K, Quênia</li> <li>Banco da Amizade, Zimbábue</li> <li>Atmiyata, Gujarat, Índia</li> <li>Hand in Hand, Geórgia</li> <li>Home Focus, West Cork, Irlanda</li> <li>Unidade BET, Hospital Blakstad, Consórcio Hospitalar de Vestre Viken, Noruega</li> <li>Suporte de Pares do Sudeste de Ontário, Canadá</li> </ul>	
<b>22 Serviços incluídos no documento de orientação final</b>					

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

