

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Síntese de evidências para políticas de saúde
**Melhorando o cuidado de pacientes com
transtornos mentais desinstitucionalizados**

Brasília – DF
2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia

Síntese de evidências para políticas de saúde Melhorando o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados

Brasília – DF
2020



2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Esse trabalho foi desenvolvido em cooperação entre o Departamento de Ciência e Tecnologia e a Organização Pan-Americana da Saúde.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sobreloja

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6291

Site: www.brasil.evipnet.org

E-mail: evipnetbrasil@saude.gov.br

Revisão técnica e de mérito:

Daniela Fortunato Rego (Decit/SCTIE/MS)

Janaina Sallas (Decit/SCTIE/MS)

Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz/Brasília/DF)

Maritsa Carla de Bortoli (Instituto de Saúde/SES/SP)

Sonia Ioyama Venancio (Instituto de Saúde/SES/SP)

Taís Rodrigues Tesser (Instituto de Saúde/SES/SP)

Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde/SES/SP)

Editoração:

Jessica Alves Rippel (Decit/SCTIE/MS)

Ludmila Schmaltz Pereira (Decit/SCTIE/MS)

Projeto gráfico:

Gustavo Veiga e Lins (Decit/SCTIE/MS)

Fotografia:

Domínio público

Elaboração:

Izabela Fulone (Universidade de Sorocaba)

Cristiane de Cassia Bergamaschi (Universidade de Sorocaba)

Silvio Barberato-Filho (Universidade de Sorocaba)

Marcus Tolentino Silva (Universidade de Sorocaba)

Luciane Cruz Lopes (Universidade de Sorocaba)

Normalização:

Daniela F. B. da Silva (Editora MS/CGDI)

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de evidências para políticas de saúde : melhorando o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
60 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_pacientes_transtornos_mentais.pdf

ISBN 978-85-334-2769-3

1. Transtornos mentais. 2. Saúde pública. 3. Políticas públicas em saúde. I. Título.

CDU 616.89

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0107

Título para indexação:

Summary of evidence for health policies: improving or caring for patients with deinstitutionalized mental disorders

Sumário

MENSAGENS-CHAVE	6
O problema	6
Opções para enfrentar o problema	7
CONTEXTO E ANTECEDENTES	10
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	14
Magnitude do problema	14
As causas e consequências do problema	14
O processo de desinstitucionalização está sendo enfrentado	15
OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA	18
Opção 1 – Disponibilizar programas de psicoeducação	19
Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do gerenciamento intensivo de casos	21
Opção 3 – Implantar equipes comunitárias de saúde mental	23
Opção 4 – Estruturar serviço residencial terapêutico	24
Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo	26
Considerações de equidade para as opções	27
CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	31
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	48
Apêndice A – Critério de elegibilidade para seleção das revisões sistemáticas que compõe a síntese	49
Apêndice B – Base de dados e estratégias de busca utilizadas para identificação das opções para políticas	50
Apêndice C - Fluxograma do processo de inclusão dos estudos	52
Apêndice D – Estudos excluídos após leitura completa	53
Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – disponibilizar programas de psicoeducação	55
Apêndice F – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – implementar e monitorar a prática do gerenciamento intensivo de casos	56
Apêndice G – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – implantar equipes comunitárias de saúde mental	57
Apêndice H – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – estruturar serviço residencial terapêutico	58
Apêndice I – Revisões sistemáticas sobre a opção 5 – fortalecer dispositivos para intervenções em episódio agudo psiquiátrico	59
Apêndice J – Revisões sistemáticas qualitativas e quantitativas incluída para subsidiar a implementação das opções	60

Síntese de evidências para políticas de saúde:

Melhorando o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados.

Incluindo

- Contextualização e descrição de um problema;
- Opções viáveis para resolver o problema identificado;
- Considerações de equidade para as opções; e
- Considerações sobre a implementação das opções identificadas.

Não incluindo

Essa síntese **não incorpora** recomendações sobre quais opções devem ser selecionadas para implementação da política.

Para quem essa síntese de evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por essa síntese de evidências.

Para que essa síntese de evidências foi preparada?

Para subsidiar as decisões a serem tomadas na solução de problemas em questão, de políticas ou programas de saúde, das quais essas sejam bem fundamentadas por evidências científicas relevantes e disponíveis, identificadas, selecionadas e avaliadas por meio de processo sistemático e transparente.

O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

É um resumo das evidências de pesquisas globais e locais relevantes¹ que foram identificadas, avaliadas e organizadas em opções para o enfrentamento de problemas de saúde para subsidiar o diálogo de políticas com os atores envolvidos como gestores, sociedade civil organizada e pesquisadores.

A elaboração de um síntese de evidências, utiliza de processos sistemáticos e transparentes que fundamentam as decisões relacionadas a política, suas implicações e barreiras.

Objetivos dessa síntese de evidências para políticas de saúde

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

1. Esclarecer e priorizar os problemas em questão de políticas ou programas de saúde;
2. Subsidiar as decisões para políticas ou programas de saúde considerando os benefícios, prejuízos, custos locais ou relação custo-benefício, aplicabilidade, pontos de vistas e experiências das partes interessadas e aspectos de equidade para as opções;
3. Identificar as considerações sobre implementação das opções.

Resumo Informativo

As evidências apresentadas nessa síntese também podem estar no Resumo Informativo.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas na

¹A revisão sistemática é um estudo secundário, considerado o melhor nível de evidência para tomada de decisão, que reúne resumos de evidências que abordam uma questão claramente formulada usando métodos sistemáticos e transparentes para identificar, coletar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes.

tomada de decisão e na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, na prática clínica, nos serviços e sistemas de saúde, na formulação de políticas públicas e na cooperação técnica entre os países participantes.

A EVIPNet Brasil é coordenada pelo Ministério da Saúde, no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). A implementação dessa iniciativa é realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros.

Universidade de Sorocaba – Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas

A Universidade de Sorocaba é mantida pela Fundação Dom Aguirre, presidida pelo Arcebispo Metropolitano de Sorocaba. Criada em 1994, trata-se de Universidade comunitária voltada para a formação de profissionais éticos e competentes, à luz dos princípios cristãos. O programa de pós-graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas (PPGCF) foi aprovado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em 2008. Essa síntese de evidências foi elaborada por alguns membros do grupo Serviços de Evidências para Monitoramento & Avaliação (SERIEMA) que está vinculado à linha de pesquisa: Uso racional de medicamento do PPGCF.

Financiamento

Essa síntese de evidências para políticas: **“Melhorando o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados”** é produto do projeto contemplado na “2ª Chamada pública de apoio a projetos de tradução do conhecimento no âmbito da EVIPNet Brasil para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) - 2017” e financiada com recursos oriundos de Termo de Cooperação nº 91 entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Houve também financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº 2017/20668-7.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse.

Revisão do mérito dessa síntese de evidências

Essa síntese de evidências foi revisada em método por especialistas, na identificação, seleção, avaliação crítica, e no mérito por pesquisadores, gestores e atores interessados no problema quanto à sua relevância para política de saúde.

Agradecimentos

Departamento Regional de Saúde – XVI, que contempla os 48 municípios que apoiaram a realização deste trabalho e participaram ativamente no mesmo.

Parcerias

Equipe DRS-XVI e equipe de saúde mental da Prefeitura do município de Sorocaba.

Citação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: melhorando o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 60 p.



Fonte: www.freepik.com.

MENSAGENS-CHAVE

O Problema

A Organização Mundial da Saúde estima que uma em cada dez pessoas no mundo sofre de algum tipo de transtorno mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b). Os transtornos mentais incluem: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiências intelectuais e transtornos do desenvolvimento, incluindo autismo. O Brasil apresenta altos índices de prevalência de transtornos mentais na população adulta, variando entre 20-56% (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Estudo recente realizado nas principais capitais brasileiras mostra que a taxa de transtornos mentais comuns na atenção primária é maior que 50% (GONÇALVES *et al.*, 2014).

O grau de comprometimento de um transtorno mental pode variar de sintomas breves e leves, às síndromes incapacitantes, delírios e surtos psicóticos debilitantes. De maneira geral, pessoas com transtornos mentais requerem assistência contínua e suporte social por períodos indefinidos em comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Inúmeros hospitais psiquiátricos já foram objeto de denúncia sobre o desrespeito aos direitos humanos, aos maus tratos a pacientes, à violência, à falta de requisitos mínimos de funcionamento e à falta de assistência. Por esses motivos, na década de 1990, vistorias técnicas realizadas pelo recém instituído SUS determinaram o fechamento de inúmeros hospitais psiquiátricos e a assistência psiquiátrica brasileira passou a ser marcada por uma política de desinstitucionalização, caracterizada pela redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e pela implantação de uma rede integrada de atenção à saúde mental na comunidade (SILVA *et al.*, 2017).

No entanto, a rápida redução dos leitos hospitalares psiquiátricos não foi acompanhada por significativa implantação de cuidados efetivos em nível comunitário (JORGE; FRANCA, 2001; SILVA *et al.*, 2017). Em 2014, em todo o Brasil havia cerca de 26 mil leitos psiquiátricos SUS distribuídos em 167 hospitais psiquiátricos, e apenas 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 610 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 4.349 beneficiários do “Programa de Volta para Casa” (SAÚDE MENTAL..., 2015).

O processo de desinstitucionalização vem ocorrendo gradativamente, porém o número de serviços oferecidos na comunidade é insuficiente e frágil para atender à

demanda de pacientes. No Brasil, o processo de desinstitucionalização não ocorreu da mesma forma em todas as regiões. Em algumas delas, como é caso de Barbacena e Sorocaba, onde o número de pacientes internados em leitos hospitalares era muito elevado, o processo de desinstitucionalização ultrapassou a capacidade de assimilação dos serviços ambulatoriais ofertados (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Esse processo vem sendo questionado por alguns setores da sociedade brasileira (JORGE; FRANCA, 2001). Debate-se a ausência de estudos de avaliação de base epidemiológica e o acompanhamento das políticas nacionais implementadas, uma vez que estratégias efetivas de cuidado e garantia de assistência de qualidade, poderiam, de fato, reduzir a demanda por leitos hospitalares (TEIXEIRA, 2005).

O problema central parece ser a falta de monitoramento intensivo dos pacientes na comunidade, a ausência de equipes capacitadas, a falta de integração entre os serviços, carência de dispositivos sociais, deficiências nos mecanismos de gestão e financiamento. Esses fatores, detectados previamente em alguns estudos, podem estar prejudicando o processo de reinserção social dos pacientes desinstitucionalizados (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008; FURTADO, 2006; TEIXEIRA, 2005).

Considerando o cenário do problema contextualizado, quais seriam as opções informadas por evidências que podem melhorar o acompanhamento do paciente portador de transtorno mental desinstitucionalizado?

Opções para enfrentar o problema

Opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação

A Psicoeducação promove educação de pacientes com transtornos mentais, familiares e/ou cuidadores, ampliando o conhecimento e a conscientização sobre a doença, o tratamento e o prognóstico.

Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos

É um modelo flexível de prestação de serviços em saúde mental, caracterizado pelo manejo de casos e acompanhamento intensivo de pacientes na comunidade. Disponível 24 horas/dia, o acompanhamento é realizado por equipe multidisciplinar e direcionado a um pequeno grupo de pacientes, visando melhorar a reinserção social, o funcionamento psicossocial, o desenvolvimento da autonomia, além de promover diminuição das taxas de hospitalizações e de abandono de tratamento.

Opção 3 – Implantar Equipes Comunitárias de Saúde Mental

Equipes multidisciplinares que oferecem cuidados especializados em saúde mental aos pacientes com transtornos mentais na comunidade, possibilitando intervenções precoces, menor taxa de admissões hospitalares e de suicídios.

Opção 4 – Estruturar Serviços de Residências Terapêuticas

Estruturar os locais de moradia (casas) destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais que permaneceram em internações psiquiátricas por muitos anos e

atualmente são impossibilitados de retornar às suas famílias. Estas residências facilitam a inserção e o convívio social, o resgate da identidade e da autonomia, e sobretudo, proporcionam atendimento mais humanizado.

Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo

Essa intervenção visa fornecer cuidado e apoio ao paciente durante a crise, introduzindo um tratamento rápido, intensivo, efetivo, por tempo limitado, com política de alta precoce, através de uma equipe multidisciplinar, em um ambiente comunitário.

Considerações de equidade das opções

A disparidade existente mundialmente entre o número de pessoas que sofrem de transtornos mentais e a proporção daquelas que recebem tratamento e suporte adequado é significativa quanto a cobertura e qualidade dos serviços de saúde mental oferecidos (SILVA, ROSA, 2014). Aproximadamente metade da população mundial vive em um país onde existe menos de um psiquiatra para cada 100 mil pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b).

Nacionalmente, as diferenças sociodemográficas observadas em saúde estimulam a discussão e a busca da equidade no acesso, na cobertura, na qualidade e na efetividade dos programas de saúde mental disponíveis. As características individuais dos profissionais da equipe de saúde mental (ex. atitudes, crença, estigma) e a qualidade da formação profissional desta equipe refletem diretamente na manutenção da equidade das mesmas.

Além disso, as pessoas com transtornos mentais sofrem discriminação social devido a concepções relacionadas às crenças e cultura pessoal, concepções de adoecimento e do processo de cuidado pela família e sociedade (MARAGNO *et al.*, 2006).

Há necessidade de reconhecer profundamente as diferenças das condições da doença, dos antecedentes familiares, da capacidade da família ou da comunidade de assimilar este indivíduo que está iniciando uma nova etapa em sua vida, tendo uma doença limitante, muitas vezes progressiva e incurável.

Considerações sobre a implementação das opções

Para a implementação das opções para enfrentamento do problema, faz-se necessária a participação ativa dos diferentes sujeitos envolvidos, em especial, tomadores de decisão, profissionais da saúde, pesquisadores e sociedades civis. Nesta síntese, as opções para melhorar o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados foram encontradas em revisões sistemáticas de abrangência internacional e, apesar de estarem descritas separadamente podem ser complementares entre si. Parte delas constam na política de saúde brasileira e exigem uma integração entre diferentes níveis de gestão da saúde (municipal, estadual e federal).

Para que o cuidado de pacientes com transtornos mentais resulte em melhores desfechos, a política deve ser inteiramente implementada, aprimorada e adequada, conforme contexto da região envolvida. A formação e capacitação das equipes multidisciplinares, a qualificação da assistência prestada, bem como a infraestrutura prevista (CAPS I, II, III) devem estar atuando de forma integrada, estruturada e organizada.

O que se percebe é que embora a Política possa prever indicadores de acompanhamento, estes não estão sendo suficientes ou os relatórios não conseguem traduzir o que está acontecendo em cada região brasileira. A ausência de estudos de avaliação epidemiológica e de acompanhamento das políticas nacionais propostas dificulta a consolidação do processo de desinstitucionalização. Lacunas no conhecimento da área de saúde mental resulta na inexistência de revisões sistemáticas com inclusão de estudos desenvolvidos em território brasileiro.

Além disso, o monitoramento e a avaliação dos resultados das opções de políticas descritas nesta síntese preveem o uso de indicadores antes e depois da implementação, conforme a opção escolhida. Ressalta-se que os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação em saúde em todos os níveis de atuação profissional, sendo importante para estabelecer prioridades, aplicar políticas e ajustar os programas em execução (BRASIL, 2009).

Recomenda-se avaliar e medir, sempre que possível, o impacto positivo e/ou negativo, os desfechos de saúde, custo-efetividade e a sustentabilidade dos resultados em curto e longo prazo das intervenções em saúde mental (HABY *et al.*, 2016). Sugere-se abaixo, alguns indicadores específicos, presentes em algumas revisões sistemáticas utilizadas como referência em cada opção ou em estudos relevantes:

Opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação: taxa de maior adesão ao tratamento, melhora no estado global, mental e social dos pacientes, diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos, maior qualidade de vida e maior satisfação com o serviço (ZHAO *et al.*, 2015; XIA; MERINDER; BELGAMWAR, 2011);

Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos: diminuição na taxa de hospitalização, da sobrecarga familiar, maior adesão ao tratamento, melhora no estado global, mental e social dos pacientes, maior satisfação com o serviço e ampliação da inclusão social (DIETERICH *et al.*, 2017).

Opção 3 – Implantar Equipes Comunitárias de Saúde Mental: diminuição na taxa de hospitalização e na taxa de suicídio, maior adesão ao tratamento e maior satisfação com o serviço (MALONE *et al.*, 2007);

Opção 4 – Estruturar Serviço Residencial Terapêutico: checar se o número inicialmente previsto para atender todos os pacientes que necessitam deste serviço foi implementado e avaliar periodicamente as condições de moradia, a qualidade do suporte oferecido, a estabilidade, autonomia e qualidade de vida dos moradores (WATSON; FOSSEY; HARVEY, 2019).

Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo: checar se existe número suficiente de dispositivos e verificar a redução na taxa de hospitalização, melhora do estado mental e global do paciente e maior satisfação com o tratamento (WHEELER *et al.*, 2015).



Fonte: www.freepik.com.

CONTEXTO E ANTECEDENTES

Pesquisas mostram que a maioria dos pacientes desinstitucionalizados é capaz de viver em comunidade com um programa de suporte adequado, demonstrando melhora da função social, da autonomia, dos sintomas psiquiátricos e da qualidade de vida (ZIGURAS; STUART, 2000). A satisfação com o tratamento, em geral, resulta em maior aderência aos programas e diminuição das hospitalizações (RYU *et al.*, 2006).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou-se no final dos anos setenta tendo como bandeira de luta a cidadania do doente mental e o processo de desinstitucionalização, ou seja, a substituição progressiva dos manicômios ou hospitais psiquiátricos por outras práticas terapêuticas. A Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 acelerou o processo e definiu que a hospitalização é o último recurso no tratamento dos transtornos mentais e assegurou o direito das pessoas a serem tratadas por meio de serviços na comunidade (BRASIL, 2001). Os censos hospitalares em todo o país foram reduzidos e novas entradas de paciente em hospitais psiquiátricos foram bloqueadas (BRASIL, 2005). No período de 1995 a 2011, o orçamento total de saúde mental do Brasil alocado aos hospitais psiquiátricos diminuiu de 95% para 28,9%, enquanto a alocação dos recursos para serviços baseados na comunidade aumentou de 0,8% para 71,1% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Na segunda metade da década de 90, havia 72.514 leitos psiquiátricos SUS. Em 2001, os leitos foram reduzidos para 52.962 e em 2014, o Brasil ainda apresentava 25.988 leitos psiquiátricos, 167 hospitais psiquiátricos, distribuídos em 116 municípios por 23 estados do país (SAÚDE MENTAL..., 2015). O Censo Psicossocial do Estado de São Paulo de 2014 identificou 53 hospitais psiquiátricos em 14 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), envolvendo 39 municípios, sete deles na região de Sorocaba com total de 2.273 pacientes (CAYRES *et al.*, 2015). Dos sete hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, quatro eram de gestão municipal (*Vera Cruz – Sorocaba, Mental – Sorocaba, Teixeira Lima- Sorocaba, Jardim das Acácias – Sorocaba*) e três eram de gestão estadual e natureza privada (*Santa Cruz - Salto de Pirapora, Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora – Salto de Pirapora e Vale das Hortências – Piedade*). Todos esses hospitais eram de natureza privada, exceto o Jardim das Acácias, que era de natureza filantrópica). Em 2016, em Sorocaba-SP, ainda existiam 452 pacientes internados no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz (SOROCABA, 2016).

Desde a década de 70, a região de Sorocaba era considerada um dos maiores polos manicomial do país devido à alta concentração de leitos psiquiátricos. Os sete manicômios da região estavam entre os dez maiores manicômios brasileiros com maior índice de mortalidade entre 2004 e 2011, sendo a maioria por motivos mal esclarecidos ou causa desconhecida, principalmente nos meses mais frios do ano, com idade de morte em torno de 53 anos (mais precoce, se comparada aos demais manicômios) (FÓRUM DA LUTA..., 2011). Além disso, havia elevado índice de pacientes-moradores sem nenhum tipo de documentação e número de funcionários inferior à metade do que era determinado pela legislação federal (GARCIA, 2012).

Destaca-se também a situação jurídica civil, onde o DRS-XVI apresentava aproximadamente 27% de pacientes curatelados, sendo que em 43% destes, os curadores eram vinculados à administração do próprio hospital, em geral alguém do corpo da Diretoria (CAYRES *et al.*, 2015). Vale ressaltar que o curatelado perde a autonomia e o poder de decisão sobre sua vida e renda.

Atualmente, o DRS-XVI, cuja área de abrangência inclui 48 municípios (envolvendo a região de Sorocaba, Itapeva e Itapetininga), encontra-se em um novo ciclo.

Em março de 2018, ocorreu o fechamento do Hospital psiquiátrico Vera Cruz, o último a ser fechado dos sete hospitais existentes na região de Sorocaba. Os dispositivos da RAPS foram ampliados, constituindo 43 CAPS, 10 Residências Terapêuticas tipo I, 86 Residências Terapêuticas tipo II e disponibilidade de 47 leitos em Hospitais gerais para atender os 48 municípios pertencentes a esse departamento.

A implementação de dispositivos voltados para o aspecto sociocultural, com ênfase no convívio social, lazer, trabalho, tais como o Centro de Convivência e Cultura, iniciativas de geração de renda e trabalho, consultórios de rua, unidades de acolhimento, e residências inclusivas estão em fase de consolidação ou ainda não existem na região, sugerindo haver dificuldades de desenvolver-se na região. Considerando que a região de Sorocaba é historicamente marcada por lutas antimanicomiais e denúncias graves envolvendo os hospitais psiquiátricos, esses dispositivos que envolvem sociabilidade, cultura e lazer necessitam avançar rapidamente e significativamente.

Além disso, para que o processo de desinstitucionalização seja efetivo é muito importante que o acompanhamento dos casos seja monitorado, avaliado e adequado ao contexto local. Dados sobre o monitoramento e acompanhamento não foram encontrados. As duas oficinas SUPPORT realizadas em 2017 com profissionais de saúde e gestores da região de Sorocaba mostraram insatisfação quanto à capacitação e integração das equipes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ao atendimento dos pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados. Paralelamente, parece existir descompasso entre as cidades que pertencem às Redes de Atenção à Saúde. Alguns municípios não conseguiram organizar adequadamente o serviço e sobrecarregam aqueles que os fizeram.

Conceitos-chave relacionados com transtorno mental e desinstitucionalização

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)- São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional e que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Atuam em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. As modalidades são divididas em:
 - i. CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
 - ii. CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
 - iii. CAPSi: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
 - iv. CAPSad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
 - v. CAPS III: Atendimento com até cinco vagas de acolhimento noturno e observação. Abrange todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
 - vi. CAPSad III Álcool e Drogas: Atendimento com oito a doze vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24horas/dia. Abrange todas as faixas etárias, para transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (BRASIL, 2017b).
- Centros de Convivência e Cultura – são dispositivos estratégicos para a inclusão de pessoas com transtornos mentais, pertencente à rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade (BRASIL, 2007).
- Comunidades terapêuticas - São instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários (BRASIL, 2017a).
- Desinstitucionalização- É compreendida como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos, promovendo atenção, tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2017c).
- Desospitalização - É o processo de desinternação, de retirar pacientes de instituições totais, tais como manicômios, e tratá-los fora dos hospitais psiquiátricos (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).
- Hospital-dia -É uma unidade destinada a pacientes agudamente doentes ou em crise que fornece diagnóstico e tratamento em regime intensivo. Geralmente, a equipe implementa um tratamento rápido, intensivo, por tempo limitado, considerando a política de alta precoce (MARSHALL *et al.*, 2011).
- Manicômios -São estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um numeroso grupo de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça para a sociedade, embora de maneira não intencional, vive em tempo integral e permanece subordinado a uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição sob autoridade (GOFFMAN, 2008).

- Matriciamento ou apoio matricial - É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI *et al.*, 2011).
- Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) – é uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).
- Programa de Volta para Casa – É um programa que garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos (BRASIL, 2003).
- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (Pnash/Psiquiatria)- Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências (BRASIL, 2002).
- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) - Visa nova pactuação na redução gradual de leitos, com recomposição da diária hospitalar em psiquiatria (BRASIL, 2004a).
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. É composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Atenção Básica em Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento e leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).
- Reforma psiquiátrica – Consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado da pessoa com transtorno mental para fora do hospital, em direção à comunidade. Envolve um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais, sociais e especialmente de políticas públicas na área de saúde mental, baseado na desinstitucionalização dos manicômios e no reconhecimento da cidadania (BRASIL, 2004b; SILVA; ROSA, 2014).
- Residência inclusiva: é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar. São residências adaptadas, com estrutura física adequada, localizadas na comunidade, com suporte de equipe especializada e metodologia apropriada para prestar atendimento personalizado e qualificado, proporcionando cuidado e atenção às necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 2016).
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - Constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. SRT são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Existem duas modalidades:
 - i. Tipo I – Moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.
 - ii. Tipo II – Moradias destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores (BRASIL, 2000).
- Transinstitucionalização: é a transferência dos internos dos manicômios para asilos, albergues ou outras instituições com vinculação inadequada (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).
- Transtorno mental - É uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Geralmente, estão associados a sofrimento significativo ou a incapacidade, que por sua vez afeta atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).



Fonte: www.freepik.com.

■ DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Magnitude do problema

A Organização Mundial da Saúde preconiza cinco princípios-chave para o sucesso no processo de desinstitucionalização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). (i) implantação de serviços com base na comunidade que garantam acesso a serviços clínicos informados por evidências e serviços sociais que ajudem na reintegração social com habitação e emprego; (ii) equipe de saúde qualificada e comprometida a realizar a mudança do cenário psiquiátrico; (iii) apoio político ao nível mais elevado e amplo; (iv) recursos financeiros adicionais e (iv) sincronização política, a fim de mobilizar apoio e introduzir reformas.

Embora desde 1998 o Brasil venha expandindo os CAPS, SRT e cadastros dos beneficiários do “Programa De Volta Para Casa” mostrando avanço e consolidação desses modelos comunitários de atenção para pessoas com transtornos mentais, os princípios-chave preconizados pela Organização Mundial da Saúde ainda se encontram comprometidos, conforme avaliação do próprio Ministério da Saúde (SAÚDE MENTAL..., 2015). A desinstitucionalização ainda apresenta barreiras relacionadas à: financiamento insuficiente, necessidade qualitativa e quantitativa de recursos humanos, precariedade na estrutura física e nos insumos de serviços comunitários, carência de recursos políticos, falta de acompanhamento intensivo dos pacientes, ausência de integração entre os serviços e frágil mobilização social (BRASIL, 2005; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015).

As causas e consequências do problema

A desospitalização embora esteja ocorrendo de forma gradativa ultrapassa a capacidade de assimilação do serviço comunitário e por isso fragiliza a RAPS e a implementação da política de saúde.

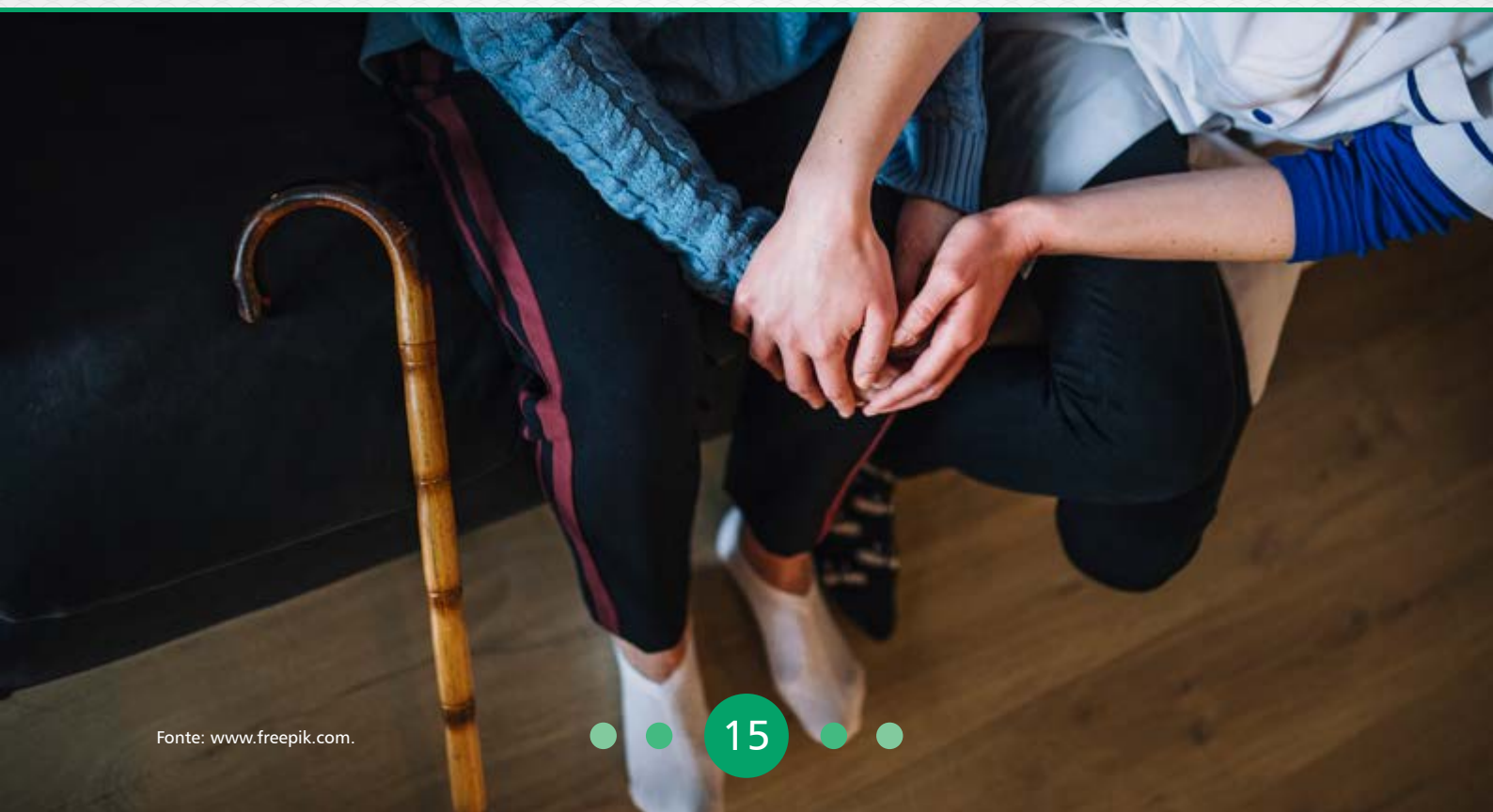
Vale ressaltar que a desinstitucionalização vai além da desospitalização/transinstitucionalização ou do fechamento dos portões dos hospitais psiquiátricos ou do deslocamento dos pacientes para instituições similares e inadequadas (tais como, delegacias, penitenciárias, asilo de idosos, etc) (OLIVEIRA; CONCIANI, 2008). A simples transferência dos pacientes de um lugar para o outro representa negligência social com suas profundas repercussões à comunidade.

O processo de desinstitucionalização envolve a transformação de paradigmas da sociedade em uma visão antimanicomial e traz consequências nos diferentes níveis: (i) sociocultural - o preconceito e o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura (MELO, 2012); (ii) profissionais de saúde - a tendência dos profissionais da saúde em hipermedicalizar, em querer controlar os pacientes com excesso de psicotrópicos, na tentativa de docilização dos pacientes (ANDRADE; MALUF, 2017); (iii) familiar - as famílias passam a desempenhar o papel de protagonistas no cuidado à pessoa com transtorno mental, porém diante do despreparo, comumente sentem-se impotentes ao lidar com a nova situação a que são inseridas e requerem suporte contínuo (SILVA; ROSA, 2014); (iv) pacientes - a maioria dos pacientes permaneceram por longos períodos em grandes hospitais psiquiátricos e perderam seus laços familiares e sociais, que por sua vez implica em construir uma nova rotina de vida, de habitação e de novos vínculos para cada paciente (MELO, 2012); (v) sistema de saúde - os serviços devem estar acessíveis e organizados para reinserir/adaptar a vida na comunidade, aumentar a autonomia, melhorar a função social e familiar, bem como ações farmacoterapêuticas apropriadas para controlar os sintomas (MACHADO *et al.*, 2007).

O processo de desinstitucionalização está sendo enfrentado

O elevado número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos na região de Sorocaba, o alto índice de mortalidade dentro dos hospitais psiquiátricos, diversas denúncias de familiares, pacientes e ex-funcionários sobre maus tratos, fiscalizações, divulgação na mídia, movimentos sociais e violação de direitos, impulsionaram a elaboração e a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), em 18 de dezembro de 2012 (OLIVEIRA, 2017).

O TAC firmado entre a União, Estado de São Paulo, Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal e três Prefeituras de cidades pertencentes ao DRS-XVI (Sorocaba, Piedade e Salto de Pirapora), que ainda possuíam hospitais psiquiátricos com pacientes internados, teve como objetivo a adequação da assistência aos pacientes com transtornos mentais (SÃO PAULO, 2012a). Foi elaborado um plano de ação para



fins de implementação de políticas e programas existentes no SUS, a fim de garantir a integralidade da assistência terapêutica em todos os componentes da RAPS, nos termos da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, e estabelecida que a completa desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais deveria ocorrer até dezembro de 2016 (SÃO PAULO, 2012a, 2012b).

Entre 2012 e 2018, os sete hospitais foram fechados na região de Sorocaba, desospitalizando 1.128 pacientes (CONSELHO DOS SECRETÁRIOS..., 2016). À medida que os hospitais foram fechando, parte dos pacientes voltava às suas famílias, eram incluídos em SRT ou então eram transferidos para o Hospital Vera Cruz, que operou como polo de desinstitucionalização, por meio de uma equipe de desinstitucionalização multidisciplinar. Cabe lembrar que os hospitais psiquiátricos de Salto de Pirapora e Piedade são de gestão estadual, ficando a cargo do Estado o cumprimento do TAC.

A coordenação da Saúde Mental da Prefeitura de Sorocaba empenhou-se a localizar a origem dos pacientes, fazendo contato com familiares e os municípios identificados, tomando as providências necessárias para a alta e a transferência dos pacientes. A RAPS da cidade foi sendo modificada, ampliada aos poucos e parte da rede foi privatizada. A equipe também auxiliou os gestores das cidades contatadas na abertura de Residências Terapêuticas e de CAPS e ajudou os internos a obter concessão de benefício assistencial pelo Instituto Nacional do Seguro Social (SOROCABA, 2017).

O trabalho realizado no polo manicomial de Sorocaba em busca de assegurar a dignidade de centenas de pacientes que viviam nas instituições psiquiátricas da região juntamente com a atuação do Ministério Público foi reconhecido e premiado no Prêmio Innovare de 2014 (INSTITUTO INNOVARE, 2014).

Após cinco anos e três meses desde a assinatura do TAC, o último hospital psiquiátrico, Vera Cruz, encerrou suas atividades em 07 de março de 2018, determinando o fechamento definitivo dos hospitais psiquiátricos da região (SOROCABA, 2018).

Nota-se que o DRS-XVI, está dedicado a construção de uma rede de serviços comunitários diversificada e promissora, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 – Número de dispositivos da RAPS, conforme região do DRS-XVI

Região	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPSi	Residências Terapêuticas tipo I	Residências Terapêuticas tipo II	Moradores	Leitos em Hospitais gerais
Sorocaba	8	8	3	3	2	4	8	67	623	25
Itapetininga	4	3			1	1	1	11	110	10
Itapeva	5	1					1	8	73	12
TOTAL	17	12	3	3	3	5	10	86	806	47

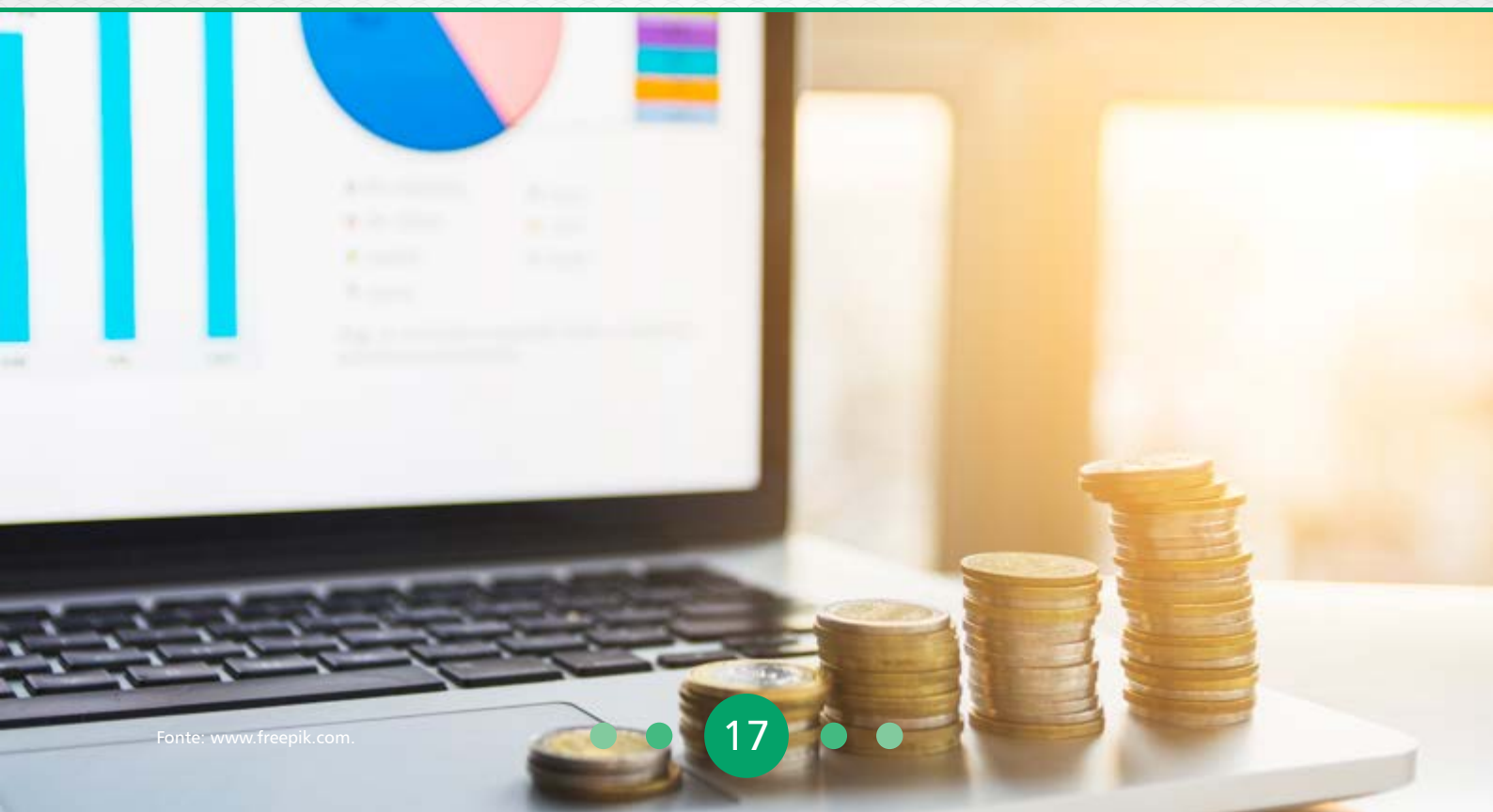
Fonte: (SÃO PAULO, 2018).

Percebe-se a luta incansável dos profissionais de saúde mental, dos usuários e dos familiares em alcançar a almejada efetividade do cuidado prestado a este paciente desinstitucionalizado. Faz-se necessário, a real implementação da Política traduzida nas diversas portarias vigentes.

A realocação de recursos financeiros precisa ser revista e bem direcionada, a ampliação do número de funcionários, a necessidade de maior qualificação, de educação continuada da equipe de saúde mental e da família atuante e a integração entre os serviços são princípios-chaves para o sucesso do processo de desinstitucionalização.

Acrescido a isso, os vários segmentos precisam ser ouvidos, estudados e estruturados para que os modelos propostos de cuidado na comunidade sejam capazes de suprir toda a demanda gerada pelo fechamento dos hospitais. Os indicadores propostos nas Portarias precisam ser melhor delineados, informando como este monitoramento deve ser feito, quais seriam as metas de acompanhamento, como a qualidade do serviço deve ser avaliada e o que será entendido como efetividade e resolutividade da atenção. Também deve ser informado quais são os indicadores de avaliação da equipe multiprofissional quanto à qualidade e humanização da assistência prestada. Essa construção precisa ser fortemente alicerçada para que o modelo manicomial não seja repetido em uma versão maquiada, já que muitos profissionais que trabalhavam nos manicômios, hoje trabalham na RAPS.

Outro ponto que exige especial atenção são as Comunidades Terapêuticas, a fim de que não haja um retrocesso no processo de desinstitucionalização. Relatório de inspeção realizado em 28 Comunidades Terapêuticas, incluindo a região de Sorocaba, mostra que são locais de caráter asilar, de isolamento, punições, com visitas restritas, retenção de documentos e dinheiro, irregularidades em casos de internação involuntária e compulsória e ausência de projeto terapêutico singular (BRASIL, 2018). Esses dados não podem ser generalizados, mas representam a necessidade de inspeção e monitoramento constante.





Fonte: www.freepik.com.

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Considerando a complexidade do cuidado de pacientes com transtorno mental desinstitucionalizado, torna-se importante conhecer as estratégias bem-sucedidas e entender como alguns sistemas de saúde do mundo enfrentaram o problema da desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais e como esses alcançaram o sucesso. Verifica-se que a Política de Saúde Mental no Brasil já adotou algumas das opções disponíveis, adequando-as ao contexto brasileiro. No entanto, entre os relatos dos atores envolvidos durante as duas oficinas SUPPORT, realizadas na região de Sorocaba, parece haver um descompasso entre o que está descrito na Política e sua implementação. Os relatórios, formados por números de serviços disponibilizados e pacientes desinstitucionalizados traduzem estes descompassos. A complexidade dos casos pede uma gestão intensiva tanto dos casos quanto da formação e capacitação das equipes e das próprias famílias que estão recebendo estes pacientes de volta à comunidade. Muitos pacientes estão sendo atendidos na atenção básica, pois não são graves e os profissionais daqueles setores precisam ser melhor qualificados para atuarem junto às equipes dos CAPS e dos SRT para coadunar as ações. Além disso, há necessidade de monitoramento com indicadores consistentes para que estes subsidiem a implementação da política.

Essa síntese de evidências apresenta cinco opções para melhorar o cuidado do paciente com transtorno mental desinstitucionalizado na dimensão técnico-assistencial:

1. Disponibilizar Programas de Psicoeducação
2. Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos
3. Implantar Equipes Comunitárias de Saúde Mental
4. Estruturar Serviços de Residências Terapêuticas
5. Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo

O objetivo dessa seção é discutir tais opções para cuidar do paciente com transtorno mental desinstitucionalizado, considerando diferentes abordagens que se complementam e ampliam o atendimento individualizado, a partir das melhores evidências científicas disponíveis. Ainda serão abordadas considerações de equidade e implementação para as opções.

Opções com enfoque na dimensão sociocultural e jurídica-política, voltadas especificamente para inclusão social, cidadania e direitos de pacientes com transtorno mental desinstitucionalizado será tema de outra síntese de evidências e portanto, não abordada aqui.

Buscando evidências científicas sobre as opções

O levantamento dos estudos elegíveis, conforme o critério de elegibilidade (Apêndice A), foi realizado por pesquisa sistemática em plataformas científicas incluindo: *Biblioteca Virtual em Saúde; The Cochrane Library, PubMed, Health System Evidence, Rx for Change, Health Evidence, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Excerpta Medica Database (EMBASE), American Psychological Association (PSYCINFO), Epistemonikos, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS/Ministério da Saúde), Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde (COLECONASUS)*, com uma estratégia de busca definida, sem restrição de idioma ou data de publicação. A estratégia de busca foi realizada a partir da combinação dos seguintes termos: “*Deinstitutionalization*”, “*Mental Disorders*”, “*Community Mental Health Services*”, “*Case Management*”, “*Managed Care Programs*”, “*Community Mental Health Centers*”, “*Supported Housing*”, “*Psychoeducation*”, “*Community mental health team*”, “*Crisis intervention*” indexados ou não no Sistema *Medical Subject Headings (MeSH)*, conforme Apêndice B. Utilizou-se também como estratégia, a lista de referências ou citações encontradas em estudos secundários para identificar estudos possivelmente elegíveis. Quando necessário, buscamos contatar os autores principais dos estudos para obter mais informações.

Foram obtidos 1.324 textos durante pesquisa nas bases de dados descritas. Após remoção das duplicadas e triagem inicial de títulos e resumos, foram selecionados 56 artigos. Após a leitura dos textos completos, excluíram-se as revisões sistemáticas que versavam sobre as opções direcionadas aos aspectos clínicos, (Apêndice C), restando catorze revisões sistemáticas que atendiam ao escopo de opções para políticas relacionadas ao cuidado do paciente desinstitucionalizado com transtorno mental. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada utilizando-se do instrumento AMSTAR (A *MeaSurement Tool to asses the Methodological Quality of Systematic Review (SHEA et al., 2007)*) e o detalhamento desta análise crítica está disposto nos Apêndices E a I.

Opção 1 – Disponibilizar programas de Psicoeducação

Psicoeducação envolve uma combinação de técnicas motivacionais, educativas, comportamentais e cognitivo-comportamentais com foco no conhecimento e compreensão sobre a doença, os sintomas, o tratamento, o prognóstico e a reabilitação (XIA; MERINDER; BELGAMWAR, 2011; LYMAN *et al.*, 2014). Pode ser fornecida no formato individual ou em grupo e ser direcionada aos pacientes e familiares. Sua efetividade é bem documentada, principalmente para tratamento de esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão unipolar e transtorno de estresse pós-traumático (SHAH *et al.*, 2014; TURSI *et al.*, 2013; BATISTA; BAES; JURUENA, 2011).

Esse serviço visa fornecer informações aos pacientes com transtornos mentais, a fim de ajudá-los a gerenciar sua própria recuperação, seus sintomas, seu próprio cuidado, seu tratamento, reduzindo assim a probabilidade de recaídas e hospitalizações (LYMAN *et al.*; 2014). A identificação de problemas relacionados à inclusão social que perpetuam o estado do paciente anteriormente internado, a desestigmatização, a conscientização sobre a doença e a aceitação são essenciais para o sucesso no tratamento de transtornos mentais (BATISTA; BAES; JURUENA, 2011).

Paralelamente, busca-se preservar a saúde física e mental da família, assim como a qualidade de vida (ZHAO *et al.*, 2015). A família comumente encontra-se despreparada, vivenciando uma situação de desgaste psíquico, devido à necessidade de adaptação a uma nova realidade, que envolve: dependência, conflitos, emoções negativas como angústia, ansiedade, perda do controle, estresse, medo de recaídas e do comportamento do doente durante as crises (POMPEO *et al.*, 2016). Aliado a isso, o desencorajamento, o envolvimento excessivo ou altos níveis de expressão de emoções podem contribuir para a recaída dos pacientes (LYMAN *et al.*, 2014). Desta forma, torna-se fundamental a participação da família nos programas de Psicoeducação, com a finalidade de aumentar a efetividade deste serviço, promover conscientização dos familiares sobre a doença, sintomas, fatores de risco, opções de tratamento, diminuir a sobrecarga psicossocial e contribuir para maior envolvimento com o serviço e outros suportes necessários (MENEZES; SOUZA, 2012; LYMAN *et al.*, 2014).

Trata-se de encontros onde são abordados determinados temas, utilizando estratégias ativas, dinâmicas, lideradas por um profissional de saúde especialista no tema em questão. Geralmente, os temas relacionam-se às características da doença, prognóstico, fatores desencadeantes, importância do tratamento farmacológico e não farmacológico, mudanças necessárias no estilo de vida, direitos dos pacientes com transtornos mentais, suporte aos prejuízos sociais e psicológicos, adesão, inclusão social, entre outros.

Após o encontro, há interação entre os participantes, com depoimentos e troca de experiências, contribuindo assim para o fortalecimento e encorajamento dos mesmos. Materiais educativos e recursos tecnológicos também podem ser usados para complementar a estratégia.

Há evidência de cinco revisões sistemáticas sobre uma série de estratégias que abordam muitos dos componentes dessa opção. No Quadro 1 se apresenta um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para maiores informações sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 1, utilize o Apêndice E.

Quadro 1 – Achados relevantes para a opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática recente de boa qualidade aponta que os pacientes que receberam intervenção de Psicoeducação de curta duração (\leq dez sessões) apresentaram maior aderência ao tratamento e menor taxa de recaídas em curto e médio prazo (ZHAO <i>et al.</i>, 2015). Destaca-se também melhora na reabilitação da função social.</p> <p>Metanálise de boa qualidade (XIA; MERINDER; BELGAMWAR, 2011) mostra que a Psicoeducação, especialmente aplicada em pacientes com esquizofrenia, promoveu maior aderência ao tratamento medicamentoso, menor taxa de recaída e de hospitalizações, quando comparado ao tratamento padrão (nível normal de cuidados psiquiátricos prestados na área estudada). Além disso, foi apontado melhora na função social, função global e maior satisfação com o serviço.</p> <p>A combinação de psicoeducação e relaxamento (meditação, yoga, relaxamento muscular, respiração abdominal ou imaginação guiada) é potencialmente efetiva em pacientes com transtorno de estresse pós traumático, distúrbio de adaptação, luto patológico e distúrbio distímico, aliviando sintomas depressivos, ansiosos e estresse (SHAH <i>et al.</i>, 2014).</p>

Continua

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>No tratamento da depressão unipolar, a psicoeducação combinada à farmacoterapia é efetiva em melhorar as condições clínicas, sociais e a aderência ao tratamento (TURSI <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>A psicoterapia como adjunto à farmacoterapia no tratamento de transtorno bipolar apresenta benefícios significativos, incluindo melhora na função clínica, psicossocial, na aderência ao tratamento, redução da hospitalização, das taxas de recaídas e recorrências dos sintomas depressivos ou maníacos (BATISTA; BAES; JURUENA, 2011).</p>
Danos potenciais	Os estudos identificados não apontam danos potenciais com a opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>As revisões sistemáticas relataram que os dados econômicos são poucos, o que dificulta uma análise de custo. Porém, considerando que esta opção diminui a taxa de recaída e de hospitalizações, sugere-se haver um efeito econômico e custo-efetivo.</p> <p>O <i>National Collaborating Centre for Mental Health</i> (NCCMH) conduziu uma análise econômica sobre intervenções familiares para pessoas com esquizofrenia e concluiu que se trata de uma opção custo-efetiva, pois diminui a taxa de recaída (PATON <i>et al.</i>, 2016).</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>A heterogeneidade entre os modelos de programas de Psicoeducação e sua duração (que pode variar entre 1 mês a 18 meses, ou até dez sessões – intervenção de curto prazo, ou mais que 10 sessões – intervenção a longo prazo), são fatos que dificultam a avaliação da efetividade (ZHAO <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Baseados em estudos primários de limitada qualidade de Xia e colegas (2011) e Zhao e colegas (2015) em suas respectivas revisões sistemáticas, apontam a necessidade de estudos de alta qualidade, a fim de confirmar a verdadeira extensão do efeito desta opção.</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>O elemento principal desta opção é a educação, ganhar conhecimento e compreensão através da aprendizagem. Fornece capacitação e treinamento as pessoas com transtornos mentais/familiares/cuidadores, a fim de conscientizar, compreender melhor a doença, o tratamento, o prognóstico, além de adquirir habilidades para gerenciar, conviver com transtornos mentais, evitar recaídas e hospitalizações e ganhar controle sobre sua própria vida (ZHAO <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>As intervenções podem ser em grupo ou individual e buscam promover mudança de comportamento e melhora no prognóstico, principalmente em pacientes com esquizofrenia (XIA; MERINDER; BELGAMWAR, 2011).</p> <p>A maioria dos estudos incluiu pacientes com esquizofrenia e foram realizados em países de média renda, principalmente a China (ZHAO <i>et al.</i>, 2015; XIA; MERINDER; BELGAMWAR, 2011) Programas de Psicoeducação combinado a farmacoterapia são adjuntos efetivos no tratamento de esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão unipolar (TURSI <i>et al.</i>, 2013; BATISTA; BAES; JURUENA, 2011).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nas duas revisões sistemáticas de maior qualidade (ZHAO <i>et al.</i> , 2015; XIA; MERINDER; BELGAMWAR, 2011), os dados sobre a satisfação do paciente e de seus familiares são conflitantes. Os autores recomendam que as próximas pesquisas se concentrem nos aspectos relacionados à satisfação do paciente/familiares, aceitabilidade e carga familiar.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Implementar e Monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos

O Gerenciamento Intensivo de Casos surge a partir da evolução e união de dois modelos de prestação de serviços de saúde e de acompanhamento denominados Gerenciamento de Casos e Tratamento Assertivo na Comunidade.

O Gerenciamento de Casos consiste na atenção coordenada por uma única pessoa, o gerenciador de casos, que deve garantir a continuidade da atenção, servir de ligação entre o paciente e o sistema, estar ciente de todas as necessidades de seus pacientes

e monitorar os serviços que estão sendo fornecidos. Isso inclui desenvolvimento, organização de um plano de serviço, monitoramento, avaliação dos serviços prestados e seguimento do paciente (INTAGLIATA, 1982). Por outro lado, o Tratamento Assertivo na Comunidade envolve uma equipe multidisciplinar, a qual presta todos os serviços necessários a um determinado grupo de pacientes (no máximo 10-15 pessoas). Este suporte está disponível 24 horas/dia, realiza reuniões diárias e compartilhamento de casos (MCGREW; BOND, 1995).

Por outro lado, o Gerenciamento Intensivo de Casos apresenta características desses dois modelos e visa fornecer um serviço de saúde mental confiável, sistemático, flexível e coordenado, de acordo com as necessidades de saúde e assistência social de pessoas com doença mental grave (DIETERICH *et al.*, 2017).

Os princípios gerais incluem: oferecer ações de apoio, reabilitação e tratamento; praticar a atenção assertiva, assumir total responsabilidade pelos pacientes; ter baixa taxa paciente-terapeuta (cerca de 10:1); elaborar e individualizar estratégias terapêuticas segundo as necessidades do paciente; atuar próximo aos pacientes; estar disponível 24 horas por dia; e prover assistência contínua, sem limite de duração (MACHADO *et al.*, 2007).

A efetividade desse modelo está diretamente ligada à capacidade e habilidade dos profissionais de atuarem por meio do Gerenciamento Intensivo de Casos e da possibilidade de articulação e integração do cuidado, proporcionando melhor qualidade no serviço prestado aos pacientes e à equipe multidisciplinar (SOARES, 2009).

No Brasil, o Gerenciamento Intensivo de Casos na saúde mental pode estar sendo realizado nos CAPS, nas modalidades I, II e III. Nas cidades onde ainda não há CAPS, esse modelo pode ser construído na Atenção Primária. O matriciamento, por exemplo, incorpora alguns dos princípios deste modelo.

Há evidência de investigação sintetizada em três revisões sistemáticas (uma de alta qualidade e duas de qualidade moderada) sobre um número de estratégias que abordam muitos dos componentes desta opção. No Quadro 2 se apresenta um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para maiores informações sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 2, utilize o Apêndice F.

Quadro 2 – Implementar e Monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma metanálise atualizada de boa qualidade (DIETERICH <i>et al.</i>, 2017) sobre os efeitos do Gerenciamento Intensivo de Casos versus cuidado padrão (modelo de atendimento ambulatorial às instituições de saúde mental na comunidade não moldado especificamente ao Gerenciamento de Casos ou ao Tratamento Assertivo), aponta que essa intervenção diminuiu o número de dias de hospitalização e a taxa de abandono do tratamento.</p> <p>Uma revisão sistemática (ZIGURAS; STUART, 2000) mostra que o Gerenciamento Intensivo de Casos foi mais efetivo do que o tratamento usual de saúde mental, destacando-se a diminuição da sensação de sobrecarga familiar (<i>Family burden</i>), maior satisfação da família e do paciente com o serviço, melhora dos sintomas clínicos e da funcionalidade social dos pacientes, maior contato do paciente com os serviços de saúde, redução na taxa de abandono do tratamento e do número de hospitalizações.</p>

Continua

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Outra revisão sistemática (BURNS <i>et al.</i> , 2007), analisou por que os ensaios clínicos envolvendo Gerenciamento Intensivo de Casos geralmente apresentam dados inconsistentes quanto à hospitalização, já que enquanto alguns têm mostrado redução no uso de serviços hospitalares, outros não apresentam nenhuma diferença. Concluiu-se que o Gerenciamento Intensivo de Casos apresenta redução na taxa de hospitalização quando se trata de pacientes com alto risco de admissões hospitalares, que tendem a utilizar mais esses serviços. No entanto, não apresentam reduções significativas quando envolvem pacientes que já apresentam baixas taxas de hospitalizações.
Danos potenciais	Os estudos identificados não apontam danos potenciais.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	A revisão de Ziguras e Stuart (2000) relata que o Gerenciamento de Casos apresenta menor custo total do que o cuidado padrão. Em relação ao custo-efetividade, ainda não foi possível traçar conclusões, pois os dados são escassos (DIETERICH <i>et al.</i> , 2017).
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Revisão sistemática de qualidade moderada (BURNS <i>et al.</i> , 2007) apontou efeitos inconsistentes sobre a redução da taxa de hospitalização do Gerenciamento Intensivo de Casos quando comparado ao cuidado padrão. O Gerenciamento Intensivo de Casos não conduz redução significativa das taxas de hospitalizações em cenários onde a média de uso hospitalar já é baixa (BURNS <i>et al.</i> , 2007). Numerosas definições sobre este modelo de cuidado comunitário têm aparecido na literatura, possivelmente devido a sua rápida expansão (INTAGLIATA, 1982). Apesar de serem pequenas as variações, isso dificulta o avanço das pesquisas sobre o tema.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	A flexibilidade é um de seus elementos-chave, dada a heterogeneidade de sua população-alvo e dos constantes processos de mudança no acompanhamento. Além disso, consiste em uma abordagem multidisciplinar, disponível 24 horas, direcionado a um pequeno grupo de pacientes. Visa ajudar pessoas com transtorno mental grave a adquirir recursos materiais (como alimentos, abrigo, roupas e medicamentos), a melhorar o seu funcionamento psicossocial, a reinserir o paciente na vida comunitária, incentivar o desenvolvimento da autonomia e de outras habilidades de enfrentamento da vida na comunidade e garantir continuidade do cuidado entre as agências de tratamento (DIETERICH <i>et al.</i> , 2017). Esse modelo de acompanhamento intensivo se destacou internacionalmente pela sua efetividade sendo adotado na reforma psiquiátrica americana e italiana. Os estudos incluídos nas revisões identificadas foram realizados em países de média e alta renda, especialmente Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Canadá e China.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	A revisão de Ziguras e Stuart (2000) incluiu a análise de percepção dos sujeitos afetados, onde os pacientes e seus familiares se mostraram mais satisfeitos com o Gerenciamento Intensivo de Casos do que com o tratamento usual. Pode-se supor que menos dias hospitalizados e maior contato com os serviços de saúde resultam em maior satisfação do paciente

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Implantar Equipes Comunitárias de Saúde Mental

A equipe comunitária de saúde mental é multidisciplinar, composta por enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, que deve oferecer e gerenciar um pacote de cuidados especializados às pessoas na comunidade, sendo uma forma de conexão com a atenção primária (MALONE *et al.*, 2007).

Essa equipe tem a liderança e a responsabilidade pela prestação de avaliação especializada, tratamento e cuidado à população de uma determinada área (SIMMONDS *et al.*, 2001).

No Brasil, a implantação desta equipe pode se beneficiar da experiência do Núcleo de Atenção da Saúde da Família (NASF), o qual tem como princípio básico a atuação

integrada das Equipes da Saúde da Família e de Saúde Mental no contexto familiar, na organização em rede e na articulação para produção de cuidados em saúde mental no território (BRASIL, 2009).

Há evidência de investigação sintetizada em uma revisão sistemática de alta qualidade sobre um número de estratégias que abordam muitos dos componentes desta opção. No Quadro 3 se apresenta um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para maiores informações sobre a revisão sistemática que figura no Quadro 3, utilize o Apêndice G.

Quadro 3 – Achados relevantes para a opção 3 - Equipes Comunitárias de Saúde Mental

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	A revisão sistemática (MALONE <i>et al.</i> , 2007) aponta que a Equipe Comunitária de Saúde Mental promove maior aceitabilidade do tratamento e maior satisfação do paciente do que o tratamento padrão (atendimento ambulatorial ou no hospital-dia, sem acompanhamento de equipe de saúde mental na comunidade). Além disso, a taxa de hospitalização foi significativamente menor. Há tendência em reduzir o número de suicídios e o número de mortes sob circunstâncias suspeitas.
Danos potenciais	Não foram relatados danos potenciais relacionados à opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foi encontrada avaliação econômica comparando a Equipe de Saúde Mental com outros modelos de cuidado intensivo.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Presume-se que a Equipe Comunitária de Saúde Mental traga mais benefícios do que as relatadas por Malone e colegas (2007), como por exemplo, menor custo, melhora na função social do paciente e maior satisfação do cuidador. No entanto, isso ainda não está comprovado. As evidências para Equipe Comunitária de Saúde Mental ainda são insuficientes, pois foi baseada em apenas três ensaios clínicos. Estudos futuros poderão confirmar o nível de evidência e até o impacto sobre os pacientes, cuidadores, clínicos e comunidade em geral.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os principais elementos desta opção estão relacionados à equipe multidisciplinar, especialistas em saúde mental, que lidera a responsabilidade de um pacote de cuidados especializados às pessoas com transtornos mentais, na comunidade de uma determinada área. Além disso, considera-se manter maior contato com a família e os pacientes, especialmente aqueles com transtornos mentais graves, a fim de diminuir o número de suicídios e salvar vidas. O estudo publicado por Malone e colegas (2007) avaliou pesquisas conduzidas em países de alta renda, como o Reino Unido, onde esta estratégia foi implementada e apoiada.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Revisão sistemática (MALONE <i>et al.</i> , 2007) incluiu a análise de percepção dos pacientes, onde a maioria se mostrou mais satisfeita com a Equipe Comunitária de Saúde mental do que com o tratamento padrão.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Estruturar Serviço Residencial Terapêutico

Os SRT são dispositivos de cuidado de caráter residencial, são “casas assistidas”, lares que estimulam a convivência social, o exercício da cidadania, as trocas afetivas, a liberdade e a autonomia, visando promover o protagonismo das pessoas no dia a dia (FASSHEBER; VIDAL, 2007). Experiências de países europeus e dos Estados Unidos, que possuem residências para receber pacientes desinstitucionalizados, influenciaram o Brasil, onde essas residências foram adaptadas às condições brasileiras e ganharam uma identidade nacional.

As moradias devem ser equipadas com móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum, correspondendo às necessidades e gostos de seus moradores. Cada Residência Terapêutica é única, e geralmente tem um ou mais cuidadores e um auxiliar de enfermagem dependendo de seus moradores (BRASIL, 2004c). O cuidador deve realizar atividades domésticas, de acompanhamento, de lazer, até encaminhamento dos moradores nas questões de saúde. Isso cria uma intensa interação e dependência entre cuidador e morador (MOREIRA; CASTRO-SILVA, 2011).

Essas moradias assistidas buscam a substituição da internação psiquiátrica por uma alternativa de moradia, sendo importantes dispositivos do eixo estratégico da desinstitucionalização e por sua vez, do processo de reabilitação psicossocial e resgate da autonomia (MARTINS *et al.*, 2013; (NOBREGA; VEIGA, 2017). Apresentam “natureza híbrida” (serviço/casa), combinando espaço de moradia mais cuidados comunitários, e estão vinculados aos CAPS de cada município, a fim garantir tratamento especializado, considerando a singularidade de cada um dos moradores (BRASIL, 2004c). Cada morador recebe um auxílio financeiro do “Programa de Volta para Casa”.

Moradias estáveis, permanentes, acessíveis e adequadas são potencialmente necessárias para melhorar a saúde mental, física, e a qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais (BURGOYNE, 2014; KYLE; DUNN, 2008). Assim, os pacientes encontram-se vulnerabilizados pelos serviços oferecidos, logo as residências terapêuticas devem ser constantemente monitoradas, a fim de evitar inadequação quanto às condições físicas da casa, à oferta de alimentação, de condições de higiene, de lazer, e da qualificação dos profissionais/cuidadores atuantes.

Há evidência de investigação sintetizada em duas revisões sistemáticas sobre um número de estratégias que abordam muitos dos componentes desta opção. No Quadro 4 se apresenta um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para maiores informações sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 4, utilize o Apêndice H.

Quadro 4 – Achados relevantes para a opção 4 - Estruturar Serviço Residencial Terapêutico

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Metanálise de estudos observacionais (LEFF <i>et al.</i> , 2009) mostra que modelos de habitação na comunidade para pessoas com transtornos mentais sem moradia são mais efetivos do que o cuidado usual, apresentando maior estabilidade, redução dos sintomas psiquiátricos, redução na hospitalização e maior satisfação dos pacientes.
Danos potenciais	Kyle e Dunn (2008) reconhecem que diversos fatores individuais podem afetar a efetividade e a qualidade de vida dessas moradias, tais como: diferentes diagnósticos, variados níveis de gravidade e idade. No entanto, ainda há lacunas e novas pesquisas são necessárias.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Os dados sobre custo são ainda escassos e não é possível traçar conclusões sobre custo-efetividade. Além disso, o custo dependerá do local, da região e da intensidade do cuidado, fatores que dificultam comparações entre os modelos.

Continua

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Os programas habitacionais de apoio variam muito, principalmente quanto a infraestrutura e restrição financeira. Não existe um modelo padronizado para abrigar indivíduos sem moradia com doença mental, fato que dificulta a pesquisa e a implementação da política pública. (LEFF <i>et al.</i> , 2009). Esta opção tem benefício significativo quando ocorre integração a outros serviços de saúde mental. Kylee e Dunn (2008) sugerem que pessoas com transtornos mentais que não têm moradia, não precisam de um tipo particular de programa de habitação, mas da disponibilidade de uma ampla gama de serviços comunitários para apoiar o funcionamento e as necessidades de tratamento de acordo com o nível de comprometimento dos pacientes.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Programas de habitação/moradia são bem estabelecidos e promissores em países de alta renda, Estados Unidos e Canadá (KYLE; DUNN, 2008).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	A revisão sistemática de Leff e colegas (2009) destaca que o modelo de dispositivo-casa de caráter permanente representa maior satisfação com o tratamento e com a moradia.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo

Intervenções em episódio psiquiátrico agudo é o cuidado e apoio ao paciente durante a crise aguda, por meio de uma equipe multidisciplinar, em um ambiente comunitário ou na própria casa do paciente (MURPHY *et al.*, 2015). Representa uma alternativa viável e mais aceitável do que a hospitalização padrão (WHEELER *et al.*, 2015).

A equipe multidisciplinar devidamente treinada, deve estar disponível 24 horas por dia, e preparada para introduzir um tratamento rápido, intensivo, efetivo, por tempo limitado, a partir de uma combinação de medicamentos, aconselhamento/terapia e suporte aos familiares durante a crise (MURPHY *et al.*, 2015). O principal objetivo é evitar a hospitalização e/ou diminuir o tempo de permanência na unidade de tratamento de tempo integral e reduzir o estigma da institucionalização tanto para os pacientes como para seus familiares (WHEELER *et al.*, 2015).

O Hospital-dia psiquiátrico parece representar um retrocesso para a maioria das pessoas envolvidas na Reforma psiquiátrica, não sendo mais uma alternativa popular para tratar pacientes em fase aguda, principalmente depois da rápida disseminação dos programas de intervenção em crise, que parecem ser mais efetivos na redução das taxas hospitalares e nos custos (MARSHALL *et al.*, 2011). A internação deve ser o último recurso a ser adotado.

No Brasil, o modelo do Hospital psiquiátrico já foi superado e substituído pelo CAPS III ou pelos leitos em hospitais gerais, com política de alta precoce, tratamento na comunidade, em ambiente menos restritivo possível e manutenção dos vínculos do paciente.

Há evidência de investigação sintetizada em duas revisões sistemáticas sobre um número de estratégias que abordam muitos dos componentes desta opção. No Quadro 5 se apresenta um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para maiores informações sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 5, utilize o Apêndice I.

Quadro 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico aguda

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Revisão sistemática (MURPHY <i>et al.</i> , 2015) mostra que os modelos de intervenção em crise apresentam redução na hospitalização, melhora do estado mental e global do paciente e maior satisfação com o tratamento comparado ao cuidado padrão recebido em um hospital. De acordo com Wheeler e colegas (2015), a presença de um psiquiatra e suporte 24 horas/dia é capaz de diminuir a taxa de internações.
Danos potenciais	Não foram identificados danos potenciais.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram encontrados estudos específicos sobre os custos. No entanto, Murphy <i>et al.</i> (2015), Wheeler (2015) e colegas em suas respectivas revisões, sugerem que os modelos de intervenção em crise são mais custo-efetivo, pois reduzem a admissão hospitalar e consequentemente os custos com o serviço.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Embora haja algumas diferenças nos modelos de intervenção de crise, o essencial é fornecer tratamento e suporte 24 horas por dia, por meio de uma equipe multidisciplinar e especializada em situações de crise (MURPHY <i>et al.</i> , 2015). Wheeler e colegas sugerem a presença de um psiquiatra na equipe e atendimento 24 horas/ dia.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Há variações nos modelos de intervenção de crise, principalmente em relação ao local do atendimento, que pode ser em ambiente comunitário ou na própria casa do paciente, com uma equipe móvel ou não móvel. Comparações entre esses diferentes modelos seriam úteis (MURPHY <i>et al.</i> , 2015).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Os pacientes e familiares se mostraram mais satisfeitos com o serviço fornecido pelas equipes de intervenção em crise do que com o cuidado padrão hospitalar (MURPHY <i>et al.</i> , 2015).

Fonte: Elaboração própria.

Considerações de equidade para as opções

Considerando o impacto de diferentes opções, é possível que existam grupos ou lugares que estejam potencialmente em desvantagem ou em condições iniciais diferentes de maneira tal que a eficácia absoluta de uma opção seja desigual em tais grupos. Para assegurar a redução das desigualdades, utilizamos a ferramenta “PROGRESS” (<http://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/234>), a fim de adaptar a evidência à comunidade e aplicar uma lente de equidade. Trata-se de um acrônimo (formado pelas primeiras letras em Inglês) que descreve os fatores que contribuem para a desigualdade na saúde:

- P** - local de residência (populações rurais e remotas)
- R** - raça/etnia/cultura (imigrantes e populações de minorias linguísticas)
- O** - ocupação/experiência no mercado de trabalho em geral
- G** - gênero
- R** - religião
- E** - educação (alfabetização da saúde)
- S** - situação socioeconômica (as populações economicamente desfavorecidas)
- S** - capital social/exclusão social

Apesar dos avanços normativos e sociais, políticas públicas e serviços para essa população contam com entraves de capacitação de profissionais, recursos financeiros e de estrutura física. Os desafios para a inclusão de pacientes que ficaram anos enclausurados em hospitais psiquiátricos, sujeitos aos maus tratos ou a uma rotina diferente daquela que o mesmo vai vivenciar em comunidade, transcende os aspectos formais da política.

É importante a construção de estratégias que superem as fragilidades de ações ainda não integradas e que permitam o monitoramento contínuo dos casos complexos (MENICUCCI, 2006). O fortalecimento e a qualificação do cuidado para atuar com propriedade na identificação e acolhimento às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica e nos NASF, e a integração permanente com os CAPS para que surjam reflexões e ações modificadoras propostas por profissionais de saúde e agentes da comunidade é condição *sine qua non* para reduzir os obstáculos na implementação da política e de estratégias efetivas (SCHNEIDER, 2009).

Opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação

A falta de conhecimento sobre os benefícios da Psicoeducação, a resistência e o preconceito envolvido, pode dificultar a aderência ao programa. Movimentos para a conscientização e divulgação de sua importância podem melhorar a adesão, o impacto e os desfechos da Psicoeducação.

É importante que esta opção possa alcançar pacientes e familiares que vivem em locais de difícil acesso (regiões rurais ou muito afastadas), que tem dificuldade de locomoção, de transporte, de custo de transporte e até mesmo de falta de tempo ou horários flexíveis que permitam conciliar as sessões com seu trabalho e/ou tarefas do seu cotidiano. Dessa forma, faz-se necessário que o sistema disponibilize diversos horários de sessões de Psicoeducação, para atender, principalmente, aqueles que trabalham. Além disso, é importante garantir meios de transporte que facilitem a locomoção ou então, diferentes meios para prover o ensinamento.

A Psicoeducação contribui para o cuidado do paciente ou da família, no entanto, as informações e o apoio oferecido na Psicoeducação podem acentuar a desigualdade no acesso e na comunicação. Diante disso, faz-se necessário, o uso de linguagem adaptada, clara, que atenda os diferentes níveis de escolaridade, o que poderá reduzir a desigualdade educacional entre regiões e grupos sociais.

Outra barreira a ser enfrentada diz respeito aos custos, pois essa opção exige altos níveis de capacidade profissional para sua implementação e efetividade, assim como a necessidade de educação continuada. O êxito dos programas de Psicoeducação dependerá entre outros fatores, da qualidade do processo de capacitação.

Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos

Diversidade socioeconômica e cultural entre regiões e municípios podem dificultar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos. Disparidades em relação aos índices de desenvolvimento, a distribuição da população (rural e urbana) e no acesso à atenção de saúde diminuem a equidade desta opção.

Outro fator que pode expor a população as vulnerabilidades é a dificuldade dos profissionais de trabalhar em equipe e de promover a integração entre os diversos serviços da RAPS. A multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a dinâmica do trabalho em grupo são pré-requisitos para garantia da efetividade dessa opção.

O auto-estigma e o preconceito no que tange o imaginário acerca dos transtornos mentais podem impedir que parcela dos pacientes e/ou familiares frequentem os serviços especializados. Movimentos para a sensibilização dos usuários e sociedade em geral podem diminuir o estigma e os estereótipos negativos, podendo aumentar a adesão ao tratamento e a busca ativa por ajuda.

Opção 3 – Implantar Equipes Comunitárias De Saúde Mental

Equipe Comunitária de Saúde Mental representa uma estratégia potencialmente capaz de gerar mudanças na saúde da população, porém interesses políticos, econômicos, sociais, assim como, a capacitação dos profissionais envolvidos, podem interferir na sua potencialidade.

A cultura do modelo padrão hierarquizado, centrado no médico, pode acarretar dificuldades de implantação e de aceitação diante dos próprios profissionais da equipe quanto da população. A prestação de serviços e a responsabilização compartilhada pela atenção a saúde em uma equipe multidisciplinar deve ser horizontal. Podem ser necessárias campanhas de conscientização sobre a importância da equipe comunitária multidisciplinar em saúde mental e sobre as mudanças nas práticas em saúde. Além disso, é necessária educação permanente aos profissionais envolvidos, pois a adequação da força de trabalho humanizada, a articulação e a formação em saúde também estão relacionados a iniquidade dos serviços ofertados.

Considerando que as equipes devem alcançar os vários grupos populacionais, é necessário facilitar o acesso e o transporte.

Opção 4 – Estruturar Serviço Residencial Terapêutico

Teoricamente, a implantação de uma Residência Terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e apropriado trabalho clínico com os futuros moradores (BRASIL, 2004c). Na prática, essa sincronização pode estar comprometida, diminuindo o nível de equidade dessa opção.

Existe resistência dos proprietários em alugar casas para pessoas com transtornos mentais, fato que dificulta a busca por moradias em locais de fácil acesso, mais próximas à sociedade e ao centro das cidades.

Aliado a isso, a implantação de uma residência terapêutica em determinadas comunidades pode enfrentar dificuldades socioculturais (preconceito, estigma), que por sua vez pode comprometer o processo de reintegração social, que inclui estabelecer relações sociais com outros grupos, como por exemplo, os vizinhos, o bairro e o comércio. De forma geral, a comunidade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados, refletindo a dificuldade de aceitação e da estigmatização sofrida por essas pessoas. Isso requer campanhas contra a psicofobia e debates sobre a saúde mental e conscientização da população.

Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo

A localização, o acesso e a disponibilidade de transporte até os dispositivos para intervenção em episódio psiquiátrico agudo pode diminuir a equidade desta opção entre municípios e regiões brasileiras. A existência de serviços acessíveis de referência para os pacientes desinstitucionalizados, especialmente para aqueles agudamente doentes, é um pré-requisito para que esses pacientes sejam beneficiados com a implementação dessa opção, assim como garantia de um cuidado efetivo e suporte aos pacientes e familiares.

Desta forma, estratégias de maior integração são necessárias entre municípios que apresentem este dispositivo especializado e aqueles que não o possuem, fortalecendo a rede de atenção psicossocial e a rapidez no atendimento.



Fonte: www.freepik.com.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

Embora as opções apresentadas não tenham que, necessariamente, ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). É também importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas relacionadas ao campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

A opção precisa ser fisicamente disponível, geograficamente acessível, aceitável aos usuários, adequada, efetiva e segura. Se um desses níveis não estiver 100%, a cobertura e a efetividade da opção será reduzida (SILVA *et al.*, 2014). Aliado a isso, é preciso haver mudança de paradigma da atitude do profissional de saúde, principalmente em relação ao estigma da doença, caso contrário, a implementação não será efetiva.

O levantamento de possíveis barreiras e de facilitadores de implementação foi feito a partir de uma chuva de ideias entre os pesquisadores da equipe de elaboração desta síntese e profissionais atuantes no DRS-XVI, considerando o contexto específico desta região. Além disso, ponderamos experiências descritas em outros estudos, conforme elencado a seguir.

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Possíveis barreiras: Estereótipos negativos e o auto-estigma presentes na maioria das pessoas com transtornos mentais estão associados à baixa autoestima, qualidade de vida reduzida, falta de esperança e baixa aderência ao tratamento, que por sua vez pode interferir na reabilitação social, na busca de ajuda, de emprego, de viver de forma independente e ter uma vida social plena (MITTAL <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Estigma que ainda existe na sociedade em relação as pessoas com transtornos mentais dificultam a formação e ampliação da rede social dessas pessoas, devido exclusão social.</p>

Continua

Continuação

Níveis	Opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Resistência a adoção de novas estratégias, especialmente para pacientes e famílias que enfrentam a doença há muito tempo.</p> <p>Possibilidade de superação das barreiras: Psicoeducação e/ou intervenções de reestruturação cognitiva podem diminuir o auto-estigma e gerar benefícios na reabilitação social (TSANG <i>et al.</i>, 2016). Revisão sistemática mostra que duas intervenções contrastantes são promissoras: i) intervenções que visem alterar crenças e atitudes estigmatizantes e ii) intervenções que encorajam a aceitação de estereótipos estigmatizantes, por meio de melhoria da autoestima, empoderamento e comportamento ativo na busca de ajuda (MITTAL <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Intervenções que disseminem conhecimento e contato social (direto ou indireto) com os pacientes portadores de transtornos mentais mostram efeitos imediatos médios na redução do estigma (MORGAN <i>et al.</i>, 2018). As abordagens devem ser contínuas, a fim de sustentar os benefícios a longo prazo.</p> <p>Sensibilizar a comunidade e divulgar de forma consistente e em todas as oportunidades cabíveis a importância e os benefícios da Psicoeducação. Esses programas fornecem informações que podem ajudar pacientes, familiares/cuidadores a compreender a natureza da doença, a melhorar o discernimento (<i>insight</i>) sobre a doença, a adesão ao tratamento, ao prognóstico e a adquirir habilidades para evitar recaídas e hospitalizações (CHAN <i>et al.</i>, 2009). Lyman <i>et al.</i> (2014) endossa os achados e mostra também que a psicoeducação aplicada especialmente às famílias reduz a sobrecarga familiar, a taxa de recaídas e hospitalizações, aumenta a qualidade de vida e a habilidade em resolver problemas relacionados a doença do paciente.</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Possíveis barreiras: Necessidade de capacitação específica e atualizada dos profissionais (CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012).</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Capacitar os profissionais do grupo de Psicoeducação para disseminar o conhecimento fidedigno, com foco em informações e esclarecimentos confiáveis, sem distorções, preconceito ou modismo.</p> <p>Organizar cursos que garantam a educação continuada dos profissionais envolvidos, uma vez que o êxito da função educativa dependerá da qualidade do processo de capacitação (CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Possíveis barreiras: Número insuficiente de profissionais que desenvolvem programas de Psicoeducação.</p> <p>Trabalhadores sobrecarregados que não conseguem atender à demanda. Necessidade de reservar horário para educação continuada e discussão de casos (CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012).</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Aumentar o quadro de profissionais que atuam na Psicoeducação, a fim de atender a demanda.</p> <p>Organizar horários e estimular a participação dos profissionais nos cursos de educação continuada.</p> <p>Garantir o acesso e a qualidade dos programas de Psicoeducação tanto para os profissionais da saúde quanto para os usuários.</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Opção 1 – Disponibilizar Programas de Psicoeducação
Sistemas de saúde	<p>Possíveis barreiras: Limitação orçamentária; preconceito por parte dos gestores.</p> <p>Falta de monitoramento e avaliação dos desfechos positivos e negativos nas intervenções a curto e a longo prazo de programas de Psicoeducação.</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Incluir as necessidades para implantar essa opção no planejamento da Secretaria da Saúde e buscar parcerias na comunidade ou universidades.</p> <p>Os resultados da Psicoeducação devem ser constantemente avaliados, a fim de garantir sua efetividade (RAN <i>et al.</i>, 2003). Os serviços devem estar preparados para investigar se a Psicoeducação está favorecendo a prevenção de recaída, a adesão ao tratamento e mudanças positivas na vida dos pacientes e suas famílias.</p> <p>Prover constantemente ampla disseminação do impacto e dos benefícios do programa de Psicoeducação, a fim de estimular a família e obter maior adesão ao programa.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Possíveis barreiras: Discriminação, preconceito e receio no que tange o imaginário social acerca da “loucura”, acarretando exclusão social e isolamento.</p> <p>Dificuldade de manter um vínculo com a família dos pacientes, principalmente quando tem dificuldades em participar do processo terapêutico, seja por medo, dúvidas, culpa ou tensão (ZERBETTO <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Prioridades concorrentes e incentivos insuficientes por parte dos tomadores de decisão.</p> <p>Possibilidades de superação de barreiras: Desmistificar a imagem perigosa e preconceituosa a que envolve os “loucos”, promovendo festas e eventos, além do CAPS, a fim de possibilitar a construção de um novo conceito e entendimento em torno dos transtornos mentais e dos pacientes desinstitucionalizados (ZERBETTO <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Estimular a participação da comunidade na rede de cuidados de saúde mental e realizar atividades comunitárias (por exemplo, caminhadas, festas de bairro), a fim de se criar relações de troca, de integração entre o serviço, o usuário, a família, a comunidade e a sociedade em geral (BRASIL, 2004b).</p> <p>A iniciativa e o processo de implantação vão depender do gestor municipal, regional e estadual, consecutivamente. Portanto, o fornecimento de evidências sobre a magnitude do problema, comparações relevantes e abordagens sistemáticas e transparentes para avaliar os prós e os contras desta opção contribui para tomada de decisão favorável em promover a implementação.</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Possíveis barreiras: Conceitos e posturas arcaicas. Parcela dos profissionais ainda apresentam atividades meramente técnicas, centradas apenas na doença.</p> <p>Trabalhadores sobrecarregados emocionalmente (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009).</p>

Continua

Continuação

Níveis	Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos
Trabalhadores de saúde	<p>Possibilidades de superação das barreiras: Promover a capacitação dos profissionais e o desenvolvimento de habilidades para saber escutar, acolher e se responsabilizar pelo sofrimento do indivíduo, além de saber gerenciar conflitos, questionar e refletir sobre sua prática diária.</p> <p>Valorizar a importância do vínculo e do acolhimento e reconhecê-los como uma estratégia de processo de trabalho ou como postura de uma relação terapêutica.</p> <p>Aproximação global da equipe às famílias, buscando sensibilizá-las e desenvolvendo diferentes modos de cuidar de acordo com a singularidade de cada paciente e familiares (ZERBETTO <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Disponibilizar cuidados/suporte aos profissionais atuantes. Entrevistas realizadas com 48 profissionais de saúde mental de Londrina-PR sobre suas concepções e necessidades, mostraram sobrecarga emocional da equipe, necessidade de afinidade com a área, necessidade de capacitação, de redução da carga horária, de melhora na comunicação e funcionamento da equipe e de espaços de cuidado para os cuidadores (OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Possíveis barreiras: Equipes com objetivos diferentes que dificultam a tomada de decisão, evidenciando a falta de organização entre as equipes no sentido de elaborarem projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares (ZERBETTO <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Formas de cuidado que ainda priorizam a terapêutica medicamentosa e medico-clínica, secundarizando o modelo psicossocial (FIORATI; SAEKI, 2013).</p> <p>Dificuldades em inserir os indivíduos com transtornos mentais no mercado de trabalho formal, que implica na reabilitação profissional (KINOSHITA <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Disponibilizar curso de aperfeiçoamento em trabalho em equipe; desenvolver estratégias para valorizar e aumentar a integração entre os serviços e os profissionais (BRASIL, 2004b).</p> <p>Oferecer ajuda diferenciada, peer support, como estratégia de suporte social. O peer support envolve indivíduos com histórico de sucesso na reabilitação de transtorno mental que oferecerão auxílio e suporte social a longo prazo na recuperação de outras pessoas com transtornos mentais (WALKER; BRYANT, 2013). A compreensão e o compartilhamento da experiência de sofrimento, a convivência, empatia, encorajamento e esperança que os pares proporcionam, tem mostrado avanço significativo nas relações sociais, no envolvimento com o cuidado, empoderamento, esperança e atividade dos pacientes (CHINMAN <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Buscar e estimular a participação dos pacientes em Organizações Não-Governamentais (ONGs) ou Associações como iniciativas para ampliar sua rede social, seu território, melhorar as oportunidades, promovendo eventos, confraternizações para arrecadar dinheiro e interagir com a sociedade. Experiências exitosas ocorreram entre ONGs ou Associações formadas por usuários, familiares e outras pessoas ligadas à saúde mental (SALLES; BARROS, 2013).</p> <p>Inserir o modelo de emprego apoiado, supported employment, que busca incluir pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho formal. Especialistas em emprego agem na procura de empregos, de acordo com os interesses de trabalho das pessoas, dão suporte vocacional, treinamento e firmam parcerias com os dispositivos de saúde (CAPS) aos quais pertençam os usuários participantes (KINOSHITA <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Estabelecer reuniões semanais com a equipe técnica para avaliação das atividades, revisão de condutas e discussão de casos. Os serviços de saúde precisam estar preparados e articulados para oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizar acompanhamento clínico, atuar na reinserção social dos pacientes pelo acesso ao trabalho, lazer e cidadania (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Opção 2 – Implementar e monitorar a prática do Gerenciamento Intensivo de Casos
Sistemas de saúde	<p>Possíveis barreiras: Os custos podem representar uma barreira para a sustentabilidade da contratação de profissionais especializados e suficientemente necessários para atender à demanda de pacientes.</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: incluir as necessidades para implantar essa opção no planejamento da Secretaria de Saúde e buscar parcerias na comunidade e universidades.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	Opção 3 – Implantar Equipes Comunitárias De Saúde Mental
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Possíveis barreiras: Falta de reconhecimento por parte dos gestores da importância da implantação dessas equipes na comunidade e da lacuna que isso representa.</p> <p>Possibilidade de superação da barreira: Promover aproximação entre gestores e profissionais de ponta e até mesmo dos pacientes (ANDRADE <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Conscientização da população e dos profissionais envolvidos acerca da importância de se obter um vínculo de confiança entre profissional-paciente-família, a fim de garantir atendimento humanizado, de maior qualidade e conforto ao paciente (BRUNELLO <i>et al.</i>, 2010).</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Possíveis barreiras: Deficiências das competências dos profissionais de saúde nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais (ANJOS <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Equipes multidisciplinares de saúde mental geralmente recebem limitada orientação e conseqüentemente podem usar práticas inconsistentes.</p> <p>Profissionais com visão fragmentada em relação ao cuidado do paciente com dificuldade de trabalhar de modo inter e transdisciplinar, em estabelecer comunicação e escuta qualificada (ANJOS <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Possibilidade de superação das barreiras: Promover capacitação específica e adequada para intervir nos transtornos mentais da população. Uma equipe devidamente preparada é capaz de uma intervenção precoce, de tratar os casos mais simples ou de encaminhar rapidamente os casos mais graves e até de evitar o agravamento (SILVA; ROSA, 2014).</p> <p>É fundamental que a educação continuada seja uma prática institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidades de cada equipe, potencializando conhecimentos novos e transformando práticas de forma contínua (BRASIL, 2009).</p> <p>O conhecimento e as habilidades adquiridas levam a mudanças de comportamento e ao estabelecimento de uma relação mais humana, de respeito, de afeto e confiança entre os profissionais, os pacientes e suas respectivas famílias (SILVA; ROSA, 2014).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Possíveis barreiras: Cultura de resistência relacionada ao envolvimento de mais recursos humanos ou adequações às equipes existentes.</p> <p>Desarticulação nas ações das equipes para o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas (ANDRADE <i>et al.</i>, 2012).</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Opção 3 – Implantar Equipes Comunitárias De Saúde Mental
Organização de serviços de saúde	<p>O modelo padrão hierarquizado, centrado no médico, pode acarretar dificuldades de implantação e de aceitação diante dos próprios profissionais da equipe quanto da população.</p> <p>Reuniões com propósitos incertos, papéis mal definidos na equipe e ausência de diretrizes operacionais podem resultar em equipes ineficazes (WOODY <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>Possibilidade de superação das barreiras: Deve-se documentar as decisões em equipe, emitir relatórios e comparar os resultados de determinadas práticas em pacientes com diferentes complexidades (WOODY <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>Mudança da cultura organizacional no SUS, priorizando abordagem qualitativa (ANJOS <i>et al.</i>, 2013). Firmar como novo modelo padrão, o tratamento horizontalizado, que visa uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento entre os membros da equipe de saúde (ANDRADE <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Organização de espaços físicos e de horários específicos para reuniões, discussões de casos, definição e compartilhamento de projetos terapêuticos com toda a equipe (ANJOS <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>As equipes devem ser constantemente avaliadas e monitoradas, por meio de um instrumento específico e de auditorias anuais, a fim de assegurar a efetividade da equipe e os desfechos positivos na condução dos casos (WOODY <i>et al.</i>, 2018).</p>
Sistemas de saúde	<p>Possíveis barreiras: O custo pode ser considerado importante barreira para a implantação, monitorização e sustentabilidade da contratação e atualização dos profissionais.</p> <p>Possibilidade de superação das barreiras: Incluir as necessidades para implantação e monitorização desta opção no planejamento da Secretaria de Saúde, buscar parcerias na comunidade e universidades.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9 – Considerações sobre a implementação da opção 4

Níveis	Opção 4 – Estruturar Serviço Residencial Terapêutico
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Possíveis barreiras: A implementação de SRT geralmente não é prioridade na agenda dos gestores municipais. Existe baixa interação entre gestores e profissionais em saúde mental (FURTADO, 2006).</p> <p>Muitos pacientes têm receio de deixar os hospitais e ir para os SRT, relatam medo e insegurança sobre a rotina de uma casa e de uma cidade (ALMEIDA; CEZAR, 2016).</p> <p>Watson, Fossey e Harvey (2019) em sua revisão qualitativa, relataram que muitos pacientes se sentiram pressionados a aceitar moradias inadequadas/insatisfatórias frente ao “desespero” de sair do hospital ou então o medo de não ter onde morar depois que saem do hospital faz com que muitos tolerem locais insatisfatórios.</p> <p>Possibilidades de superação: A implementação deve ser prioridade na agenda do gestor; promover maior interação entre gestores e profissionais de saúde mental.</p> <p>Conscientizar os pacientes acerca dos benefícios que a mudança do local de tratamento (para a comunidade) pode trazer: desenvolvimento de autonomia, reinserção social, convívio social com os outros moradores e com a vizinhança, a existência de diálogo e cuidado (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). Além disso, promover acompanhamento dos pacientes e respeitar os diferentes ritmos de adaptação (ALMEIDA; CEZAR, 2016).</p>

Continua

Continuação

Níveis	Opção 4 – Estruturar Serviço Residencial Terapêutico
Trabalhadores de saúde	<p>Possíveis barreiras: Capacitação técnica inadequada, falta de educação continuada dos trabalhadores na área de saúde mental, os quais podem estar reproduzindo várias características do modelo hospitalar (MOREIRA; CASTRO-SILVA, 2011).</p> <p>Falta de envolvimento entre paciente-profissionais. O resgate da autonomia e da ocupação está fortemente ligada ao suporte oferecido aos programas habitacionais, podendo ser tanto estimulada como inibida, dependendo dos cuidadores/profissionais (BURGOYNE, 2014).</p> <p>Possibilidades de superação de barreiras: Oferecer capacitação específica e educação permanente em reabilitação psicossocial, relacionamento interpessoal, legislação em saúde mental, acompanhamento, acolhimento, focado nas dificuldades pessoais dos moradores, para melhorar o processo de inserção social (ALMEIDA; CEZAR, 2016).</p> <p>Os profissionais devem ter o compromisso de se envolver e estimular a ocupação (como os pacientes ocupam seu tempo dentro das moradias) e a autonomia, a fim de proporcionar um senso de propósito e de envolvimento com as atividades (BURGOYNE, 2014).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Possíveis barreiras: Número de residências aquém do necessário; limitada expansão de moradias no Brasil, se considerarmos o volume das necessidades e os entraves burocráticos (FURTADO, 2006). Processo lento de locação de imóveis para inserir os SRT e dificuldades em encontrar e alugar um espaço adequado.</p> <p>Metassíntese qualitativa evidenciou que dispositivo-casa com estrutura física insatisfatória ou de baixa qualidade, com suporte inadequado por parte dos cuidadores e profissionais, tornam-se ineficazes (WATSON; FOSSEY; HARVEY, 2019).</p> <p>Falta de campanhas nacionais sobre as mudanças na área de saúde mental e a importância da inclusão social dos pacientes (FURTADO, 2006).</p> <p>A complexidade dos casos dificulta a melhor composição da SRT pelos moradores alocados. Moradores com idades muito diferentes e distintos estágios da doença ou diagnósticos são fatores a serem considerados na organização deste serviço.</p> <p>Possibilidades de superação: Promover trabalhos de conscientização com a comunidade e com a vizinhança dos bairros onde se estabelecerão as Residências Terapêuticas, priorizando a importância da atitude de inclusão ativa para com estes pacientes.</p> <p>Organizar eventos periódicos para a comunidade que disseminem o esclarecimento sobre as doenças mentais e as mudanças na área de saúde mental.</p> <p>Promover maior agilidade na alocação de residências e avaliá-las de forma contínua, a fim de que mantenham condições apropriadas (FURTADO, 2006).</p> <p>Watson, Fossey e Harvey (2019) em sua revisão, relatam que uma vez que as necessidades básicas de abrigo, segurança e proteção são atendidas, os indivíduos tornam-se mais propensos a reconstruir suas vidas e explorar atividades significativas no seu dia a dia.</p> <p>A qualidade e a natureza da moradia afetam os moradores com transtornos mentais. Revisão sistemática qualitativa conduzida por Burgoyne (2014), mostra que para a moradia ser sustentável e estável aos moradores, três elementos devem estar inter-relacionados: <i>autonomia</i> (os moradores sentirem que tem controle sobre suas próprias vidas, liberdade e poder de escolha), <i>suporte</i> (apoio profissional efetivo e comunicação, a fim de ajudar os moradores onde e como eles queiram) e ambiente (fácil contato com a vizinhança e com a natureza, atendendo as necessidades específicas dos moradores).</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Opção 4 – Estruturar Serviço Residencial Terapêutico
Sistemas de saúde	<p>Possíveis barreiras: Dificuldades técnicas, políticas e financeiras nos níveis federal, estadual e municipal, são os principais obstáculos à expansão deste serviço (ALMEIDA; CEZAR, 2016).</p> <p>Dificuldades na estruturação e organização dos SRT, sugerindo risco de transinstitucionalização (OLIVEIRA; CONCIANI, 2008).</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Incluir as necessidades para implantar essa opção no planejamento da Secretaria de Saúde e buscar parcerias com ONGs.</p> <p>Monitoramento constante, a fim de que não ocorra apenas a transinstitucionalização e desospitalização, mas sim a desinstitucionalização (OLIVEIRA; CONCIANI, 2008).</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 10 – Considerações sobre a implementação da opção 5

Níveis	Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Possíveis barreiras: Os pacientes podem enfrentar dificuldades na escuta de suas necessidades e no manejo do seu cuidado a longo prazo, gerando estados ansiosos agudos (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015).</p> <p>A postura de distanciamento, de medo de comportamento agressivo, de negatividade sofrida pelos pacientes pode atrapalhar a prestação de serviços.</p> <p>Possibilidades de superação: Investimento em abordagens preventivas e humanizadas, com monitoramento regular da saúde física e mental dos pacientes.</p> <p>Ampliação de políticas públicas que visem prevenção de crises e promoção da saúde mental.</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Possíveis barreiras: Equipes multidisciplinares incompletas, recursos humanos escassos, inadequados e/ou despreparados para intervir em um episódio agudo. O nível das equipes multiprofissionais, suas habilidades e organização refletem a efetividade desta opção (WHELEER <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Desafio de construir um outro tipo de cuidado ou projeto terapêutico individual além da doença, na maioria das vezes não ensinado e não valorizado nos cursos e universidades (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).</p> <p>Profissionais céticos e despreparados podem atrapalhar a efetividade dos novos modelos de cuidado psicossocial na comunidade (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015). Além disso, o medo de agressão e insegurança, podem dificultar ou até impedir a prestação do cuidado (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015).</p> <p>Possibilidades de superação: Promover capacitação e especialização de profissionais na área de saúde mental; assegurar educação permanente. Os profissionais devem ser altamente capacitados e preparados para atuarem rapidamente e adequadamente em um episódio psiquiátrico agudo.</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Opção 5 – Fortalecer dispositivos para intervenções em episódio psiquiátrico agudo
Organização de serviços de saúde	<p>Possíveis barreiras: Encaminhamentos mal direcionados ao CAPS III, sobrecarga ao serviço de casos leves, perda de sua característica principal de priorizar o atendimento a pacientes em quadros graves e agudos (GONZAGA; NAKAMURA, 2015).</p> <p>Carência de intervenções em crise em municípios de pequeno porte e falta de vínculo com o CAPS de referência.</p> <p>Falta de integração e diálogo entre os diversos profissionais da equipe presentes em diferentes turnos dos plantões, deficiência ou ausência de informações nos prontuários, fatores que dificultam a construção do projeto terapêutico do paciente (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).</p> <p>Falta de acompanhamento e integração entre as equipes do CAPS e Hospitais gerais (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).</p> <p>Número insuficiente de leitos em hospitais gerais ou então, existência de equipes multidisciplinares incompletas. Devido a alta densidade de pacientes, procedimentos e rotinas, a intervenção em crise realizada em hospital geral enfrenta obstáculos na produção do cuidado e na escuta/atenção das necessidades dos pacientes com transtornos mentais (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015).</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Esta opção precisa ter uma boa comunicação e estar integrada com uma rede articulada de serviços, tais como: atenção básica, residência terapêutica, serviços de atendimento médico móvel, leitos em hospitais gerais, e cuidados ambulatoriais e domiciliares integrados (BRASIL, 2004b; WHEELER <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Reorientar os profissionais envolvidos sobre o papel original do CAPS III e o encaminhamento apropriado do paciente, de acordo com a definição de casos leves, moderados e graves. Promover capacitação e educação da equipe sobre o atendimento de indivíduos com sofrimento psíquico (PINHEIRO, 2014).</p> <p>Criação de espaço e horários reservados para a discussão de casos, a construção e a reavaliação do projeto terapêutico entre todos os membros da equipe (diurna e noturna) e exigência de registros mais rigorosos das intervenções nos prontuários (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).</p> <p>Ampliar o número de leitos em hospitais gerais e promover o vínculo entre os serviços da rede. Inserir um psiquiatra na equipe, 24 horas/dia, pode aumentar a efetividade dessa opção em reduzir o número de internações (WHEELER <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Garantir suporte adequado e oferta de leitos suficientes em hospitais gerais, considerando as cidades onde não tem CAPS III.</p>
Sistemas de saúde	<p>Possíveis barreiras: alto investimento, limitação orçamentária; prioridades concorrentes; falta de conhecimento e envolvimento sobre a Política de Saúde Mental (PINHEIRO, 2014).</p> <p>A Política de Saúde Mental não é tão abrangente e deixa os municípios de pequeno porte em posição de dependência de outros municípios com rede especializada em saúde mental (PINHEIRO, 2014).</p> <p>Possibilidades de superação das barreiras: Incluir as necessidades para implantar essa opção no planejamento da Secretaria da Saúde.</p> <p>Capacitação de gestores sobre Políticas públicas de Saúde (PINHEIRO, 2014).</p> <p>Garantir ações nacionais de capacitação da equipe da Atenção primária com o intuito de construir uma vertente a rede de Atenção psicossocial (PINHEIRO, 2014).</p>

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. de; CEZAR, A. T. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewissue.php?id=26>. Acesso em: 2 abr. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DMS-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 811-821, 2017.

ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

ANJOS, K. F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.

BATISTA, T. A.; BAES, C. V. W.; JURUENA, M. F. Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials. **Psychology & Neuroscience**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 409-416, July/Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pn/v4n3/a14v4n3.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Ministério financia vagas para tratar dependentes de drogas**. Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/ministerio-repassa-verbas-para-custear-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: MS, 2000. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 5 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília, DF: MS, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta Para Casa – PVC**. Brasília, DF: MS, 2017c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/852-profissional-e-gestor/41059-programa-de-volta-para-casa-pvc>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF: MS, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *In*: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: OPAS: MS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações para gestores, profissionais, residentes e familiares sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas: perguntas e respostas**. Brasília, DF: MDS, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017: mecanismo nacional de prevenção e combate à tortura**. Brasília, DF: MPF, 2018.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistemática na literatura: Brasil: 1998-2007. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BURGOYNE, J. Mental health and the settings of housing support: a systematic review and conceptual model. **Housing, Care and Support**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 26-40, 2014.

BURNS, T. *et al.* Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. **BMJ**, London, v. 335, n. 7615, p. 336, Aug. 2007.

CANTELE, J.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 910-925, 2012.

CAYRES, A. Z. F. *et al.* **Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP, 2015.

CHAN, S. W. *et al.* Evaluation of a psychoeducation program for chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 75, n. 1, p. 67-76, Apr. 2009.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHINMAN, M. *et al.* Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. **Psychiatric Services**, Washington, D.C., v. 65, n. 4, p. 429-41, 2014.

CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Sorocaba comemora fechamento do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz**. São Paulo: COSEMS/SP, 2016. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/sorocaba-comemora-fechamento-do-hospital-psiquiatrico-vera-cruz/>. Acesso em: 8 maio 2018.

DIETERICH, M. *et al.* Intensive case management for severe mental illness. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 1, Jan. 2017. CD007906.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 27, p. 194-207, 2007.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 305-312, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000200012&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 3 abr. 2020.

FÓRUM DA LUTA ANTIMANICOMIAL DE SOROCABA. **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região**. Sorocaba: SinPsi, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E ATENÇÃO COMUNITÁRIA: inovações e desafios da reforma psiquiátrica brasileira, Rio de Janeiro. **Documento Técnico Final**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Fundação Calouste Gulbenkian, 2015. 90 p.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 785-795, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300026&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 3 abr. 2020.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan. 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GONCALVES, D. I. A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014.

GONZAGA, N.; NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 232-243, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100232&nrm=-iso. Acesso em: 29 jul. 2018.

HABY, M. M. *et al.* Interventions that facilitate sustainable jobs and have a positive impact on workers' health: an overview of systematic reviews. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 40, n. 5, p. 332-340, 2016.

INSTITUTO INNOVARE. **Conheça os vencedores do XI Premio Innovare**. Rio de Janeiro: Instituto Innovare, 2014. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/noticia/conheca-os-vencedores-do-xi-premio-innovare>. Acesso em: 12 jul. 2018.

INTAGLIATA, J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. **Schizophrenia Bulletin**, Rockville, Md., v. 8, n. 4, p. 655-74, 1982.

JORGE, M. R.; FRANCA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

KINOSHITA, Y. *et al.* Supported employment for adults with severe mental illness. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 9, Sept. 2013. CD008297.

KYLE, T.; DUNN, J. R. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. **Health & Social Care in the Community**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1-15, Jan. 2008.

LEFF, H. S. *et al.* Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. **Psychiatric Services**, Washington, D.C., v. 60, n. 4, p. 473-482, 2009.

LYMAN, D. R. *et al.* Consumer and family psychoeducation: assessing the evidence. **Psychiatric Services**, Washington, D.C., v. 65, n. 4, p. 416-428, Apr. 2014.

MACHADO, L. D. F. *et al.* Programa de tratamento assertivo na comunidade e gerenciamento de casos: revisão de 20 anos da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 208-218, 2007.

MALONE, D. *et al.* Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 3, July 2007. CD000270.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARSHALL, M. *et al.* Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 12, Dec. 2011. CD004026.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401273&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 3 abr. 2020.

MARTINS, G. D. C. S. *et al.* O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2013.

MCGREW, J. H.; BOND, G. R. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. **Journal of Mental Health Administration**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 113-125, Spring 1995.

MELO, A. M. da C. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 84-95, 2012.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. de M. e. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 124-131, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100017. Acesso em: 3 abr. 2020.

MENICUCCI, T. M. G. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 87, p. 28-75, 2006.

MITTAL, D. *et al.* Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: a critical review of the literature. **Psychiatric Services**, Washington, D.C., v. 63, n. 10, p. 974-981, Oct. 2012.

MOREIRA, M. I. B.; CASTRO-SILVA, C. R. de. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 545-553, set./dez. 2011.

MORGAN, A. J. *et al.* Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 103, p. 120-133, Aug. 2018.

MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. de A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500020&nrm=iso. Acesso em: 2 maio 2017.

MURPHY, S. M. *et al.* Crisis intervention for people with severe mental illnesses. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 12, May 2015. CD001087.

NOBREGA, M. P. S. S.; VEIGA, T. F. L. O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 7, p. e1388, 2017.

OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 167-178, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15.htm>. Acesso em: 9 ago. 2018.

OLIVEIRA, J. P. de. **A transversalidade do encontro: da desinstitucionalização em Trieste à Sorocaba, (re)fazeres?**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2017.

OLIVEIRA, T. T. S. S. e; LEME, F. R. da G.; GODOY, K. R. G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-138, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007&nrm=iso. Acesso em: 7 set. 2017.

PATON, F. *et al.* Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. **Health Technology Assessment**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 1-162, Jan. 2016.

PINHEIRO, L. C. R. **Dificuldades enfrentadas nos municípios que não possuem CAPS**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

POMPEO, D. A. *et al.* Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2799, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100411&nrm=-iso. Acesso em: 7 set. 2017.

PRADO, M. F. do; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 320-337, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500320&nrm=iso. Acesso em: 2 ago. 2017.

RAN, M. S. *et al.* Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: a randomised controlled trial. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 38, n. 2, p. 69-75, Feb. 2003.

ROG, D. J. *et al.* Permanent supportive housing: assessing the evidence. **Psychiatric Services**, Washington, D.C., v. 65, n. 3, p. 287-294, Mar. 2014.

RYU, Y. *et al.* Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 40, n. 5, p. 462-470, May 2006.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700028&nrm=iso. Acesso em: 2 jul. 2017.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. **MP e governos firmam TAC para garantir tratamento adequado a pacientes psiquiátricos da região de Sorocaba**. São Paulo: MPSP, 2012a. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/dezembro_2012/MP%20e%20governos%20firmam%20TAC%20para%20garantir%20tratamento%20adequado%20a%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos%20da%20regi%C3%A3o%20de%20Sorocaba.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. Procuradoria-Geral da Justiça. **Termo de Ajuste e Conduta (TAC)**. São Paulo, 18 dez. 2012b. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/tac-desinstitucionalizacao-de-hospitais-psiquiatricos-2012>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Departamento Regional de Saúde XVI – Sorocaba. **Equipamentos RAPS atualizado**. Destinatário: Izabela Fulone e Luciane Cruz Lopes. Sorocaba, 28 set. 2018. 1 mensagem eletrônica.

SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília, DF: MS, ano 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 6 jan. 2017.

SCHNEIDER, A. R. dos S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009.

SHAH, L. B. *et al.* Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: a literature review. **Archives of Psychiatric Nursing**, Philadelphia, Pa., v. 28, n. 2, p. 94-101, Apr. 2014.

SHEA, B. J. *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 7, p. 10, Feb. 2007. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-7-10>. Acesso em: 3 abr. 2020.

SILVA, E. K. B. da; ROSA, L. C. dos S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. **Revista Katálisis**, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014.

SILVA, M. J. de *et al.* Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 43, n. 2, p. 341-353, Apr. 2014.

SILVA, P. R. F. da *et al.* Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2341-2352, 2017.

SIMMONDS, S. *et al.* Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 178, p. 497-502, June 2001.

SOARES, M. H. Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental. **SMAD: Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 1-14, ago. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000200010&nrm=iso. Acesso em: 2 ago. 2018.

SOROCABA (SP). Prefeitura. **Moradores têm alta do Hospital Vera Cruz**. Sorocaba: Agência Sorocaba de Notícias, 2017. Disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/quatro-moradores-tem-alta-do-hospital-vera-cruz/>. Acesso em: 2 maio 2018.

SOROCABA (SP). Prefeitura. **Prefeito Crespo encerra as atividades no Vera Cruz com ação solene**. Sorocaba: Agência Sorocaba de Notícias, 2018. Disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/prefeito-crespo-encerra-as-atividades-no-vera-cruz-com-solenidade/>. Acesso em: 7 maio 2018.

SOROCABA (SP). Prefeitura. **Sorocaba promove reunião sobre saúde mental e atrai 18 cidades**. Sorocaba: Agência Sorocaba de Notícias, 2016. Disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/sorocaba-promove-reuniao-sobre-saude-mental-e-atrai-18-cidades/>. Acesso em: 3 jan. 2017.

TEIXEIRA, M. A crítica à Reforma Psiquiátrica, da sua implantação e de seus fundamentos: os argumentos de Valentim Gentil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 322-345, abr./jun. 2005. Seção: Observando a Medicina. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n2/1415-4714-rlpf-8-2-0322.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

TSANG, H. W. *et al.* Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 173, n. 1-2, p. 45-53, May 2016.

TURSI, M. F. *et al.* Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 47, n. 11, p. 1019-1031, Nov. 2013.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

WALKER, G.; BRYANT, W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 28-34, Mar. 2013.

WATSON, J.; FOSSEY, E.; HARVEY, C. A home but how to connect with others?: a qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. **Health and Social Care in the Community**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 546-564, 2019.

WHEELER, C. *et al.* Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 15, Apr. 2015. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0441-x>. Acesso em: 3 abr. 2020.

WOODY, C. A. *et al.* Identifying characteristics and practices of multidisciplinary team reviews for patients with severe mental illness: a systematic review. **Australasian Psychiatry**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 267-275, June 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey**. Geneva: WHO, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2014**. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf?sequence=. Acesso em: 1 maio 2018.

XIA, J.; MERINDER, L. B.; BELGAMWAR, M. R. Psychoeducation for schizophrenia. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 6, June 2011. CD002831. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170907/>. Acesso em: 3 abr. 2020.

ZERBETTO, S. E. *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 99-109, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ZHAO, S. *et al.* Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 4, Apr. 2015. CD010823.

ZIGURAS, S. J.; STUART, G. W. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. **Psychiatric Services**, Washington, D.C., v. 51, n. 11, p. 1410-1421, Nov. 2000.

APÊNDICES

Os quadros a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas. Cada linha do quadro corresponde a uma revisão sistemática ou estudo em particular. A revisão sistemática é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão sistemática estão descritos na terceira coluna e as principais conclusões do estudo que se relacionam com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão sistemática utilizando o instrumento AMSTAR (*A Measurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews*), que avalia a qualidade global usando uma escala de 0 a 11, onde 11/11 representa uma revisão da mais alta qualidade. No entanto, sempre que algum aspecto do instrumento não se aplicou ou não pode ser avaliado e a revisão sistemática foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTAR será diferente de 11. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas e não os aspectos de políticas analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais uma revisão sistemática com alto escore pelo AMSTAR pode conter evidência de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa. As demais colunas trazem a proporção dos estudos que incluíram a população-alvo, a proporção dos estudos que foram realizados em cenários/países de baixa ou média renda (LMIC – *Low and Middle Income Countries*), a proporção dos estudos com foco no problema e o último ano da busca para inclusão de estudos na revisão sistemática respectiva.

Apêndice A – Apresenta o critério de elegibilidade para seleção das revisões sistemáticas que compõe a síntese.

Apêndice B – Apresenta as bases de dados e as estratégias de busca utilizadas para identificação das opções para políticas.

Apêndice C – Apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Apêndice D – Apresenta a lista dos estudos excluídos.

Apêndices E a I – Apresentam os resultados mais detalhados das treze revisões sistemáticas analisadas para a definição das cinco opções para política, sua qualidade metodológica e países onde foram realizados os estudos primários incluídos nessas revisões.

Apêndice J – Revisões sistemáticas qualitativas e quantitativas incluídas para subsidiar a implementação das opções.

Apêndice A – Critério de elegibilidade para seleção das revisões sistemáticas que compõem a síntese

- **Critérios de inclusão dos estudos sobre opções para políticas**

O Quadro A1 mostra o método PICOTS para a pesquisa metodológica:

Quadro A1: Método PICOTS

P	População	adultos com transtornos mentais, segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V-TR), que tinham sido institucionalizados em hospitais psiquiátricos.
I	Intervenção	estratégias para o acompanhamento e cuidado de pacientes ambulatorialmente.
C	Comparador	outras estratégias para o acompanhamento e cuidado de pacientes ambulatorialmente.
O	Desfechos	melhora dos sintomas, melhora da função (autonomia), diminuição da frequência e do tempo de hospitalização, diminuição da necessidade de cuidados especiais, satisfação do paciente, qualidade de vida, danos, equidade, barreiras de implementação ou custo.
T	tempo (duração)	qualquer duração da intervenção foi considerada.
S	tipo de estudo	revisão sistemática*, overview de revisão sistemática, síntese de evidência e estudos de avaliação econômica. Não houve limite quanto à data de publicação ou idioma.

Fonte: Elaboração própria.

*revisões sistemáticas quantitativas foram utilizadas como evidências para as opções; revisões sistemáticas qualitativas e quantitativas foram utilizadas como suporte para barreiras e facilitadores da implementação da opção.

- **Critérios de exclusão dos estudos sobre opções para políticas**

Foram excluídos os artigos que avaliaram somente os desfechos clínicos relacionados aos pacientes psiquiátricos sem informar as estratégias de manejo, ações e/ou as metodologias para o processo de monitoramento de pacientes desinstitucionalizados. Revisão sistemática cujo tema tenha sido abordado em revisão sistemática mais recente ou atualizada.

- **Seleção das evidências**

Após a busca, dois revisores, em pares, avaliaram de forma independente se os resumos atendiam os critérios de elegibilidade e as diferenças foram resolvidas por consenso. As revisões sistemáticas foram avaliadas de acordo com a ferramenta AMSTAR (SHEA *et al.*, 2007), conforme Apêndices E e I.

Apêndice B – Bases de dados e estratégias de busca utilizadas para identificação das opções para políticas

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado*	Data
Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline) - via Pubmed	<i>Deinstitutionalization psychiatry "systematic"[sb]</i>	85	22/03/ 2017
The Cochrane Library	<i>Deinstitutionalization</i>	3	22/03/ 2017
Health System Evidence	<i>Deinstitutionalization</i>	5	22/03/ 2017
Rx for Change	<i>Deinstitutionalization</i>	0	22/03/ 2017
The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	<i>deinstitutionalization psychiatry</i>	5	22/03/ 2017
Excerpta Medica Database (EMBASE)	<i>'deinstitutionalization'/exp OR deinstitutionalization AND ('psychiatry'/exp OR psychiatry) AND systematic AND ('review'/exp OR review)</i>	13	22/03/ 2017
American Psychological Association (PsycINFO)	<i>deinstitutionalization systematic review</i>	18	22/03/ 2017
SCOPUS	<i>Deinstitutionalization systematic review</i>	26	22/03/ 2017
The Cochrane Library	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Community Mental Health Services.mp. or exp Community Mental Health Services/</i> 2. <i>Case Management.mp. or exp Case Management/</i> 3. <i>Managed Care Programs.mp. or exp Managed Care Programs/</i> 4. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Organizational Case Studies/ or Patient Care Team/</i> 5. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Community Mental Health Centers/</i> 6. <i>Mental Disorders.mp. or exp Mental Disorders/</i> 7. <i>deinstitutionalization.mp. or exp Deinstitutionalization/</i> 8. <i>1 or 2 or 3 or 4 or 5</i> 9. <i>6 and 8</i> 10. <i>7 and 9</i> 11. <i>limit 10 to "review articles"</i> 	11	10/05/2017
Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Community Mental Health Services.mp. or exp Community Mental Health Services/</i> 2. <i>Case Management.mp. or exp Case Management/</i> 3. <i>Managed Care Programs.mp. or exp Managed Care Programs/</i> 4. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Organizational Case Studies/ or Patient Care Team/</i> 5. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Community Mental Health Centers/</i> 6. <i>Mental Disorders.mp. or exp Mental Disorders/</i> 7. <i>deinstitutionalization.mp. or exp Deinstitutionalization/</i> 8. <i>1 or 2 or 3 or 4 or 5</i> 9. <i>6 and 8</i> 10. <i>7 and 9</i> 11. <i>limit 10 to "review articles"</i> 	70	10/05/2017
American Psychological Association (PsycINFO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Community Mental Health Services.mp. or exp Community Mental Health Services/</i> 2. <i>Case Management.mp. or exp Case Management/</i> 3. <i>Managed Care Programs.mp. or exp Managed Care Programs/</i> 4. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Organizational Case Studies/ or Patient Care Team/</i> 5. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Community Mental Health Centers/</i> 6. <i>Mental Disorders.mp. or exp Mental Disorders/</i> 7. <i>deinstitutionalization.mp. or exp Deinstitutionalization/</i> 8. <i>1 or 2 or 3 or 4 or 5</i> 9. <i>6 and 8</i> 10. <i>7 and 9</i> 11. <i>limit 10 to "review articles"</i> 	128	10/05/2017

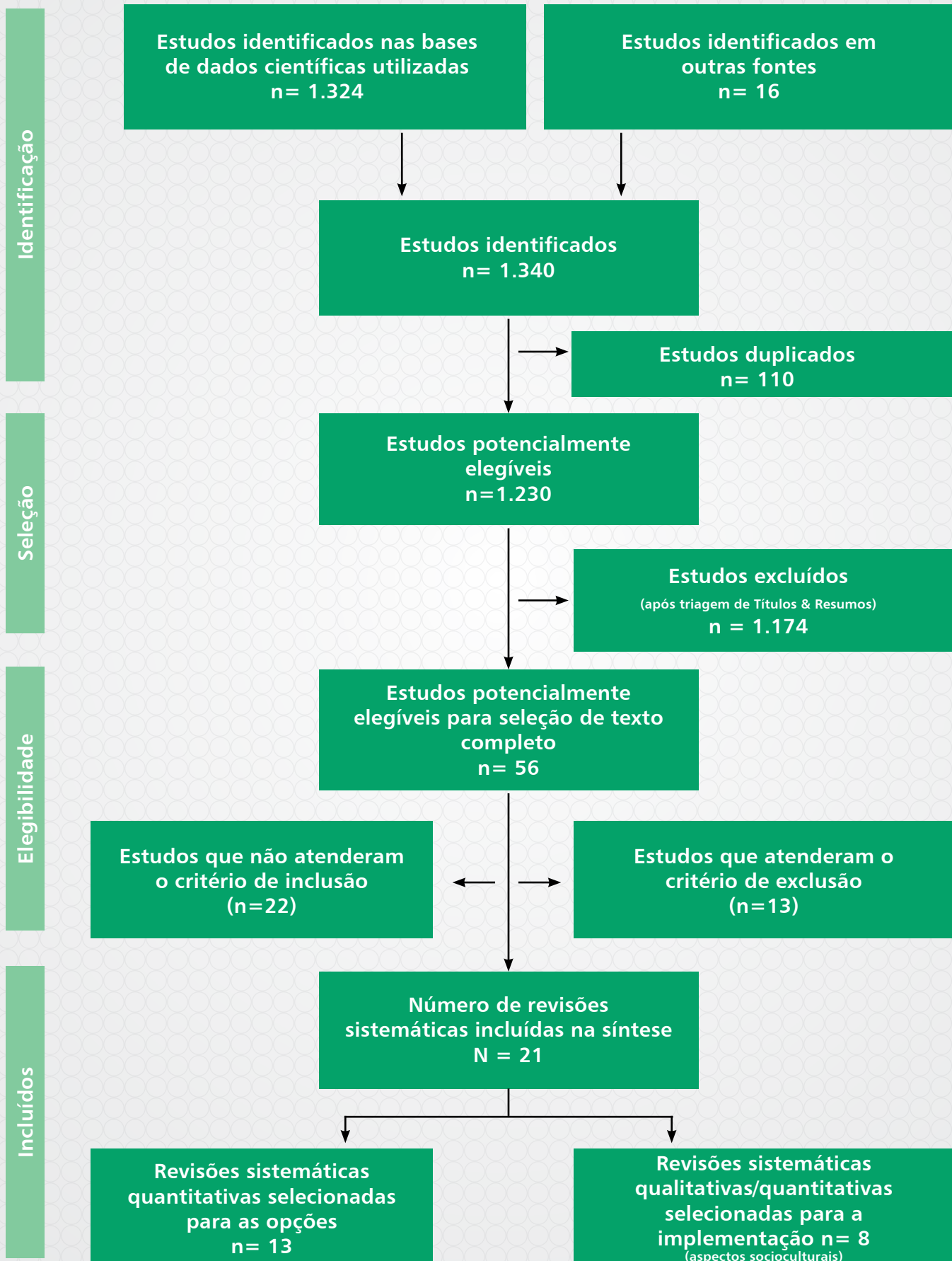
Continua

Conclusão

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado*	Data
Excerpta Medica Database (EMBASE)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Community Mental Health Services.mp. or exp Community Mental Health Services/</i> 2. <i>Case Management.mp. or exp Case Management/</i> 3. <i>Managed Care Programs.mp. or exp Managed Care Programs/</i> 4. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Organizational Case Studies/ or Patient Care Team/</i> 5. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Community Mental Health Centers/</i> 6. <i>Mental Disorders.mp. or exp Mental Disorders/</i> 7. <i>deinstitutionalization.mp. or exp Deinstitutionalization/</i> 8. <i>1 or 2 or 3 or 4 or 5</i> 9. <i>6 and 8</i> 10. <i>7 and 9</i> 11. <i>limit 10 to "review articles"</i> 	810	10/05/2017
The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Community Mental Health Services.mp. or exp Community Mental Health Services/</i> 2. <i>Case Management.mp. or exp Case Management/</i> 3. <i>Managed Care Programs.mp. or exp Managed Care Programs/</i> 4. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Organizational Case Studies/ or Patient Care Team/</i> 5. <i>Community Mental Health Centers.mp. or exp Community Mental Health Centers/</i> 6. <i>Mental Disorders.mp. or exp Mental Disorders/</i> 7. <i>deinstitutionalization.mp. or exp Deinstitutionalization/</i> 8. <i>1 or 2 or 3 or 4 or 5</i> 9. <i>6 and 8</i> 10. <i>7 and 9</i> 11. <i>limit 10 to "review articles"</i> 	68	10/05/2017
PubMed	"supported housing" and "mental disorders"	48	07/03/ 2018
Epistemonikos	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Psychoeducation</i> 2. <i>Community mental health team</i> 3. <i>Crisis intervention</i> 4. <i>Housing support</i> 5. <i>Severe mental illness</i> 6. <i>1 or 2 or 3 or 4</i> 7. <i>6 and 5</i> 8. <i>limit 7 to "systematic reviews"</i> 	34	23/07/2018 (após diálogo deliberativo)

*Os artigos foram agregados em um gerenciador de referências bibliográficas (Endnote), retirado aqueles duplicados e em seguida realizada a triagem de títulos e resumos.

Apêndice C – Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D – Estudos excluídos após leitura completa

De acordo com o critério de exclusão		
Autor/ano do estudo	Estudo	Motivo da exclusão
Campbell, 2009	Advance treatment directives for people with severe mental illness	Não apresenta estratégia de cuidado ambulatorial ou de acompanhamento.
Catty, 2002	Home treatment for mental health problems: a systematic review	Estudo incluído em outra revisão sistemática mais recente
Chilvers, 2010,	Supported housing for people with severe mental disorders	Esta revisão sistemática não encontrou estudos originais
Kanapp, 2011	The economic consequences of desinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience	Foco somente em sistemas de saúde europeu.
Kozma, 2009	Outcomes in Different Residential Settings for People With Intellectual Disability: A Systematic Review	Foco em adultos com distúrbios intelectuais e não desinstitucionalizados.
***Marshall, 2011	Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders.	Não apresenta estratégia de cuidado ambulatorial
Marshall; Lockwood, 2011	Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Review)	Estudo incluído em outra revisão sistemática mais recente
O'Campo, 2009	Community-Based Services for Homeless Adults Experiencing Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders: A Realist Approach	Não apresenta estratégia de cuidado ambulatorial para pacientes desinstitucionalizados.
Reily, 2013	Collaborative care approaches for people with severe mental illness	Não apresenta estratégia de cuidado ambulatorial para pacientes desinstitucionalizados.
***Simmonds, 2001	Community mental health team management in severe mental illness: systematic review	Estudo incluído em outra revisão sistemática mais recente
Wash, 2010	Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life: An Overview	Foco somente em adultos com deficiências intelectuais e não desinstitucionalizados.
Winkler, 2016	Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review	Foco na criminalidade e prisão.
Yesufu-Udechuku, 2015	Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis	Não apresenta estratégia de cuidado ambulatorial para pacientes desinstitucionalizados.

Fonte: Elaboração própria.

*** Estudos excluídos na composição das tabelas sobre as opções de políticas, porém foram utilizados para complementar informações básicas, contextualizar o problema ou subsidiar a implementação por meio da ponderação sobre barreiras ou facilitadores.

Não atenderam o critério de inclusão		
Autor/ano do estudo	Estudo	Motivo da exclusão
Arboleda-Fiérrez, 1998	Mental Illness and Violence: An Epidemiological Appraisal of the Evidence	Revisão narrativa.
Appathurai, 1986	Achieving the Vision of Deinstitutionalization: A Role for Foster Care?	Revisão narrativa.
Aubry, 2015	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	Revisão narrativa.
Bemak, 1985	A pathway of principles, values and morality effective psychological practices in deinstitutionalizing chronic mental health clients	Revisão narrativa.
Collard, 2014	Supportive Housing: An Evidence-Based Intervention for Reducing Relapse among Low Income Adults in Addiction Recovery	Revisão narrativa.
***Chan, 2009	Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with	Revisão narrativa.
Hazel, 2017	Multiple family group treatment reduces distress for caregivers of people with schizophrenia	Ensaio clínico randomizado.
Henderson, 1998	Can deinstitutionalised care be provided for those at risk of violent offending?	Revisão narrativa.
Kunitoh, 2013	From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients	Revisão narrativa.
Ly, 2015	Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature	Revisão narrativa.
***Lyman, 2014	Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence	Revisão de escopo
Mccrone, 2009	Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial	Ensaio clínico, controlado, randomizado.
Ramonet, 2013	Soins intensifs à domicile: modeles internationaux et niveau de preuve	Revisão narrativa.
***Ran, 2003	Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: A randomized controlled trial	Ensaio clínico.
***Rog, 2014	Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence	Revisão de escopo
***Ryu, 2006	Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan	Estudo longitudinal quase experimental.
Sampaio, 2006	Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica	Revisão narrativa.
Vazquez-Bourgon, 2012	Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients	Revisão narrativa
White, 2018	The Communities First (ComFi) study: protocol for a prospective controlled quasi-experimental study to evaluate the impact of area-wide regeneration on mental health and social cohesion in deprived communities	Protocolo clínico.
Winters, 2015	Interprofessional collaboration in mental health crisis response systems: Escoping review	Revisão de escopo.
Worral, 2018	The effectiveness of support groups: a literature review	Revisão narrativa.
***WHO, 2014	Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey	Survey metodológico

Fonte: Elaboração própria.

*** Estudos excluídos na composição das tabelas sobre as opções de políticas, porém foram utilizados para complementar informações básicas, contextualizar o problema ou subsidiar a implementação por meio da ponderação sobre barreiras ou facilitadores.

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – disponibilizar programas de psicoeducação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Zhao <i>et al.</i> , 2015	Efeitos da Psicoeducação	Avaliar a efetividade da Psicoeducação (breve) associada ao tratamento padrão versus tratamento padrão isolado como forma de ajudar os pacientes com transtornos mentais graves	Nesta revisão sistemática foram incluídos 20 estudos envolvendo 2.337 pacientes. A Psicoeducação como uma intervenção breve (em torno de 12 semanas) diminui a taxa de recaída em médio prazo e aumenta a aderência ao tratamento medicamentoso em curto prazo. Alguns estudos incluídos de baixa qualidade de evidência, mostraram que há também melhora no estado global e mental do paciente a curto prazo e diminuição da incidência de ansiedade e depressão. Este estudo aponta para a potencial efetividade da Psicoeducação em suas várias formas. Todavia, há necessidade de mais estudos de alta qualidade sobre os efeitos no estado global e mental, na função social, nas hospitalizações e na incidência de ansiedade e depressão nos pacientes, sendo imprescindível conter uma clara definição do tipo da Psicoeducação e da sua duração.	10/11	20/20	13/20	20/20	2013
Xia; Merinder; Belgamwar, 2011	Efeitos da Psicoeducação	Avaliar os efeitos da Psicoeducação comparado com o tratamento padrão.	Nesta revisão sistemática foram incluídos 44 estudos totalizando 5.142 pacientes, sendo a maioria internados e diagnosticados com esquizofrenia. Pacientes que receberam Psicoeducação apresentaram maior aderência ao tratamento a curto, médio e longo prazo, menor taxa de recaída, maior satisfação com o tratamento e melhor qualidade de vida. Em médio prazo, cada quatro pacientes com esquizofrenia que receberam Psicoeducação ao invés de tratamento padrão, um paciente apresentou uma melhora clínica significativa (NNT=4). Os autores relatam que há outros desfechos importantes envolvidos na Psicoeducação, porém os dados são insuficientes ou ainda não foram estudados. Há necessidade de futuros estudos sobre os efeitos na qualidade de vida, na reabilitação psicossocial, e sua relação custo-efetividade.	10/11	44/44	33/44	44/44	2010
Tursi <i>et al.</i> , 2013	Efeitos da Psicoeducação na depressão	Avaliar os efeitos da Psicoeducação em pacientes com depressão unipolar	Nesta revisão foram incluídos 15 estudos, em grupo ou individual, sendo que dois deles avaliaram a Psicoeducação aplicada às famílias dos pacientes. Em três estudos, foi aplicado Psicoeducação à longa distância, por meio de internet e e-mails e em cinco outros estudos, a Psicoeducação estava associada a outra terapêutica. A Psicoeducação foi efetiva em melhorar o curso clínico, a função psicossocial e a aderência ao tratamento. Além disso, diminuiu a sobrecarga familiar.	5/11	15	2/15	15/15	2012
Batista; Baes; Juruen, 2011	Efeitos da Psicoeducação no transtorno bipolar	Avaliar a efetividade da Psicoeducação na aderência ao tratamento, melhora nos sintomas clínicos e psicossociais em pacientes bipolares.	Foram incluídos 13 ensaios clínicos controlados randomizados. Destes, 8 envolveram somente pacientes, 4 unicamente famílias/cuidadores e 1 envolveu pacientes e familiares. A Psicoeducação mostrou-se efetiva na melhora dos sintomas clínicos, psicossociais, na aderência ao tratamento, na redução das taxas de recaídas, recorrências e hospitalizações	4/11	13/13	não reportado	13/13	não reportado
Shah <i>et al.</i> , 2014	Efeitos da Psicoeducação e do relaxamento	Avaliar os efeitos da Psicoeducação e das técnicas de relaxamento em pacientes com transtornos mentais	Nesta revisão sistemática, os estudos foram mistos, incluindo ensaios com pessoas diagnosticadas com transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de adaptação, luto patológico, esquizofrenia, ansiedade, depressão, distúrbio ou euforia, totalizando 13 estudos. As intervenções de relaxamento também variaram (meditação, yoga, relaxamento muscular, respiração abdominal ou imaginação guiada) entre os ensaios. Os resultados da revisão mostram que a combinação de psicoeducação e relaxamento, providencia conhecimento e habilidades para reduzir as variáveis de estresse, que por sua vez, atenua os sintomas ansiosos e depressivos. Os efeitos do relaxamento isoladamente foram inconclusivos.	4/11	13/13	não reportado	13/13	2013

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice F – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – implementar e monitorar a prática do gerenciamento intensivo de casos

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Zigura; Stuart, 2000	Efetividade do Gerenciamento Intensivo de Casos	Investigar a efetividade do Gerenciamento Intensivo de Casos e comparar com os desfechos do Tratamento Assertivo na Comunidade e do Gerenciamento de Casos Clínicos.	44 estudos foram incluídos e analisados. Destes, 35 compararam tratamento assertivo na comunidade ou gerenciamento de caso clínico com tratamento convencional e nove compararam tratamento assertivo na comunidade com gerenciamento de caso. Ambos os tipos de gerenciamento de casos foram mais eficazes do que o tratamento convencional em três domínios de resultados: sobrecarga familiar, satisfação dos pacientes/familiares com os serviços e custo. Além disso, houve diminuição na taxa de hospitalização e de abandono do tratamento e melhora na função social. Os autores concluíram que a introdução do Gerenciamento de casos mostra-se uma iniciativa positiva, que acarreta melhorias moderadas no serviço de saúde mental.	6/11	44/44	44/44	44/44	1998
Dieterich et al., 2017	Efetividade do Gerenciamento Intensivo de Casos	Avaliar os efeitos do Gerenciamento Intensivo de Casos como meio de cuidar de pessoas com transtornos mentais graves na comunidade versus cuidado padrão na comunidade.	Nesta metanálise foram incluídos 40 ensaios clínicos controlados randomizados envolvendo 7.524 pessoas. Comparado ao cuidado padrão, Gerenciamento Intensivo de Casos reduziu a taxa de hospitalização e a taxa de abandono do tratamento. Os efeitos relacionados a função social, estado global, mental e qualidade de vida permaneceram incertos. Baseados em evidências de moderada a baixa qualidade, o Gerenciamento Intensivo de Casos é efetivo em desfechos relevantes para pacientes com transtornos mentais graves, no entanto novos estudos devem ser realizados.	9/11	40/40	40/40	40/40	2015
Burns et al., 2007	Gerenciamento Intensivo de Casos	Explicar por que os ensaios clínicos envolvendo Gerenciamento Intensivo de Casos mostra dados inconsistentes quanto ao uso dos serviços hospitalares.	Nesta revisão sistemática foram incluídos 29 ensaios clínicos controlados randomizados, sendo que oito eram multicêntricos, totalizando 1996 pacientes, dos quais todos os estudos relataram média de dias/mês no hospital. A redução significativa na taxa de hospitalização de pacientes com transtornos mentais na comunidade foi favorável ao Gerenciamento Intensivo de Casos, especialmente nos ensaios que envolveram pacientes com alto risco de admissões hospitalares. A introdução deste modelo não apresentou reduções consideráveis em cenários onde a média de hospitalização já era baixa. Conclui-se que o Gerenciamento Intensivo de Casos reduz admissões hospitalares desnecessárias.	7/11	42/42	29/42	42/42	2007

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice G – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – implantar equipes comunitárias de saúde mental

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Malone <i>et al.</i> , 2007	Implementação de Equipes de Saúde Mental na comunidade	Avaliar os efeitos da implementação e do tratamento das Equipes de Saúde Mental versus cuidado padrão (sem cuidados de equipes comunitárias).	<p>Nesta revisão sistemática foram incluídos três ensaios clínicos controlados randomizados envolvendo 587 pacientes da comunidade com qualquer tipo de transtorno mental. O atendimento das Equipes de Saúde Mental diminuíram as taxas de hospitalizações e aumentaram a satisfação dos pacientes em comparação com o tratamento padrão.</p> <p>Embora tenha sido pequena a taxa de mortalidade, não houve diferença significativa entre o grupo de pacientes atendidos pelas Equipes de Saúde Mental e os pacientes que receberam cuidado padrão.</p> <p>Os autores relataram que outros desfechos devem ser estudados, a fim de mostrar os benefícios (melhora na função global e social, menor perda de seguimento, menor custo) e a superioridade das Equipes de Saúde Mental em relação ao cuidado padrão.</p>	9/11	3/3	0/3	3/3	2006

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice H – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – estruturar serviço residencial terapêutico

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Kyle; Dunn, 2008	Efeitos dos programas de moradia na saúde, qualidade de vida e utilização de serviços de saúde	Investigar a relação entre as variáveis independentes relacionadas aos programas de moradia e as variáveis dependentes relacionadas à saúde dos pacientes com transtorno mental grave	Nesta revisão sistemática, foram incluídos 29 estudos (coortes, ensaios clínicos controlados randomizados ou quase-experimental), que investigaram a qualidade estrutural e social dos programas de moradia. Evidências fracas, mas promissoras, sugerem que condições precárias e conflitos domésticos estão associados ao aumento de sintomas de ansiedade, raiva e depressão. Por outro lado, melhores condições de moradia contribuem para a melhora nos sintomas psiquiátricos e na sensação de bem-estar. Além disso, a redução no número de hospitalizações é consideravelmente observada nos programas de moradia que são mais estáveis, acessíveis, qualificados e de caráter permanente. Apresentam potencial para melhorar a saúde mental e a qualidade de vida, porém as evidências relacionadas a saúde dos pacientes são de baixa qualidade devido as deficiências no método dos estudos. Os autores relatam a grande heterogeneidade dos estudos e a falta de medidas e definições em comum, que dificulta a comparação entre os estudos.	4/11	29/29	0/0	29/29	não reportado
Leff <i>et al.</i> , 2009	Dispositivos-casa para pessoas com transtornos mentais	Investigar a efetividade de diferentes tipos de dispositivos-casa de acordo com a estabilidade, sintomas psiquiátricos, hospitalizações e satisfação das pessoas (moradores) com transtornos mentais	Nesta metanálise, foram incluídos 30 estudos de diferentes tipos de dispositivos-casa, envolvendo 13.436 pessoas. A maioria dos estudos era de dispositivos-casa de caráter permanente (41%), ou seja, são moradias permanentes Os resultados mostraram que diferentes tipos de dispositivos-casa acarretam diferentes desfechos nos moradores. A moradia de caráter permanente (<i>permanente supported housing</i>), apresentou maiores benefícios em relação aos outros modelos, aumentando a satisfação dos pacientes, melhorando os sintomas psiquiátricos e reduzindo hospitalizações, possivelmente por representar maior estabilidade e segurança aos moradores.	6/11	30/30	0/0	30/30	não reportado

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice I – Revisões sistemáticas sobre a opção 5 – fortalecer dispositivos para intervenções em episódio agudo psiquiátrico

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Murphy <i>et al.</i> , 2015	Intervenções em crise	Investigar os efeitos da intervenção de crise para pessoas com transtornos mentais que apresentam um episódio agudo (crise) comparado ao cuidado padrão.	Nesta revisão sistemática, foram incluídos 8 ensaios clínicos controlados randomizados, totalizando 1.144 pacientes, com diferentes tipos de cobertura (equipe móvel, não móvel, atendimento na própria casa do paciente ou em um ambiente apropriado na comunidade). Os resultados apontaram para a diminuição na taxa de hospitalizações, melhora do estado global e mental dos pacientes e maior satisfação com o serviço. Vale ressaltar que é um modelo de tratamento mais aceitável do que o tratamento hospitalar padrão.	11/11	8/8	0/0	8/8	2014
Wheeler <i>et al.</i> , 2015	Intervenções em crise	Avaliar a efetividade dos modelos de intervenções em crise e identificar os princípios e componentes chave das equipes	Nesta revisão sistemática foram incluídos 69 estudos: 49 relacionados à implementação de equipes de intervenção em crise e 20 documentos governamentais envolvendo orientações específicas A redução na taxa de hospitalização e a satisfação com o serviço ocorre em determinadas circunstâncias. Os estudos quantitativos mostraram que a presença de um psiquiatra na equipe, a disponibilidade de suporte 24 horas/dia e integração com os serviços é capaz de diminuir a taxa de internações. Porém, permanece incerto o quanto as características da equipe influenciam a efetividade dessa intervenção.	7/11	49/69	0/0	69/69	2013

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice J – Revisões sistemáticas qualitativas e quantitativas incluídas para subsidiar a implementação das opções

Autor/ano do estudo	Estudo
Burgoyne, 2015	Mental health and the settings of housing support – a systematic review and conceptual model
Chinman, 2014	Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illness: Assessing the Evidence
Morgan, 2018	Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis
Kinoshita, 2013	Supported employment for adults with severe mental illness
Mittal, 2012	Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature
Tsang, 2016	Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: a systematic review and meta-analysis.
Watson, 2019	A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing.
Woody, 2018	Identifying characteristics and practices of multidisciplinary team reviews for patients with severe mental illness: a systematic review

Fonte: Elaboração própria.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL