



O kit de ferramentas *Direito é Qualidade da OMS* fornece aos países informações e ferramentas práticas para avaliar e melhorar os padrões de qualidade e os direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. O kit de ferramentas tem como base a *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência*. São fornecidas orientações práticas sobre:

- direitos humanos e padrões de qualidade que devem ser respeitados, protegidos e cumpridos em serviços ambulatoriais e de internação de saúde mental e de assistência social;
- preparação e condução de uma avaliação abrangente de serviços;
- elaboração de relatórios sobre os resultados e recomendações apropriadas com base na avaliação.

O kit de ferramentas foi elaborado para utilização em países de renda baixa, média e alta. Pode ser utilizado por diferentes interessados, inclusive comitês dedicados a avaliação, organizações não governamentais, instituições nacionais de direitos humanos, comissões nacionais de saúde ou de saúde mental, órgãos de acreditação de serviços de saúde e mecanismos nacionais estabelecidos sob os tratados internacionais para monitorar a implementação de padrões de direitos humanos e de outros com interesse em promover os direitos das pessoas com habilidades.

O kit de ferramentas *Direito é Qualidade da OMS* é um recurso essencial, não só para pôr um fim à negligência e abusos passados, mas também para assegurar serviços de alta qualidade no futuro.



Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

Ministério da  
Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**Direito é Qualidade**

**Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**



Brasília – DF  
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas



## Direito é Qualidade

Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da  
qualidade e dos direitos humanos em serviços  
de saúde mental e de assistência social



Brasília – DF  
2015

2015 Ministério da Saúde.



Essa obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A Organização Mundial da Saúde concedeu direitos de tradução e publicação de uma edição em Português para o Ministério da Saúde, que é o único responsável pela qualidade e fidelidade desta tradução em Português. Em caso de divergência entre as edições em inglês e português, a edição original em Inglês será a edição obrigatória e autêntica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2012 sob o título *Qualityrights tool kit assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 200 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas  
SAF Sul, Quadra 2, lote 5/6, bloco II, sala 13, Auditório,  
Edifício Premium  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Site: [www.saude.gov.br/mental](http://www.saude.gov.br/mental)  
E-mail: [saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)

Nota – Reconhecemos o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil (OPAS/OMS no Brasil) para esta publicação, por meio do Termo de Cooperação Técnica nº 43, firmado entre a Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e a OPAS/OMS no Brasil

*Coordenação:*

Roberto Tykanori Kinoshita

*Organização e revisão técnica:*

Adelia Benetti de Paula Capistrano – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Andrea Borghi Moreira Jacinto – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Barbara Coelho Vaz – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Cinthia Lociks de Araújo – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Daniel Adolpho Daltin Assis – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Enrique Araújo Bessoni – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Francisco Cordeiro – OPAS/OMS no Brasil  
June Correa Borges Scafuto – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Maria Fernanda de Silvío Nicacio – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Milena Leal Pacheco – CGMAD/DAPES/SAS/MS  
Thais Soboslai – CGMAD/DAPES/SAS/MS

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

*Diagramação:*

AllType Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.  
Direito é qualidade : kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.  
101 p: il.

ISBN 978-85-334-2328-2 Coleção completa

1. Saúde Mental. 2. Padronização. 3. Direitos humanos. 4. Qualidade I. Título.

CDU 614

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0362

*Título para indexação:*

*Qualityrights tool kit assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.*

# Agradecimentos

Os principais autores do kit de ferramentas foram Michelle Funk e Natalie Drew, Desenvolvimento de Políticas e Serviços de Saúde Mental, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial da Saúde (OMS), Genebra, Suíça.

A orientação técnica e revisões foram fornecidas por:

- Melvyn Freeman, Departamento Nacional de Saúde, África do Sul
- Achmat Moosa Salie, Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria, Centro Ubuntu da África do Sul, Cidade do Cabo, África do Sul
- Anne Marie Robb, Centro Ubuntu da África do Sul, África do Sul
- Judith Cohen, Comissão de Direitos Humanos da África do Sul, África do Sul
- Christine Ogaranko, Canadá
- J. Ramon Quiros, Ministério da Saúde e Assistência à Saúde, Governo do Principado de Astúrias, Espanha
- Japheth Ogamba Makana, MindFreedom, Quênia
- Sawsan Najjir, MindFreedom, Quênia
- Charlene Sunkel, Movimento de Advocacy do Consumidor de Gauteng; Presidente, Movimento de Advocacy da Saúde Mental da África do Sul, África do Sul
- Sylvester Katontoka, Rede de Usuários da Saúde Mental de Zâmbia
- Tomás Lopéz Corominas, Hierbabuena, Associação de Oviedo para Saúde Mental, Espanha
- Helena Nygren Krug, OMS, Genebra, Suíça
- Gemma Griffin, Saúde Mental e Dependência Química, Conselho de Saúde do Distrito Sul, Nova Zelândia
- Shekhar Saxena, OMS, Genebra, Suíça
- David Crepaz-Keay, Mental Health Foundation, Reino Unido
- Javier Vasquez, Escritório Regional das Américas da OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Jose Miguel Caldas de Almeida, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
- Soumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, Índia
- Benedetto Saraceno, Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Iniciativa Global em Psiquiatria, Países Baixos

Gostaríamos também de agradecer às seguintes pessoas por sua e apoio técnico:

- Victor Aparicio, Escritório Subregional da OMS, Panamá
- Gunilla Backman, Higiene e Medicina Tropical da London School, Reino Unido
- Laurent Benedetti, Faculdade de Medicina da Universidade de Massachusetts, Estados Unidos
- Laura Bennett, Escola de Psiquiatria Severn Deanery, Reino Unido
- Benjamin E. Berkman, Departamento de Bioética, National Institutes of Health, Estados Unidos
- Barbara Bernath, Associação para a Prevenção da Tortura, Suíça
- Andrea Bruni, Escritório Nacional da OMS na Etiópia
- Judith Bueno de Mesquita, Faculdade de Direito da Universidade de Essex, Colchester, Reino Unido
- Vijay Chandra, Escritório Regional do Sul e Leste da Ásia da OMS, Nova Deli, Índia
- Hugo Cohen, Escritório Subregional da OMS, Argentina



- Sebastiana Da Gama Nkomo, Escritório Regional da África da OMS, Brazzaville, República Democrática do Congo
- Julian Eaton, Escritório Regional da África Ocidental do CBM, Togo
- Marta Ferraz, Programa Nacional para Saúde Mental, Ministério da Saúde, Portugal
- Lance Gable, Faculdade de Direito da Universidade Estadual Wayne, Detroit, Michigan, Estados Unidos
- Amelia Concepción González López, Saúde Pública e Participação, Principado de Astúrias, Espanha
- Lawrence Gostin, Instituto O'Neill Para o Direito de Saúde Nacional e Global, Universidade de Georgetown, Washington DC, Estados Unidos
- Paul Hunt, Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex, Colchester, Reino Unido
- Shadi Jaber, Mental Health Families and Friends Society, Margem Ocidental e Faixa de Gaza
- Jan Paul Kwasik, Orygen Youth Health, Melbourne, Austrália
- Caroline Fei-Yeng Kwok, Canadá
- Oliver Lewis, Centro de Advocacy de Pessoas com Desabilidade Mental, Budapeste, Hungria
- Aiysha Malik, Universidade de Oxford, Reino Unido
- Angélica Monreal, Comissão Nacional para a Proteção de Pessoas com Doenças Mentais, Chile
- Maristela Monteiro, Escritório Regional das Américas da OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Matthijs Muijen, Escritório Regional da Europa da OMS, Copenhague, Dinamarca
- Jamil Nassif, Centro de Saúde Mental da Comunidade de Salfit, Ministério da Saúde, Margem Ocidental e Faixa de Gaza
- Alana Officer, OMS, Genebra, Suíça
- Ionela Petrea, Instituto Trimbos, Centro Colaborador da OMS, Países Baixos
- Matt Pollard, Associação para a Prevenção da Tortura, Genebra, Suíça
- Jorge Rodriguez, Escritório Regional das Américas da OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Diana Rose, Instituto de Psiquiatria, King's College, Londres, Reino Unido
- Khalid Saeed, Escritório Regional do Mediterrâneo Ocidental da OMS, Cairo, Egito
- Tom Shakespeare, OMS, Genebra, Suíça
- Jessica Sinclair, Maxwell Stamp PLC, Reino Unido
- Sarah Skeen, OMS, Genebra, Suíça
- Peter Stastny, Global Mental Health Program/ RedeAmericas, Universidade de Columbia, Cidade de Nova York, Estados Unidos
- Kanna Sugiura, OMS, Genebra, Suíça
- Ezra Susser, Escola Mailman de Saúde Pública, Universidade de Columbia, Cidade de Nova York, Estados Unidos
- Stephen Tang, Universidade Nacional da Austrália, Canberra, Austrália
- Graham Thornicroft, Instituto de Psiquiatria, King's College, Londres, Reino Unido
- Anil Vartak, Associação de Conscientização para a Esquizofrenia, Pune, Índia
- Henrik Wahlberg, Conselho do Condado de Estocolmo, Centro de Psiquiatria Transcultural, Estocolmo, Suécia
- Simon Walker, Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos, Genebra, Suíça
- Xiangdong Wang, Escritório Regional do Pacífico Ocidental da OMS, Manila, Filipinas
- Narelle Wickham, Justice Health, Canberra, Austrália
- Moody Zaky, Hospital Geral Comet, Egito

Apoio administrativo e secretariado: Patricia Robertson

Desenho gráfico e layout: Inis Communication, [www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com)

**Reconhecemos com gratidão o apoio financeiro dos Governos da Espanha e de Portugal para a versão original em Inglês.**



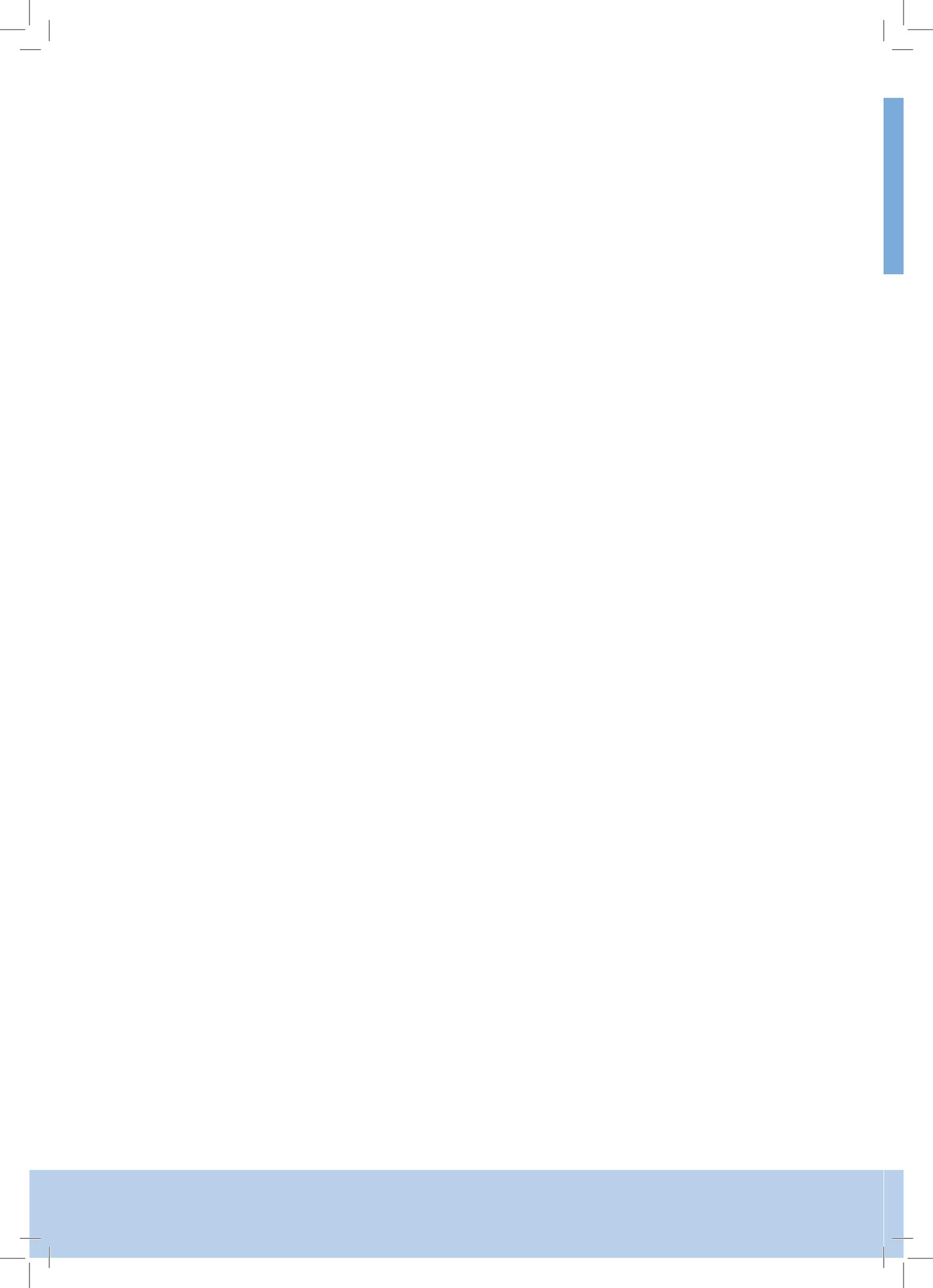
Agradecemos a todos os usuários, profissionais e gestores de saúde mental do Rio Grande do Sul que participaram da Oficina para análise de compreensibilidade e clareza da tradução das ferramentas do “QualityRights” da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o português, realizada em Porto Alegre – RS, no período de 05 a 07 de novembro de 2014.





# Sumário

1. Introdução . . . . .	1
2. Kit de ferramentas <i>Direito é Qualidade</i> da OMS. . . . .	3
3. Quem pode usar o kit de ferramentas? . . . . .	9
4. Estabelecer uma equipe de gerenciamento e objetivos do projeto . . . . .	14
5. Estabelecer uma estrutura de avaliação. . . . .	15
6. Estabelecer o(s) comitê(s) de avaliação e seu método de trabalho . . . . .	22
7. Treinar os membros do(s) comitê(s) de avaliação . . . . .	24
8. Estabelecer a autoridade do(s) comitê(s) . . . . .	25
9. Preparar termos de consentimento e buscar aprovação ética . . . . .	26
10. Programação e condução da avaliação . . . . .	27
11. Observar os serviços . . . . .	28
12. Revisão da documentação do serviço . . . . .	30
13. Entrevistar usuários, membros da família (ou amigos ou cuidadores) e profissionais do serviço . . . . .	33
14. Relatar os resultados da avaliação . . . . .	37
15. Uso dos resultados da avaliação . . . . .	39
Anexos . . . . .	41
Anexo A – Princípios da prática da saúde mental orientada para <i>Recovery</i> . . . . .	41
Anexo B – Capacidade legal e tomada de decisão apoiada . . . . .	44
Anexo C – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2006) . . . .	46
Anexo D – Temas, padrões e critérios do kit de ferramentas <i>Direito é Qualidade</i> da OMS . . . . .	75
Anexo E – Exemplos de tamanhos de amostra para tipos diferentes de serviço, de acordo com o número de profissionais e de usuários do serviço . . . . .	87
Anexo F – Modelo de termos de consentimento para entrevistados participantes em uma avaliação (a ser adaptado para o contexto nacional) . . . . .	90



# 1

## Introdução

Em todo o mundo, pessoas com transtornos mentais<sup>1</sup>, deficiências intelectuais e com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas são submetidas a assistência de baixa qualidade e a violações de seus direitos humanos. Os serviços de saúde mental não conseguem incorporar tratamentos e práticas baseados em evidências, levando a resultados insatisfatórios em termos de *recovery*<sup>2</sup>. O estigma associado a essas condições tem como consequência a exclusão, rejeição e marginalização dessas pessoas pela sociedade. Conceitos equivocados sobre pessoas com tais desabilidades – de que são incapazes de tomarem decisões ou de cuidar de si mesmas, de que são perigosas ou objetos de piedade e de assistência social – indicam que estas pessoas enfrentam a discriminação em todos os aspectos da vida. A elas são negadas oportunidades para trabalhar, para obter educação e para viver plenamente e de modo independente na comunidade.

Ironicamente, algumas das piores violações aos direitos humanos e casos de discriminação vivenciados por pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais e sofrimento ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas ocorrem em ambientes de prestação de cuidados à saúde. Em muitos países, a qualidade do atendimento em serviços de atenção hospitalar e ambulatorial é deficiente ou mesmo nociva e capaz de prejudicar ativamente

<sup>1</sup> Nota do tradutor: A “United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)” foi traduzida para o português como Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009), mas é importante esclarecer que a palavra “disability” tem um significado bem mais abrangente. Segundo diferentes organismos internacionais, o termo “disability” incluiria não só “as pessoas tradicionalmente reconhecidas como deficientes, como crianças que nascem com paralisia cerebral, usuários de cadeiras de rodas, pessoas cegas ou surdas,” assim como “pessoas com deficiência intelectual ou com transtornos mentais” (OMS, 2013: p.3 e 4; OEA, 2011: 56, 60, 61, 62, 65). No Brasil, no entanto, “deficiência mental” muitas vezes é entendida apenas como “deficiência intelectual”, isto é, “funcionamento intelectual significativamente inferior à média” (Decreto Nº 3298/99, alterado pelo Decreto nº 5.296/04). Diante disso, na tradução para o português de “mental disabilities” optamos pela expressão “**desabilidades mentais**”, num esforço de contextualização à realidade brasileira.

<sup>2</sup> Nota do tradutor: o termo “*recovery*” refere-se a uma abordagem específica em saúde mental, que enfatiza o processo de “empoderamento” das pessoas com transtornos mentais por meio de práticas que as apoiam a reconstruir e desenvolver suas conexões pessoais, sociais, ambientais e espirituais, além de enfrentar o estigma, tirando o foco na simples remissão de sintomas e enfatizando a pessoa, suas necessidades específicas e seu direito à “participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. A opção de não traduzir *recovery* se baseia em vários argumentos: 1) não existe em português um termo consagrado para se referir às práticas de *recovery* em saúde mental; 2) frequentemente o termo “*recovery*” não é traduzido na literatura científica em português do campo da saúde mental, ao se referir a essas práticas específicas; 3) em português o termo “recuperação” tem uma carga pejorativa, estando muito associado à ideia de devolução a uma pessoa a um estado “normal”, ou de retorno a algo que se perdeu, além disso, não expressa o foco das práticas de *recovery* na proatividade do usuário e na busca de novas conquistas em termos de exercício efetivo de direitos, capacidade de decisão, responsabilidades e alcance de objetivos de vida; 4) o texto original do “QualityRights” distingue “reabilitação” de “*recovery*” e o uso de um novo termo ressalta a necessidade de qualificação e ressignificação das práticas de reabilitação psicossocial à luz dos princípios de *recovery*.

o processo de *recovery*. O tratamento fornecido destina-se frequentemente a manter as pessoas e suas condições “sob controle” ao invés de reforçar sua autonomia e melhorar a sua qualidade de vida. As pessoas são vistas como “objetos de tratamento” em vez de seres humanos com os mesmos direitos e prerrogativas como todas as demais. Elas não são consultadas sobre seus atendimentos e projetos terapêuticos ou de *recovery* e, em muitos casos, recebem tratamento contra a sua vontade. A situação em serviços de internação é com frequência bem pior: as pessoas podem ser mantidas trancadas por semanas, meses e às vezes anos em hospitais psiquiátricos ou lares de assistência social, onde experimentam condições terríveis de vida e são submetidas a tratamentos desumanos, degradantes, incluindo violência e abuso.

É fundamental avaliar e melhorar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços ambulatoriais e de internação no intuito de modificar essa situação. Uma avaliação abrangente dos serviços pode ajudar a identificar problemas nas práticas existentes de atendimento à saúde e a planejar meios efetivos para assegurar que os serviços sejam de boa qualidade, respeitem os direitos humanos, atendam às necessidades dos usuários e promovam a autonomia, a dignidade e o direito à autodeterminação dos usuários. A avaliação é importante não só para mudar o quadro de negligência e abusos ocorridos no passado, mas também para garantir serviços efetivos e eficientes no futuro<sup>3,4</sup>. Adicionalmente, os resultados e as recomendações a partir de uma avaliação da qualidade e dos direitos humanos podem assegurar que as políticas futuras, o planejamento e mudanças na legislação respeitem e promovam os direitos humanos.

---

<sup>3</sup> *Quality improvement for mental health. WHO mental health policy and service guidance package.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2003.

<sup>4</sup> Um recurso complementar em países que enfrentam crises humanitárias é o Alto Comissariado para Refugiados da Organização Mundial da Saúde e das Nações Unidas. Lista de verificações para visitas locais a instituições em contextos humanitários. Disponível em: *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: tool kit for major humanitarian crises.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2012.

# 2 Kit de ferramentas *Direito é Qualidade da OMS*

## 2.1 Objetivo

O objetivo do kit de ferramentas *Direito é Qualidade da OMS* é apoiar os países na avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.

O kit de ferramentas tem como base uma extensa revisão internacional por pessoas com transtornos mentais e suas organizações. O kit foi testado de maneira experimental em países de baixa, média e alta renda e destina-se a ser aplicado em todos esses cenários.

Nesse kit de ferramentas, o termo “pessoas com desabilidades mentais” pode incluir aqueles com comprometimentos mentais, neurológicos ou intelectuais e os que apresentam sofrimento ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

O termo “serviços” refere-se a qualquer lugar onde pessoas com desabilidades mentais vivem ou recebem atendimento, tratamento e/ou reabilitação. Estes incluem: hospitais psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, serviços ambulatoriais (incluindo centros comunitários de saúde mental ou de substâncias psicoativas, clínicas de atenção primária e atendimento ambulatorial realizado por hospitais gerais), centros de cuidados diurnos para pessoas com transtornos mentais e serviços de acolhimento institucional e assistência social (incluindo, serviços de acolhimento institucional para idosos, crianças com deficiências e para outros “grupos” de pessoas).

Serviços psiquiátricos de internação e de estadia prolongada têm sido há muito associados com atendimento de baixa qualidade e violações aos direitos humanos. As pessoas que vivem nessas instituições ficam isoladas da sociedade e têm pouca ou nenhuma oportunidade para levarem vidas normais e plenas na comunidade. Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os países desativem progressivamente esse tipo de instituição e, em lugar, estabeleçam serviços de base comunitária e integrem a saúde mental aos serviços de atenção primária e hospitais gerais. Embora essa ferramenta não endosse instituições de longa permanência como ambiente apropriado para tratamento e cuidado, enquanto esse tipo de serviço continuar a existir em países de todo o mundo é necessário impedir violações e promover os direitos daqueles que residem nessas instituições.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) constitui a base para padrões dos direitos humanos que precisam ser respeitados, protegidos e cumpridos nos serviços que atendem a essa população.

## 2.2 Temas

Cinco temas, extraídos da CDPD, são abordados pelo kit de ferramentas:

- 1. O direito a um padrão de vida e proteção social adequado (Artigo 28 da CDPD).** Muitas pessoas mantidas em instituições residenciais possuem condições desumanas de vida, incluindo superpopulação e más condições sanitárias e de higiene. Os residentes não dispõem de vestuário adequado, água potável, alimentação, aquecimento, roupas de cama decentes e privacidade. O ambiente social frequentemente não é melhor: é negada às pessoas a oportunidade de se comunicarem com o resto do mundo, a sua privacidade não é respeitada, sofrem de tédio e de negligência torturantes e pouco ou nenhum estímulo intelectual, social, cultural, físico ou outro qualquer lhes é oferecido. O Artigo 28 da CDPD requer, entre outros itens, que seja proporcionado a pessoas com deficiências um padrão de vida adequado, incluindo alimentação, vestuário, água potável e dispositivos adequados, além de outro tipo de assistência para deficiências e melhoria contínua de suas condições de vida.
- 2. O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da CDPD).** Em muitos países, as pessoas não têm acesso aos cuidados e tratamento básicos de saúde mental que necessitam. Os serviços estão situados frequentemente longe demais de suas residências ou além de seus recursos financeiros. Em outros casos, os próprios serviços são de baixa qualidade: tratamentos ineficazes ou prejudiciais são aplicados, e problemas de comorbidades em geral são ignorados. Serviços de internação são enfatizados em detrimento de serviços ambulatoriais de base comunitária, e o enfoque de muitos serviços é confinar as pessoas em vez de ajudá-las a desenvolverem suas capacidades, visando seu processo de *recovery* e (re)integração na comunidade (Ver o Anexo A sobre os princípios de *recovery*). Além do mais, pessoas que vivem em instituições residenciais com frequência não são capazes de ter acesso a serviços de saúde geral, sexual e reprodutiva. O Artigo 25 da CDPD determina a prestação de serviços de saúde às pessoas com deficiências que os necessitam, tão próxima quanto possível de suas comunidades. Além do mais, requer que estes serviços de saúde sejam fornecidos com a mesma amplitude, qualidade e padrão de atendimento gratuito ou acessível, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva, como para todas as outras pessoas.
- 3. O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14 da CDPD).** Pessoas com transtornos mentais e deficiências intelectuais sofrem rotineiramente violações de seu direito de exercer sua capacidade legal. Com frequência, são consideradas incapazes de tomar decisões sobre suas próprias vidas, e escolhas importantes que lhes dizem respeito (por exemplo, sobre seu lugar de residência, seu tratamento médico, seus assuntos pessoais e financeiros) são efetuadas por familiares, cuidadores, tutores/curadores ou profissionais de saúde. Além disso, pessoas de vários países em todo o mundo recebem tratamento médico ou são admitidas em instituições residenciais sem o seu expresse consentimento informado.

O Artigo 12 da CDPD declara que pessoas com deficiências possuem o direito ao reconhecimento como pessoas perante a lei em qualquer parte. O artigo também reafirma os direitos de pessoas com deficiências a exercer sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida. Por conseguinte, devem permanecer na posição central para todas as decisões que lhes afetam, inclusive sobre seu tratamento, o lugar onde vivem e em matérias relativas a seus assuntos pessoais e financeiros. O Artigo 12 também declara que, quando necessário, deve ser proporcionado apoio às pessoas no exercício de sua capacidade legal. Isso significa que devem ter acesso a uma pessoa ou grupo de pessoas de confiança, capazes de lhes explicar questões relativas a seus direitos, tratamento e a outras matérias relevantes, e que possam ajudá-las a interpretar e comunicar suas escolhas e preferências. Esses apoiadores podem incluir defensores, um ouvidor pessoal, serviços da comunidade, assistentes pessoais e colegas (ver o Anexo B para informações adicionais sobre a tomada de decisões apoiada).

O Artigo 14 da CDPD (o direito à liberdade e segurança da pessoa) é uma disposição importante em relação à admissão sem o consentimento informado. O artigo declara que as pessoas com deficiências não deverão ser privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade, que qualquer privação de liberdade deverá ser de acordo com a lei e que a existência de uma deficiência não justificará em caso algum a privação da liberdade.

**4. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigos 15 e 16 da CDPD).** As pessoas em serviços de internação e lares de assistência social estão expostas em muitos países ao abuso físico, sexual e mental. Muitas passam dias, meses e mesmo anos em vidas inativas, sem propósito, sofrendo de tédio torturante e isolamento social total. Frequentemente, são isoladas (por exemplo, em celas de isolamento) ou colocadas em imobilização forçada (como, por exemplo, correntes, grilhões e leitos com grades). Além disso, muitas vezes são excessivamente medicadas de modo a se manterem dóceis e “fáceis de controlar”. Em muitas situações e de acordo com o direito internacional relativo aos direitos humanos, esse tratamento caracteriza maus tratos e, em alguns casos, até mesmo tortura.

O Artigo 15 estipula que todas as medidas apropriadas devem ser tomadas para impedir que pessoas com deficiências sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Esse Artigo declara também que ninguém deva ser submetido a experimentos médicos ou científicos sem o seu livre consentimento. O Artigo 16 dispõe que todas as medidas sejam tomadas para prevenir e proteger as pessoas contra todas as formas de exploração, violência e abuso. Esse Artigo também estipula que todas as medidas apropriadas sejam adotadas para promover recuperação física, cognitiva e psicológica, reabilitação e reintegração social das pessoas com deficiências que se tornam vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso, inclusive mediante a prestação de serviços de proteção. Adicionalmente, *recovery* e reintegração deverão ocorrer em um ambiente que favoreça a saúde, o bem-estar, o respeito próprio, a dignidade e a autonomia da pessoa e que leve em conta necessidades específicas de gênero e idade.

É importante ressaltar também que o Artigo 16 determina que todos os serviços e programas destinados a atender pessoas com deficiências sejam efetivamente monitorados por autoridades independentes.

**5. O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19 da CDPD).** As pessoas com deficiências sofrem uma grande variedade de violações e discriminação, que lhes impedem de viver e de ser incluídas na comunidade. As oportunidades de trabalho, educação e acesso a apoio social e financeiro, necessárias para que vivam na comunidade, lhes são negadas. Além disso, são impostas restrições para que exerçam seu direito de votar e para aderir e participar em organizações políticas, religiosas, sociais e de autoajuda ou de *advocacy* de seus interesses. Elas não conseguem exercer suas práticas religiosas ou culturais e lhes são negadas oportunidades para atividades de lazer, exercício físico e práticas esportivas. Parte do problema é que tanto os serviços de internação e atendimento ambulatorial para pessoas com deficiências mentais estão centrados no tratamento e cuidados, em vez de propiciar ou facilitar o acesso à ampla gama de apoio que possibilite a estas pessoas viver de forma independente na comunidade e participar plenamente na sociedade.

O Artigo 19 declara que as pessoas com deficiências têm o direito de viver na comunidade e que os governos devem adotar medidas efetivas e apropriadas para facilitar sua plena inclusão e participação na sociedade. O Artigo declara ainda que as pessoas têm o direito de decidir onde e com quem viver; que não devem ser obrigadas a morar em uma determinada habitação. Também de forma significativa, o Artigo 19 declara que as pessoas deverão ter acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais e outros serviços de apoio comunitário, inclusive os serviços de assistentes pessoais (cuidadores), necessários para que elas vivam e sejam incluídas na sociedade e para evitar que sejam isoladas ou segregadas da comunidade. Os conceitos de inclusão e participação delineados no Artigo 19 são ainda articulados em outros artigos da Convenção, inclusive naqueles sobre os direitos à educação, ao trabalho e ao emprego e à participação na vida política, pública e cultural e em recreação, lazer e esportes.

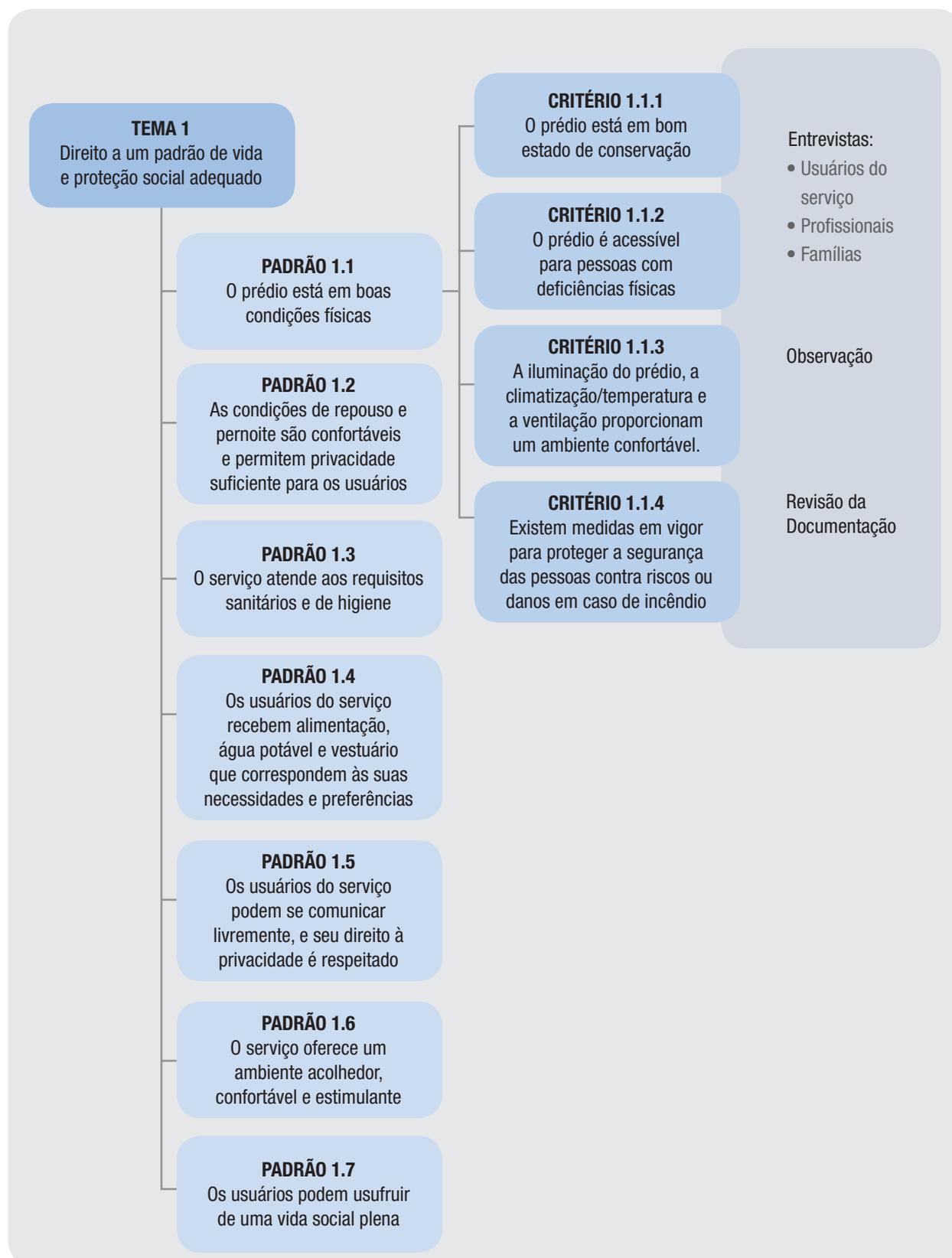
(Ver o Anexo C para o texto completo da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência).

## 2.3 Padrões e critérios empregados no kit de ferramentas

### *Direito é Qualidade da OMS*

Cada um dos “temas” ou “direitos” descritos acima é decomposto em uma série de “padrões”, os quais são ainda repartidos em uma série de “critérios”. Os critérios formam a base da avaliação da qualidade e direitos humanos. É em relação a esses critérios que os serviços serão avaliados, mediante entrevistas, observação e revisões de documentação. A avaliação de cada critério possibilita aos avaliadores determinar se um determinado padrão foi cumprido. Os padrões, por sua vez, ajudam a determinar se o tema global foi cumprido (Figura 1).

**Figura 1 – Exemplo de divisão de cada tema em padrões e critérios a serem cumpridos em uma avaliação da qualidade e direitos humanos de serviços de saúde mental e de assistência social**



## 2.4 Relevância de temas, padrões e critérios para serviços ambulatoriais e de internação

Como mostrado no Quadro 1, os temas 2, 3 (com a exceção do critério 3.1.2), 4 e 5 e seus respectivos padrões e critérios aplicam-se a serviços ambulatoriais e de internação. O Tema 1 aborda especificamente as condições de vida em serviços residenciais e, portanto, não se aplica a serviços ambulatoriais, entretanto, é aplicável a serviços de cuidados diurnos, que possuem um componente residencial. A lista completa de temas, padrões e critérios é mostrada no Anexo D.

**Quadro 1 – Aplicabilidade de temas a serviços ambulatoriais e de internação**

Tema	Internação	Ambulatorial
1	✓	✗
2	✓	✓
3	✓	O critério 3.1.2 no padrão 3.1 não é relevante para serviços ambulatoriais
4	✓	✓
5	✓	✓

## 2.5 Componentes do kit de ferramentas *Direito é Qualidade da OMS*

O *kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS* fornece instruções detalhadas sobre o modo como conduzir uma avaliação e relatar e usar os resultados. Adicionalmente, inclui diversas ferramentas:

- Ferramentas de avaliação:
  - *A ferramenta de entrevista do projeto Direito é Qualidade da OMS*: essa ferramenta fornece orientação sobre como conduzir entrevistas com usuários do serviço, membros das famílias (ou amigos ou cuidadores) e profissionais do serviço.
  - *A ferramenta de análise de documentação e observação do projeto Direito é Qualidade da OMS*: Essa ferramenta fornece orientação sobre como revisar a documentação e efetuar observações no serviço.
- Formulários para relatórios:
  - *Relatório de avaliação de serviço*: Esse documento destina-se a auxiliar as equipes de avaliação na consolidação e apresentação de seus resultados, conclusões e recomendações para cada serviço.
  - *Relatório de avaliação em nível nacional*: Esse documento destina-se a auxiliar as equipes de avaliação na consolidação e apresentação de seus resultados, conclusões e recomendações no âmbito nacional.

# 3 Quem pode usar o kit de ferramentas?

O kit de ferramentas pode ser usado por vários grupos e organizações nacionais e internacionais. Pode ser utilizado para uma única avaliação ou como parte de um programa em nível nacional para melhorar os serviços.

## 3.1 Órgãos internacionais de direitos humanos e organizações não governamentais

Uma série de órgãos internacionais e regionais tem a competência para monitorar os direitos humanos em locais de detenção e em outros serviços. O Subcomitê de Prevenção da Tortura e de outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes das Nações Unidas, por exemplo, que foi estabelecido sob o Protocolo Opcional das Nações Unidas da Convenção contra a Tortura e que entrou em operação em 2007, possui o mandato para visitar locais de detenção, inclusive instituições de saúde mental e de assistência social em países que ratificaram a Convenção. Da mesma maneira, na Europa, o Comitê para a Prevenção da Tortura e de Tratamentos ou Penas Desumanos ou Degradantes, constituído sob a Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e de Tratamentos ou Penas Desumanos ou Degradantes do Conselho da Europa (2007), também visita locais de detenção, inclusive hospitais psiquiátricos e lares de assistência social, para avaliar o modo como pessoas privadas de sua liberdade estão sendo tratadas. O Subcomitê das Nações Unidas e o Comitê Europeu são formados por peritos independentes e ambos fornecem recomendações aos países em questão sobre medidas eficazes para prevenir a tortura e os maus tratos.

Organizações internacionais não governamentais, como a organização Disability Rights International, o Mental Disability Advocacy Centre e a Global Initiative on Psychiatry, tem monitorado e publicado relatórios sobre as condições dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.

Apesar de organizações não governamentais e órgãos internacionais de direitos humanos podem desempenhar um papel fundamental na produção de mudanças em instituições, não podem assumir a responsabilidade exclusiva por essa função. A responsabilidade primária cabe aos órgãos ou mecanismos nacionais.

## 3.2 Órgãos e mecanismos nacionais

Vários órgãos e mecanismos nacionais podem avaliar a qualidade e direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.

### 3.2.1 Órgãos e mecanismos nacionais estabelecidos segundo os padrões internacionais de direitos humanos

Certos instrumentos internacionais de direitos humanos exigem que os países estabeleçam mecanismos para promover os direitos humanos. O Artigo 33 da CDPD, por exemplo, estipula que os governos estabeleçam um ou mais mecanismos independentes, com o pleno envolvimento e participação de pessoas com deficiências, visando promover, proteger e monitorar a implantação da Convenção.

O Artigo 17 do Protocolo Opcional das Nações Unidas da Convenção contra a Tortura (ver o Quadro 2 para um *link* para o instrumento) estipula o estabelecimento de um ou de diversos mecanismos nacionais independentes para a prevenção da tortura. Estes mecanismos contam com o poder para examinar regularmente o modo como pessoas em lugares de detenção são tratadas, para conduzir entrevistas com detentos e para efetuar recomendações às autoridades competentes sobre a melhoria do tratamento e das condições de vida e para evitar a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

## 3.3 Instituições nacionais de direitos humanos

As instituições nacionais de direitos humanos são constituídas para promover e proteger os direitos humanos. Os Princípios de Paris, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1992, contêm recomendações abrangentes sobre o papel, a composição, o *status* e as funções destas instituições nacionais. As recomendações podem ser agrupadas em duas amplas categorias: comissões de direitos humanos e agências de ouvidoria.

As funções de *comissões nacionais de direitos humanos* incluem assegurar que leis e regulamentações estejam de acordo com os padrões internacionais de direitos humanos e investigar as queixas de abusos dos direitos humanos. Em certos países, existem comissões especializadas para proteger os direitos de grupos que estão especialmente expostos a violações dos direitos humanos, inclusive grupos formados por mulheres, crianças, refugiados e minorias. Muitas comissões nacionais são obrigadas por lei a se reportar regular e diretamente ao poder legislativo.

*Os ouvidores são encarregados de representar os interesses e abordar as preocupações do público, investigando denúncias.* Em alguns casos, podem conduzir investigações apesar de nenhuma queixa específica ter sido apresentada, por exemplo, quando os direitos de um grupo inteiro estão sendo violados.

As comissões nacionais de direitos humanos e a ouvidoria devem funcionar independentemente do governo para que possam realizar suas investigações de modo imparcial. Ambas podem basear-se em conciliação ou arbitragem para resolução das queixas, conquanto esses órgãos tenham às vezes status quase judicial e lhes tenha sido concedida autoridade para impor um resultado juridicamente vinculante.

## Quadro 2 – Instrumentos importantes de direitos humanos

<b>Instrumentos das Nações Unidas</b>	
Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências	<a href="http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm">http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm</a>
Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências	<a href="http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-op.htm">http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-op.htm</a>
Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	<a href="http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm">http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm</a>
Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos	<a href="http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm">http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm</a>
Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	<a href="http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm">http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm</a>
Protocolo Opcional à Convenção contra a Tortura	<a href="http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm">http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm</a>
<b>Instrumentos regionais</b>	
Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos	<a href="http://www.africa-union.org/official_documents/treaties_%20conventions_%20protocols/banjul%20charter.pdf">http://www.africa-union.org/official_documents/treaties_%20conventions_%20protocols/banjul%20charter.pdf</a>
Convenção Americana sobre Direitos Humanos	<a href="http://www.oas.org/juridico/english/treaties/b-32.html">http://www.oas.org/juridico/english/treaties/b-32.html</a>
Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	<a href="http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html">http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html</a>
Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências	<a href="http://www.oas.org/juridico/english/sigs/a-65.html">http://www.oas.org/juridico/english/sigs/a-65.html</a>
Convenção Europeia para a Proteção de Direitos Humanos e da Liberdade Fundamental	<a href="http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm">http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm</a>
Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e Tratamentos ou Penas Desumanos ou Degradantes	<a href="http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm">http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm</a>
<b>Outros documentos úteis</b>	
Manual das Nações Unidas para parlamentares sobre a Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências	<a href="http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212">http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212</a>
Monitoramento da Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências. Orientação para monitores de direitos humanos	<a href="http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf">http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf</a>
Relatório Interino do Relator Especial sobre a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. (A/63/175)	<a href="http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/48db99e82.pdf">http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/48db99e82.pdf</a>
Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao usufruto do padrão mais elevado possível de saúde física e mental (E/CN.4/2005/51)	<a href="http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/CHR2005.pdf">http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/CHR2005.pdf</a>

### 3.4 Comissões nacionais de saúde ou de saúde mental

Certos países possuem comissões nacionais de saúde estabelecidas, e alguns possuem comissões de saúde mental. Esses órgãos são independentes do governo e dos serviços de saúde. Seu objetivo é promover altos padrões e a boa prática em cuidados à saúde. Em certos países, estas comissões desenvolveram padrões para assegurar serviços de boa qualidade, frequentemente fundamentados em extensas consultas junto aos usuários e profissionais dos serviços. Em alguns países, estas comissões são encarregadas de visitar os serviços de saúde para empreender avaliações independentes dos padrões de atendimento, seja com base em queixas que tenham recebido ou como parte de uma avaliação contínua. Tendo como base suas avaliações, as comissões nacionais de saúde fornecem orientação sobre o modo como o serviço pode melhorar o padrão de atendimento que fornece.

### 3.5 Órgãos de acreditação de serviços de saúde

Muitos países possuem órgãos ou agências de acreditação de serviços de saúde. Da mesma maneira que as comissões de saúde, estes órgãos são independentes e responsáveis por avaliar o nível no qual os serviços de atendimento à saúde cumprem padrões reconhecidos de atendimento. De acordo com a sua avaliação, contudo, os órgãos de acreditação possuem a função adicional de determinar se os serviços de saúde podem ser acreditados. A acreditação de um serviço significa que ele satisfaz os padrões exigidos de qualidade. Esse processo ajuda a assegurar que a qualidade seja a pedra angular do licenciamento oficial de serviços e estabelecimentos de saúde mental e de saúde em geral.

### 3.6 Organizações nacionais não governamentais

As organizações nacionais não governamentais, especialmente organizações de pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais ou sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, bem como outras organizações que se centram em direitos humanos, deficiência, saúde mental ou questões relativas ao abuso de substâncias, podem também desempenhar um papel central na avaliação da qualidade e direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. A maioria das organizações não governamentais desfruta de autonomia do governo e do sistema de saúde; as organizações se encontram em forte posição para efetuar avaliações imparciais, pois não temem que seus recursos venham a ser cortados se expuserem problemas nos serviços. Para algumas organizações não governamentais, o objetivo de uma avaliação poderia ser destacar publicamente as condições dos serviços, visando estimular o governo a adotar medidas que os melhorem. Outras organizações poderiam empreender uma avaliação com a meta de trabalhar subsequentemente junto com o serviço avaliado, o setor de saúde ou o governo para melhorar a qualidade e as condições dos direitos humanos.

### 3.7 Comitê ou órgão “dedicado” à avaliação

Um órgão ou comitê poderia também ser estabelecido especificamente para avaliar a qualidade e os direitos humanos em serviços de saúde e serviços de acolhimento institucional e assistência social que são utilizados por pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais ou sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em alguns países, estes órgãos (e sua composição e poderes) são estabelecidos pela saúde mental ou outra legislação; sua vantagem é que isso cria uma obrigação legal para avaliar os serviços regularmente e relatar os achados e recomendações ao governo. Outra vantagem é que estes comitês de avaliação não podem ser simplesmente extintos por falta de recursos ou porque tenham revelado informações que possam ser embaraçosas para o governo. O trabalho de um comitê de avaliação legalmente nomeado é facilitado pela cooperação obrigatória de prestadores de serviços e pelo acesso a todas as partes dos estabelecimentos.

Um comitê legalmente estabelecido não representa, contudo, um requisito para uma avaliação efetiva, e é possível estabelecer estes órgãos fora de uma estrutura legal. Estes órgãos podem ser mais flexíveis do que outro legalmente constituído, por exemplo, com respeito à sua composição e os termos de referência. Em muitos países, estes órgãos têm sido estabelecidos por ministérios de saúde ou outras estruturas do governo no intuito de melhorar as condições dos serviços. Uma característica crítica destes órgãos, sejam ou não legalmente constituídos, é de que estes conservam sua independência do governo e das instituições que estão sendo avaliadas.

Qual órgão empreende as avaliações de qualidade e de direitos humanos dependerá em parte dos órgãos e estruturas já existentes em um país. Por exemplo, se houver uma comissão nacional de direitos humanos com a independência necessária, o mandato e a especialização para avaliar os serviços, pode vir a fazer sentido aproveitar essa estrutura. Se não existir órgão apropriado, pode ser necessário estabelecer um comitê “dedicado” de avaliação. A escolha do órgão ou mecanismo também depende da finalidade da avaliação e do modo como os resultados serão utilizados.

# 4

## Estabelecer uma equipe de gerenciamento e objetivos do projeto

A primeira etapa para implantar o projeto *Direito é Qualidade* da OMS é estabelecer uma equipe central de pessoas que será responsável por supervisionar o projeto, fornecer orientação ao comitê que realizará a avaliação (ver a seção 6), gerenciar e coordenar a avaliação, relatar os resultados e dar seguimento às ações.

A equipe de gerenciamento do projeto poderia compreender representantes do Ministério da Saúde, de outros ministérios apropriados (por exemplo, do bem-estar social), representantes de organizações de pessoas com habilidades, organizações de familiares, comissões ou órgãos nacionais de direitos humanos ou de saúde, profissionais de saúde mental e da área jurídica.

A equipe de gerenciamento deve receber autoridade suficiente para executar o projeto de avaliação de forma efetiva. Em alguns contextos, por exemplo, poderá ser necessário o reconhecimento oficial da autoridade da equipe para supervisionar avaliações de serviços de saúde mental e de assistência social no país pelo ministério da saúde, ministério do bem-estar social ou por outro órgão do governo. A designação de representantes de alto nível para a equipe de gerenciamento pode ser um meio eficaz de garantir a autoridade necessária.

Outro meio de garantir autoridade suficiente para a equipe de gerenciamento é designar um conselho consultivo composto por representantes de alto nível do governo (por exemplo, parlamentares ou funcionários sêniores de comissões nacionais de saúde ou de instituições de direitos humanos) e os dirigentes de organizações de pessoas com habilidades, de familiares e profissionais. Um conselho consultivo de alto nível pode atender ao propósito duplo de assessorar a equipe de gerenciamento na condução do projeto e de lhe proporcionar a “força” política necessária para que empreenda seu trabalho sem impedimentos.

A equipe de gerenciamento deve determinar os objetivos da avaliação. O objetivo principal é avaliar e melhorar todos os serviços ambulatoriais e de internação, ou o projeto se limitará a serviços de internação? Sua finalidade é subsidiar a política e a legislação ou, quando estas já estão em vigor, fortalecer a sua implementação? A determinação dos objetivos da avaliação esclarecerá a estrutura do projeto e o modo como os resultados serão relatados.

# 5

## Estabelecer uma estrutura de avaliação

Uma vez seja determinada a finalidade da avaliação, algumas questões precisam ser consideradas pela equipe de gerenciamento antes de ser iniciada a avaliação.

### 5.1 Determinar o escopo da avaliação

Desde o início do projeto, a equipe de gerenciamento deve determinar e acordar o escopo da avaliação.

Em primeiro lugar, qual tipo de serviço será avaliado? Por exemplo, a avaliação se centrará em serviços para um grupo específico de pessoas: pessoas com transtornos mentais, pessoas com deficiências intelectuais, pessoas com deficiências neurológicas, pessoas com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, adultos, crianças ou idosos? O enfoque será sobre serviços residenciais (por exemplo, hospitais psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas em hospitais de gerais, serviços de acolhimento institucional e assistência social) ou serviços ambulatoriais (por exemplo, centros de cuidados diurnos, serviços comunitários, unidades de atenção primária, atendimento ambulatorial fornecido por hospitais gerais, centros de reabilitação)? Ou serviços ambulatoriais e de internação serão ambos avaliados? O Quadro 3 apresenta alguns tipos de serviços que poderiam ser considerados para avaliação.

#### Quadro 3 – Tipos de serviços a considerar para avaliação

Tipo de serviço:	Atendimentos prestados pelo serviço para:
Hospital psiquiátrico	Crianças
Leitos de saúde mental em hospital geral	Idosos
Serviços ambulatoriais (inclusive centros comunitários de saúde mental ou para necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, unidades de atenção primária ou atenção ambulatorial em hospitais gerais)	Transtornos relacionados ao uso do álcool
Centros de reabilitação	Transtornos relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas
Centros de cuidados diurnos	Transtornos mentais
Serviço de acolhimento institucional e assistência social (inclusive serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, idosos, crianças com deficiências intelectuais e outras deficiências, inclusive transtornos mentais, e instituições de acolhimento para outros 'grupos' específicos)	Deficiências intelectuais
	Transtornos neurológicos

Adicionalmente, o alcance geográfico da avaliação deve ser determinado. A avaliação será em nível nacional? Será focalizada em uma ou duas regiões ou distritos do país? Ou talvez somente um ou dois tipos de serviços serão avaliados? Se for uma avaliação em nível nacional ou distrital, todos os serviços do país ou distrito serão avaliados? Alternativamente, o objetivo é obter um panorama global das condições dos serviços no país ou distrito com base em avaliações de alguns serviços selecionados (que sejam suficientemente representativos para refletir as condições em nível nacional)?

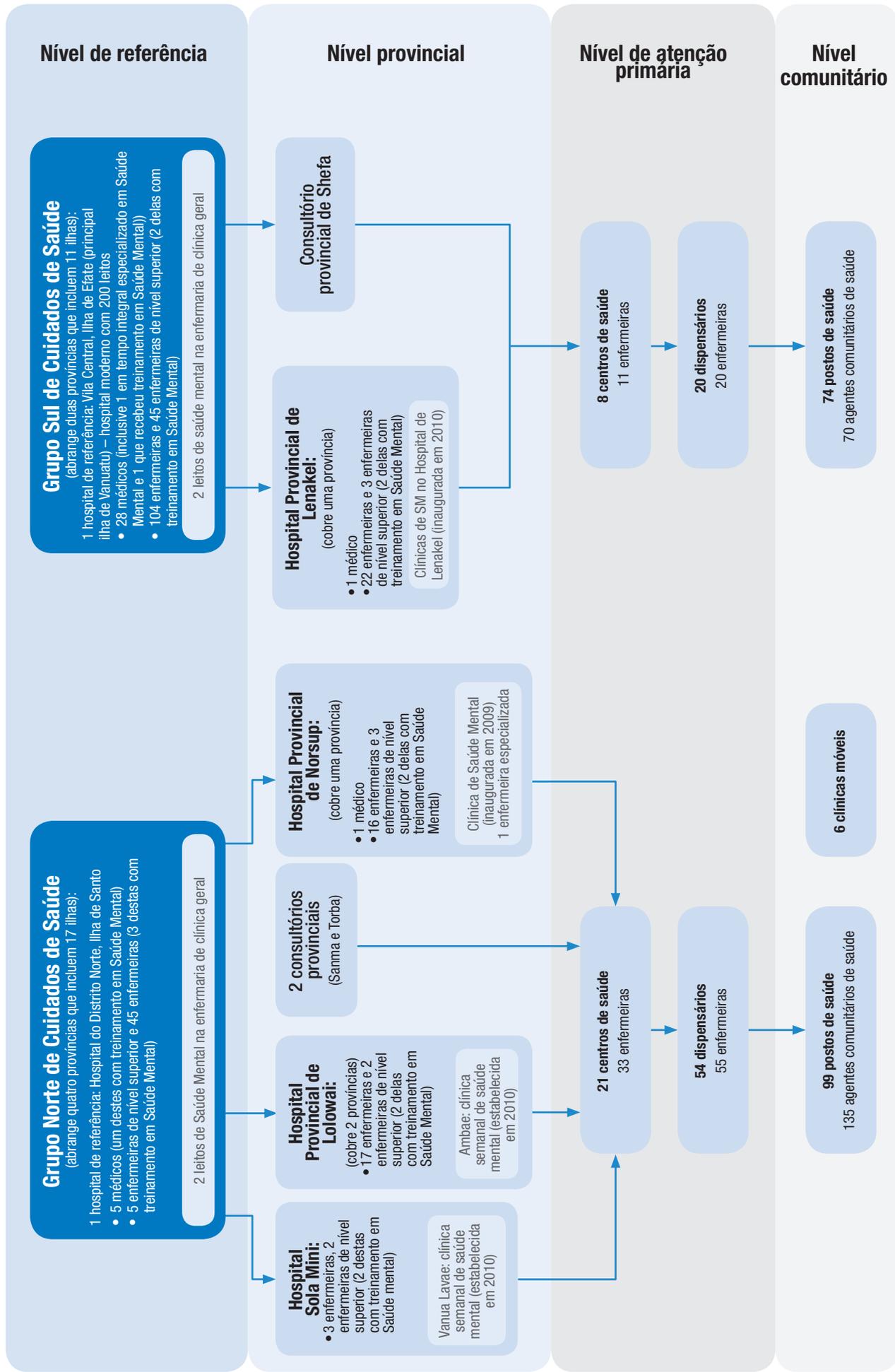
## 5.2 Entender a organização de serviços no país.

Para determinar o âmbito da avaliação, é importante entender o modo como os serviços de saúde mental e de saúde geral no país são organizados. A equipe de gerenciamento deve, portanto, mapear todos os serviços relevantes pelo país inteiro, com informações sobre o órgão responsável por cada serviço. Considerando que diferentes setores podem ser responsáveis por serviços diferentes, pode ser necessário que, no mapa, constem não só serviços de saúde mental, mas também serviços para abuso de substâncias psicoativas (se estes forem separados dos de saúde mental) e estabelecimentos relevantes prestados pelo setor de serviços sociais (por exemplo, em alguns países, serviços de acolhimento institucional e assistência social e de outros grupos). A Figura 2 fornece um exemplo da maneira como serviços de saúde mental e de saúde geral podem ser mapeados em um país.

O mapeamento é importante por diversas razões:

- Ajudará a determinar qual(quais) setor(es) precisa(m) ser abordado(s) para a avaliação. Por exemplo, além do ministério da saúde, pode ser necessário abordar o ministério do bem-estar social para obter sua aprovação para conduzir a avaliação nos serviços pelos quais esse ministério seja responsável.
- O mapeamento pode também ajudar a assegurar que nenhum serviço seja ignorado na avaliação. Por exemplo, se o objetivo do projeto é avaliar todos os serviços ambulatoriais e de internação de saúde mental e de assistência social por todo o país, o mapeamento ajudará a garantir que todos esses serviços tenham sido identificados e evitará que certa categoria de serviço (por exemplo, serviços militares de saúde mental ou serviços no setor privado) seja ignorada.
- O mapeamento também ajuda a determinar a escala da avaliação e os resultados que podem ser alcançados em termos realistas. Por exemplo, depois do mapeamento de todos os serviços, a equipe de gerenciamento poderia decidir que não é viável avaliar serviços ambulatoriais e de internação ao mesmo tempo e que, como uma primeira etapa, a avaliação deve concentrar-se nas condições somente em serviços ambulatoriais.
- O mapeamento de serviços pode também ajudar a assegurar que a avaliação reflita as condições em serviços no país como um todo. Por exemplo, se o objetivo é avaliar somente alguns serviços visando obter um quadro amostral das condições por todo o país, o mapeamento ajudará a identificar um número e uma variedade de serviços suficientemente diversos e a assegurar que estes estejam distribuídos em todas as partes do país, inclusive em áreas urbanas e rurais.

**Figura 2 – Estrutura organizacional de serviços de saúde mental (SM) no sistema de saúde geral de Vanuatu (2011)**



Retirado de Vanuatu profile on mental health in development (WHO proMIND). Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.

Saúde mental

## 5.3 Selecionar serviços para avaliação

Tendo definido o escopo e mapeado os serviços relevantes no país, a equipe de gerenciamento precisa selecionar os serviços a serem avaliados. Como mencionado acima, todos os serviços no país poderiam ser avaliados, ou uma amostra aleatória de serviços poderia ser avaliada para obter um quadro amostral da qualidade e direitos humanos nestes serviços.

Para ajudar nessa decisão, poderia ser útil considerar o número de serviços em cada categoria. Por exemplo, se houver somente três unidades de saúde mental em hospitais gerais, todos estes poderiam ser incluídos na amostra. Se houver 10 unidades de saúde mental em hospitais gerais, ao menos cinco poderiam ser selecionadas para obter uma amostra representativa.

É importante assegurar que todas as partes de um serviço sejam avaliadas. Por exemplo, muitos grandes hospitais psiquiátricos possuem diversas unidades ou serviços diferentes (por exemplo, unidade de cuidado agudo, unidade de cuidado crônico, unidade forense, serviços ambulatoriais) e cada um deve ser avaliado.

Vale ter em mente que as unidades de um serviço podem diferir bastante. Por exemplo, as condições em uma unidade feminina de cuidado crônico em um hospital psiquiátrico podem ser boas, enquanto as existentes na unidade masculina de cuidado agudo no mesmo hospital podem ser muito insatisfatórias. Nessa situação, pode ser difícil avaliar o serviço como uma entidade única, se as condições são tão variáveis; o cálculo da média das avaliações diluiria as partes boas e as ruins do serviço. Nestes casos, portanto, pode ser necessário avaliar, atribuir uma pontuação e relatar cada unidade separadamente.

### **Avaliar serviços de saúde geral a título de comparação**

Para conduzir uma avaliação eficaz das condições em serviços de saúde mental e de assistência social, é importante ter uma comparação. Uma comparação útil é com serviços de cuidados à saúde em geral no mesmo país. Uma comparação entre serviços de saúde mental e de assistência social em dois países diferentes provavelmente não será útil, pois o contexto nacional (por exemplo, recursos aplicados em saúde e outros fatores) será diferente. Avaliar serviços de saúde mental e de assistência social contra serviços de saúde em geral no mesmo país permite uma comparação mais válida, uma vez que o contexto nacional é o mesmo.

É essencial, portanto, que o comitê (ou comitês, dependendo da escala de avaliação) também visite serviços de cuidados gerais à saúde. Tais visitas permitem que o comitê determine se as pessoas utilizando os serviços de saúde mental e de assistência social recebem realmente os mesmos padrões de cuidados de saúde e o respeito por seus direitos como as demais que fazem uso de serviços de cuidados à saúde em geral.

De modo ideal, um serviço de cuidados à saúde em geral deve ser visitado para cada categoria de serviço de saúde mental e de abuso de substâncias psicoativas em avaliação. Por exemplo, se estiverem sendo avaliados serviços de internação em saúde mental, um serviço de internação para um problema de saúde “geral” (por exemplo,

unidade de câncer em um hospital geral) deve também ser visitado. Se estiverem sendo avaliados serviços ambulatoriais de saúde mental, o comitê deve também visitar um serviço ambulatorial de saúde geral.

Quando mais de um comitê estiver envolvido na condução de avaliações (por exemplo, avaliações em nível distrital ou nacional), cada comitê deve visitar o mesmo ou os mesmos serviços de cuidados à saúde em geral para reduzir a subjetividade nos achados de diferentes comitês, pois todos terão a mesma comparação.

A avaliação de serviços de saúde geral não precisa ser extensa, mas deve ser tão detalhada quanto o comitê decidir ser necessário. Por exemplo, pode envolver todas as três atividades de avaliação – observação do serviço, revisão da documentação e entrevistas com usuários – ou somente uma ou duas destas atividades. Na avaliação de serviços de internação, o comitê deve realizar ao menos o componente de observação. Quando serviços ambulatoriais estiverem sendo avaliados, no mínimo devem ser conduzidas entrevistas com os usuários. Em todos os casos, o comitê deve registrar seus achados nos formulários para os relatórios do Direito é Qualidade da OMS e deve discutir diferenças em achados entre serviços de saúde mental e de saúde geral em seu relatório final.

## 5.4 Selecionar temas para a avaliação

Como declarado acima, o *Kit de Ferramentas Direito é Qualidade da OMS* compreende cinco temas:

- O direito a um padrão de vida adequado (Artigo 28 da CDPD);
- O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da CDPD);
- O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14 da CDPD);
- A prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra exploração, violência e abuso (Artigos 15 e 16 da CDPD); e
- O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19 da CDPD).

A equipe de gerenciamento decidirá se todos os cinco temas serão avaliados ou se selecionará alguns específicos. Recomenda-se que todos os cinco temas sejam avaliados para assegurar que a avaliação seja profunda e abrangente, embora um número menor possa ser selecionado em um contexto específico do país. Há um grau de sobreposição entre os padrões e os critérios sob os diferentes temas, pois muitas das questões estão interligadas. Por exemplo, os padrões 2.3 e 3.1 abordam projetos terapêuticos que reflitam as preferências e escolhas de usuários dos serviços, já que essa questão é relevante tanto para o direito à saúde (coberto no tema 2) como para o direito ao exercício da capacidade legal (coberto no tema 3).

## 5.5 Determinar quais e quantas pessoas de cada serviço entrevistar

A equipe de gerenciamento determinará o número de usuários do serviço, familiares<sup>5</sup> e profissionais a serem entrevistados em cada serviço. A *ferramenta de entrevista do Direito é Qualidade da OMS* inclui perguntas direcionadas a todos os três grupos, e é importante incluir todos na amostra, pois cada um possui uma perspectiva diferente e pode adicionar informações vitais, complementares à avaliação. As entrevistas devem ser realizadas com uma ampla seleção de pessoas vinculadas ao serviço, por exemplo, usuários de diferentes idades, diferentes gêneros, diferentes diagnósticos e diferentes origens étnicas e que recebem serviços de diferentes unidades ou seções, pessoas que foram admitidas recentemente, bem como as que estão no serviço por algum tempo, e (no caso de serviços de internação) usuários que estão internados voluntariamente, bem como aqueles que lá estão sem seu consentimento. Membros das famílias de uma ampla variedade de usuários dos serviços devem ser identificados para entrevista. Em alguns contextos, também pode ser apropriado entrevistar amigos ou membros da rede de apoio do usuário do serviço.

Diferentes categorias de profissionais devem ser entrevistadas, inclusive o diretor/coordenador do serviço, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde. Profissionais que estiverem no serviço durante mais tempo devem ser entrevistados, bem como aqueles que são novos. Pode também ser útil entrevistar o pessoal da limpeza, funcionários da cozinha, o pessoal da segurança, zeladores e outros funcionários relevantes.

O número de pessoas entrevistadas depende do número de usuários, dos profissionais vinculados ao serviço, do tamanho do serviço e do número de unidades que possui. A abordagem da equipe de gerenciamento para determinar o número de usuários do serviço, de familiares e de profissionais é semelhante à abordagem para definir o número de serviços a serem avaliados. O Anexo E fornece orientação sobre a determinação de tamanho de amostras para entrevistas; por exemplo:

- Se somente seis usuários estiverem recebendo acompanhamento de um serviço, todos estes devem ser entrevistados (100%).
- Se houver 16 usuários, no mínimo em torno de oito devem ser entrevistados (50%).
- Se houver 40 ou mais usuários do serviço, pelo menos 12 devem ser entrevistados (aproximadamente 30%).
- O número de entrevistas a serem conduzidas com familiares pode ser determinado reduzindo para a metade o número de entrevistas planejadas com usuários dos serviços. Em cada um dos cenários acima, portanto, o número de familiares a serem entrevistados deve ser três (50% do número de usuários dos serviços), quatro (50%) e seis (50%).
- Os números de profissionais podem ser selecionados com base nas mesmas proporções utilizadas para usuários dos serviços.

<sup>5</sup> Em todo esse documento, o termo “familiares” inclui amigos e cuidadores.

Embora os números e as categorias de profissionais e de usuários do serviço a serem entrevistados possam ser determinados antes da avaliação, as pessoas a serem entrevistadas devem ser selecionadas aleatoriamente pelo comitê de avaliação na ocasião da visita ao serviço. O estado de saúde dos indivíduos deverá ser considerado antes de entrevista-los.

Os números acima são apenas exemplos, e cada equipe de gerenciamento determinará quantas entrevistas devem ser conduzidas no contexto de cada serviço. O princípio orientador é obter informações suficientes da revisão da documentação, da observação e das entrevistas para uma visão exata das condições no serviço. A amostra de pessoas entrevistadas precisa ser suficientemente grande para assegurar o seu anonimato. Se um número pequeno demais de profissionais e de usuários dos serviços for entrevistado, os indivíduos poderão ser identificados a partir do relatório, o que talvez lhes acarrete repercussões negativas. Quanto mais pessoas forem entrevistadas, mais difícil será vincular respostas específicas a indivíduos em particular.

Uma vez obtido um quadro claro do estabelecimento a partir da revisão da documentação, da observação e das entrevistas, pode ser desnecessário conduzir entrevistas adicionais extensas. Esse pode ser o caso para instituições grandes. Por exemplo, o comitê pode decidir entrevistar 100 dos 300 usuários dos serviços (ou seja, 30%) de um grande serviço; contudo, se um quadro claro das condições no serviço tiver surgido depois de 30 entrevistas com seus usuários, pode não haver necessidade de entrevistar mais 70.

# 6

## Estabelecer o(s) comitê(s) de avaliação e seu método de trabalho

Assim que o escopo da avaliação e o número de serviços a serem avaliados forem definidos, a equipe de gerenciamento deve determinar quantos comitês de avaliação serão necessários. Em alguns contextos (por exemplo, em países pequenos ou quando somente um ou dois serviços estão sendo avaliados), somente um comitê pode ser necessário. Em outros contextos (por exemplo, avaliações em nível nacional ou distrital), serão necessários diversos comitês.

A equipe de gerenciamento também determinará o método de trabalho dos comitês de avaliação. Quando diversos comitês forem necessários, um país pode decidir ter um comitê central, com comitês subsidiários para conduzir avaliações em regiões ou distritos. Os comitês subsidiários se reportarão à equipe de gerenciamento, que será responsável por padronizar as informações recebidas e pelo relato à autoridade competente. Essa atividade deve, tanto quanto possível, envolver membros independentes da equipe de gerenciamento.

### 6.1 Selecionar membros dos comitês de avaliação

A equipe de gerenciamento deve tomar decisões sobre os membros dos comitês de avaliação. Um princípio essencial no estabelecimento de um comitê é o de que as pessoas selecionadas devem ser independentes do governo e dos serviços em avaliação. O comitê deve também ser multidisciplinar, reunindo pessoas com uma variedade de competências e experiência.

As avaliações de serviços utilizados por pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais e com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas deverão envolver pessoas com esses mesmos problemas. O seu conhecimento específico e sua perspectiva são essenciais e ajudam a assegurar que as preocupações dos usuários dos serviços sejam identificadas e abordadas.

O comitê deve também incluir profissionais de saúde com conhecimento específico em saúde mental e/ou abuso de substâncias psicoativas que sejam capazes de avaliar a qualidade do atendimento e do tratamento nos serviços. O ideal é que um ou mais dos profissionais de saúde tenham experiência em uma variedade de contextos de cuidados à saúde, de modo que possam comparar as condições e a paridade entre serviços para pessoas com transtornos mentais ou sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas com serviços para cuidados de saúde em geral.

Advogados e defensores dos direitos humanos são também membros importantes do comitê por poderem fornecer o conhecimento especializado em questões relativas à legislação e aos direitos de pessoas com deficiências. Representantes de famílias, cuidadores e assistentes sociais também trazem conhecimento útil e experiência para essa avaliação.

Dependendo do país, pode ser apropriado incluir outras pessoas no comitê, como líderes da comunidade, religiosos ou leigos comprometidos em melhorar os direitos de pessoas com deficiências.

Os membros da equipe de gerenciamento também podem fazer parte de um comitê de avaliação, desde que sejam independentes do governo e dos serviços e que não haja conflito de interesses na condução da avaliação.

O equilíbrio entre sexo, grupo étnico, raça, deficiência e cultura deve ser considerado na seleção dos membros. Outras características desejáveis para membros do comitê incluem: interesse em promover os direitos de pessoas com deficiências; o respeito pela capacidade dessas pessoas de tomarem decisões e fazerem escolhas por si mesmas; a sensibilidade para a diversidade étnica nacional, política, religiosa, cultural, social e econômica; boa capacidade de comunicação e habilidade para ser compreensivo e imparcial.

## 6.2 Determinar as diferentes funções dos membros do comitê

A equipe de gerenciamento deve decidir quem será responsável por diferentes aspectos da avaliação, incluindo:

- coordenação, como coordenar as reuniões do comitê, visitas aos serviços e o trabalho de acompanhamento;
- observação de condições dos serviços;
- revisão da documentação;
- condução de entrevistas;
- redação do(s) relatório(s) da avaliação, inclusive conferência dos resultados e redação de relatórios após visitas; e
- encaminhamento das perguntas, preocupações ou queixas depois de uma visita ao serviço, servindo de ligação com usuários e profissionais.

Certos membros do comitê de avaliação devem ter competências, experiência e conhecimento específicos para determinadas funções. Por exemplo, alguns podem ter experiência em conduzir entrevistas. Membros com experiência própria sobre deficiências podem contribuir de modo útil na condução de entrevistas com usuários dos serviços, pois detêm uma compreensão pessoal profunda de algumas questões e podem ganhar a confiança dos usuários entrevistados. Os membros do comitê não devem se limitar a funções específicas e provavelmente se incumbirão de diversas atividades durante a avaliação. Ou seja, os diferentes pontos fortes de cada membro do comitê devem orientar as decisões sobre a distribuição de funções e responsabilidades.

# 7

## Treinar os membros do(s) comitê(s) de avaliação

Os membros do comitê de avaliação precisarão treinamento sobre o uso do *kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS para avaliar e melhorar a qualidade e direitos humanos na saúde mental e serviços de assistência social*, bem como sobre questões relativas aos direitos humanos e à qualidade. A equipe de gerenciamento provavelmente estará bem preparada para fornecer o treinamento. Além disso, ou alternativamente, tutores externos com conhecimento especializado pertinente podem fornecer parte do treinamento. Esses tutores externos podem incluir representantes de associações de pessoas com deficiências mentais, de instituições nacionais de direitos humanos ou de organizações não governamentais de direitos humanos. Da mesma maneira, representantes da comissão/conselho nacional de saúde ou de outro órgão pertinente podem ser recrutados para fornecer treinamento sobre questões referentes à qualidade.

Na preparação para o treinamento, a equipe de gerenciamento deve se familiarizar com cada componente do *kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS*: esse documento de visão geral; as ferramentas de entrevista e de observação e de revisão da documentação; e os formulários de relatórios para os níveis de serviço e de país.

O comitê de avaliação precisa compreender especificamente os direitos de pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais e com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em particular, o comitê deve estar ciente dos instrumentos internacionais ratificados pelo país que definam obrigações legais do governo. Os membros devem estar familiarizados com a CDPD, que descreve os direitos de pessoas com deficiência. Outros padrões internacionais com os quais devem estar familiarizados são o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e instrumentos regionais africanos, interamericanos e europeus de direitos humanos, bem como alguns documentos (não vinculativos) que fornecem orientação útil sobre os direitos de pessoas com deficiências (ver o Quadro 2 na página 11).

Os membros do comitê devem também estar familiarizados com as políticas, legislação e planos nacionais pertinentes relativos à saúde mental, ao uso de substâncias e à deficiência, a legislação contra discriminação e a constituição nacional. Isso lhes permitirá determinar se estas políticas, planos e legislação estão sendo cumpridas. Em muitos países, as políticas, planos e leis podem estar desatualizados, e isso pode comprometer a boa qualidade dos serviços e resultar em violação dos direitos humanos. A avaliação pode identificar problemas e lacunas em documentos nacionais, e os membros do comitê podem incluir em seu relatório recomendações para preencher estas lacunas.

A familiarização com artigos nacionais e internacionais em revistas especializadas, artigos na mídia e relatórios de organizações não governamentais e de outros tipos sobre as condições dos serviços e sobre os direitos de pessoas com deficiências também pode ser útil.

# 8

## Estabelecer a autoridade do(s) comitê(s)

Um comitê é mais eficaz quando possui autoridade oficial para conduzir a avaliação. Essa autoridade pode ser conferida pelo líder do país (presidente ou primeiro-ministro) ou pelo ministério da saúde ou outro ministério relevante. Alternativamente, essa autoridade poderia ser estabelecida na legislação (por exemplo, em uma lei sobre saúde mental que contenha disposições para a inspeção de serviços) ou no mandato do órgão responsável pela avaliação (por exemplo, uma comissão nacional de direitos humanos).

Essa autoridade permite que os membros do comitê trabalhem sem interferência ou influência externa e sem temer repercussões negativas para si mesmos ou para aqueles que lhes fornecem informações, independentemente dos resultados da avaliação. A autoridade também permite que o comitê visite e observe qualquer serviço sem obstrução, obtenha acesso irrestrito a todas as partes destes serviços e conduza entrevistas com qualquer pessoa que considere importante, garantindo anonimato e sigilo.

Em alguns casos, o governo (por exemplo, o ministério da saúde) ou o próprio serviço pode criar uma “comissão” de avaliação, por exemplo, para melhorar a qualidade. Embora esse tipo de comissão possa exigir o envolvimento de representantes do governo ou pessoas ligadas ao serviço (por exemplo, em coordenar a avaliação ou facilitar o acesso), a avaliação em si (ou seja, as visitas e as entrevistas com informantes) e a análise e o relato de achados precisam ser realizados por pessoas que sejam totalmente independentes e sem conflitos de interesse.

O comitê de gerenciamento deverá também organizar o acesso aos serviços. Quando uma avaliação for “comissionada”/incumbida por um órgão de governo (por exemplo, o ministério da saúde ou o ministério do bem-estar social) ou pelo próprio serviço, o acesso deve ser direto. Quando esse não for o caso, a equipe de gerenciamento pode buscar a aprovação do órgão de governo competente para conduzir a avaliação. Esse órgão deverá reconhecer a autoridade do comitê para realizar a avaliação, inclusive sua autoridade para efetuar visitas não anunciadas, e deve avisar os serviços que possam ser avaliados.

# 9

## Preparar termos de consentimento e buscar aprovação ética

O consentimento deverá ser obtido dos profissionais, dos usuários dos serviços e de membros da família que participam na avaliação antes que as entrevistas sejam conduzidas. Por conseguinte, é preciso preparar um termo de consentimento, a ser assinado pelos entrevistados, que fornecerá informações sobre a avaliação e sobre o caráter confidencial das entrevistas. É necessário também conseguir o consentimento se a entrevista vier a ser gravada em fita ou vídeo, e os desejos dos entrevistados deverão ser respeitados em caso de se recusarem a esse tipo de registro. Se os entrevistadores desejarem tirar fotografias de quaisquer sinais aparentes de abuso físico (por exemplo, hematomas, cortes) em usuários dos serviços, eles precisarão obter o consentimento esclarecido dos usuários a serem fotografados. O Anexo F fornece um exemplo de termo de consentimento que pode ser adaptado e traduzido para uso nacional.

Proteger o sigilo e o anonimato das pessoas que estão sendo entrevistadas é fundamental para assegurar que nenhuma repercussão negativa resulte da avaliação. É, por conseguinte, importante que todos os termos de consentimento, as gravações em fita e vídeo, as fotografias e outra documentação que possam revelar a identidade de entrevistados sejam mantidos em um lugar seguro, cujo acesso seja permitido somente a membros do comitê de avaliação.

Alguns países exigem a liberação por um comitê de ética antes de um projeto de avaliação. Quando a aprovação ética é exigida, a equipe de gerenciamento precisa seguir os procedimentos exigidos pelo órgão nacional de ética para obter a liberação necessária.

# 10 Programação e condução da avaliação

## 10.1 Visitas anunciadas versus não anunciadas

Quando possível, o comitê de avaliação deve efetuar visitas não anunciadas aos serviços. Se souberem a data e a hora de uma visita, os profissionais de um serviço podem preparar-se para a visita, “limpando” o serviço de modo que os membros do comitê vejam uma versão “higienizada” do serviço, em vez das condições reais. As visitas não anunciadas asseguram que os membros do comitê vejam as condições que são realmente vivenciadas pelos usuários do serviço todos os dias.

## 10.2 Visitas em horários diferentes do dia

Se possível, devem ser efetuadas diversas visitas ao mesmo serviço em horários diferentes do dia, de modo que os membros do comitê possam observar as condições de manhã, à tarde e à noite.

## 10.3 Apresentar o comitê e explicar o projeto de avaliação

Antes de iniciar a visita, o comitê deve se reunir com os profissionais e usuários do serviço e, quando possível, com membros das famílias dos usuários para explicar a finalidade da avaliação e para descrever o que farão e o que esperam alcançar.

O comitê deve tentar estabelecer um sentido de parceria e cooperação com os profissionais, os usuários do serviço e seus familiares. Os profissionais podem sentir-se desconfortáveis em relação à avaliação, temendo que seu trabalho esteja sendo monitorado e julgado. Os usuários do serviço e familiares também podem ficar desconfiados da avaliação e temerem represálias se participarem em entrevistas. O comitê deve, portanto, empenhar-se em promover um espírito de colaboração, enfatizando que todos os envolvidos possuem um objetivo comum – melhorar as condições do serviço – e que esse objetivo pode ser alcançado somente com as informações recebidas e a participação ativa de todos. A equipe de avaliação não deverá, contudo, levantar expectativas irrealistas sobre o resultado que a avaliação alcançará, e deve esclarecer que as condições provavelmente não melhorarão imediatamente, mas somente com o passar do tempo.

O comitê de avaliação pode preparar um folheto para circular entre os profissionais, os usuários do serviço e suas famílias, descrevendo as informações acima.

# 11

## Observar os serviços

A observação é central para avaliar as condições dos serviços de saúde mental e de assistência social. As *ferramentas do Direito é Qualidade para revisão da documentação e observação dos serviços* servem de guia para os membros do comitê sobre o que devem observar durante suas visitas, com espaço para registrar seus achados.

Os membros do comitê devem conduzir as observações em todos os espaços de um serviço. No caso de serviços de internação, por exemplo, as observações devem ser efetuadas em unidades de cuidados agudos e crônicos, quartos de enfermarias masculinas e femininas, espaços de isolamento, salas nas quais a eletroconvulsoterapia seja administrada, salas para terapia ocupacional, cozinha, área destinada à alimentação, instalações sanitárias e banheiros.

A observação não deve se restringir a um exame das condições físicas; deve incluir também o que acontece no serviço. Por exemplo, quando visita serviços ambulatoriais e de internação, o comitê de avaliação deve observar as interações entre profissionais e usuários dos serviços para determinar se os usuários estão sendo atendidos com dignidade e respeito e se os seus direitos e sua capacidade legal são respeitados. Por conseguinte, como parte da observação, os membros do comitê devem acompanhar atividades/atendimentos envolvendo profissionais e usuários dos serviços, incluindo:

- consultas entre profissionais e usuários dos serviços: Os usuários do serviço estão participando na elaboração de seu projeto terapêutico? Os usuários podem expressar suas opiniões e escolhas referentes ao seu tratamento, e estas são respeitadas? Ou estas decisões são tomadas sem sua participação?
- ações de reabilitação: Os profissionais estão simplesmente fazendo palestras para os usuários do serviço, ou os usuários estão participando ativamente no processo de reabilitação psicossocial para aquisição de habilidades?

## Dicas para observação

As observações devem ser efetuadas com todos os cinco sentidos.

**Visão** – Em serviços de internação, observar cuidadosamente as condições físicas e avaliar se estas são aceitáveis. Por exemplo, os sanitários e banheiros estão limpos? Os quartos dos usuários do serviço oferecem privacidade suficiente? Há superlotação? Em serviços ambulatoriais e de internação, observar as interações e as relações entre profissionais e usuários dos serviços. A comunicação e o tratamento conferido aos usuários dos serviços refletem dignidade e respeito?

**Olfato** – Olfato – Prestar atenção nos diferentes cheiros existentes nos serviços. Por exemplo, as instalações sanitárias cheiram mal? O mau cheiro pode indicar que as instalações sanitárias não estão funcionando ou que não são limpas regularmente e que, portanto, não são higiênicas e possivelmente oferecem risco à saúde.

**Tato** – Tocar a roupa de cama e colchões para determinar se sua qualidade é adequada e apropriada para o clima. Sentir se a temperatura ambiente em diferentes partes do serviço é confortável, quente ou fria demais. Abrir as torneiras para determinar se existe água corrente e aquecida. Não é suficiente perguntar se existe roupas de cama, aquecedores ou ventiladores adequados nos quartos ou água corrente e aquecida. A sua existência deve ser verificada pessoalmente.

**Audição** – Os sons de um serviço, ou às vezes sua ausência, podem também ser reveladores. É possível escutar gritos e berros dos usuários dos serviços? Se assim for, tentar determinar o motivo e o que está sendo feito a respeito. O volume de música ou de televisão desconsidera os usuários do serviço? Há silêncio no serviço e, se afirmativo, esse indica uma atmosfera repressora na qual seus usuários relutam em comunicar-se entre si, com visitantes ou membros do quadro de profissionais?

**Paladar** – Às vezes, os alimentos fornecidos aos usuários do serviço não são adequados para o consumo. Portanto, é recomendável provar os alimentos para avaliar se o seu sabor é bom e se são comestíveis.

# 12 Revisão da documentação do serviço

Revisar a documentação é uma parte importante da avaliação. A *ferramenta de observação e documentação do Direito é Qualidade da OMS* serve de guia para os membros do comitê sobre os tipos de documentação a serem revisados na avaliação. A documentação pode ser dividida em quatro grandes categorias:

- Projetos técnicos, diretrizes, normas e outras diretivas oficiais do serviço;
- Registros administrativos (por exemplo, número e categorias de profissionais, número, idade e sexo de usuários do serviço, registros de internação e alta);
- Registros de eventos específicos (por exemplo, queixas, petições contra internação e tratamento involuntários, incidentes de roubo, abuso, óbitos); e
- Prontuários ou arquivos de usuários do serviço.

Os **projetos técnicos, diretrizes, normas e outras diretivas oficiais** representam uma fonte importante de informações sobre questões relativas à qualidade do serviço, às condições das suas instalações e aos direitos humanos de usuários do serviço. A ausência de projeto técnico para uma área específica é frequentemente uma indicação de que padrões relevantes não estão sendo cumpridos; é, portanto, importante avaliar cuidadosamente essa área. Por exemplo, se não houver uma diretiva do serviço referente à administração de eletroconvulsoterapia, há uma boa probabilidade de que o consentimento informado para esse procedimento não seja obtido de usuários do serviço. Esse aspecto deve ser examinado mais profundamente durante as entrevistas e a observação.

Os projetos técnicos, diretrizes, normas e outras diretivas oficiais do serviço podem promover ou violar os direitos humanos e os padrões de qualidade. Ao analisarem estes documentos, os membros do comitê devem considerar padrões internacionais e nacionais de direitos humanos para avaliar se os documentos condizem com estes padrões.

Mesmo se o projeto técnico do serviço estiver alinhado com padrões de qualidade e direitos humanos, não há garantia de que estes são respeitados, e é responsabilidade do comitê de avaliação, durante as entrevistas e a observação, avaliar em que extensão os projetos são seguidos na prática. Quando um projeto técnico de serviço não é implementada, as razões precisam ser determinadas. Por exemplo, a falta de implantação de projeto técnico poderia indicar gestão ineficaz ou falta de treinamento dos profissionais. Bons projetos técnicos são úteis somente se são implantados; bons projetos que não são implantados são de pouco valor.

Os membros do comitê devem também revisar os registros administrativos e as informações em documentos pertinentes à avaliação, inclusive:

- número de profissionais, por profissão (por exemplo, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais);
- número de usuários recebendo atendimento no serviço;
- número de usuários do sexo feminino e masculino;
- o perfil etário de usuários do serviço; e
- número de usuários do serviço sob o regime de tutela/curatela.

Informações adicionais a serem revisadas e documentadas em relação a serviços de internação incluem:

- o número de leitos em uso,
- o número de usuários do serviço sob o status de voluntário (em tratamento voluntário),
- o número de usuários do serviço sob o status de não voluntário (internação e tratamento) e
- o tempo médio de permanência dos usuários do serviço.

A revisão de documentos administrativos pode fornecer informações importantes sobre questões relativas aos direitos humanos e à qualidade. Por exemplo, a revisão poderia revelar que o serviço não dispõe de recursos humanos adequados/suficientes em relação ao seu número de usuários. Poderia indicar que um grande número de pessoas está sendo internado e tratado contra a vontade, indicando que a capacidade legal de usuários dos serviços é sistematicamente ignorada. Ou poderia revelar que crianças são mantidas em serviços de internação destinados para adultos.

Os **registros de eventos específicos**, como queixas dos usuários dos serviços, petições contra internação e tratamentos involuntários, incidentes de roubo, abuso e óbitos, são também fontes úteis de informações. O exame de queixas dos usuários do serviço, por exemplo, pode revelar problemas e violações ou mesmo padrões de abuso no serviço, os quais devem ser examinados mais detalhadamente durante a avaliação. A falta de queixas deve também ser documentada, pois pode indicar que não há mecanismo para reclamações ou que esse é inacessível para os usuários do serviço. Uma incidência desproporcionalmente alta de óbitos entre usuários do serviço poderia indicar abuso ou negligência, cuidados de saúde de baixa qualidade ou condições de vida insatisfatórias no serviço.

Os **prontuários e registros pessoais de usuários do serviço** pode também revelar informações importantes. Uma revisão destes prontuários pode indicar, por exemplo, se estes estão atualizados, quando as prescrições de medicamentos foram revisadas e alteradas pela última vez, se o consentimento livre e informado está sendo obtido, se projetos terapêuticos e diretivas antecipadas de vontade<sup>6</sup> estão sendo criados em colaboração com usuários do serviço e se estes podem adicionar informações a seus arquivos. Essa revisão também pode revelar se as pessoas estão recebendo os medicamentos e as doses corretas ou se estão sendo

<sup>6</sup> Os usuários podem especificar com antecedência suas escolhas sobre cuidados de saúde, tratamento e *recovery* no caso de se tornarem incapazes de comunicar suas escolhas em algum momento futuro. As diretivas antecipadas de vontade podem incluir também opções de tratamento e *recovery* que as pessoas não desejam ter e, dessa forma, podem ajudar a assegurar que não recebam qualquer intervenção contra seus desejos.

medicadas em excesso, medicadas de modo incorreto ou se recebem muitos medicamentos simultaneamente.

O comitê de avaliação deve obter acesso a todos os prontuários de usuários do serviço e selecionar alguns aleatoriamente para o exame detalhado. Os membros do comitê podem decidir examinar os prontuários dos usuários do serviço que vão ser entrevistados, com o seu consentimento. Os prontuários examinados devem abranger a gama completa de usuários do serviço, por exemplo, por idade, origem étnica, sexo e diagnóstico. O comitê de avaliação deve determinar se o consentimento é necessário para examinar arquivos de usuários do serviço.

Para revisar a documentação de modo eficaz, um membro da equipe de profissionais do serviço deve ser disponibilizado para auxiliar na procura da documentação a ser revisada, pois é improvável que estejam em um único lugar. Uma lista dos documentos a serem revisados poderia ser fornecida aos profissionais do serviço antes da visita.

# 13 Entrevistar usuários, membros da família (ou amigos ou cuidadores) e profissionais do serviço

Entrevistar usuários, familiares e profissionais de um serviço e ouvir suas visões e perspectivas são fundamentais para a avaliação. A *ferramenta de entrevista do Direito é Qualidade da OMS* descreve os temas, os padrões e os critérios em relação aos quais as condições dos serviços devem ser avaliadas. A ferramenta também contém perguntas associadas com cada critério para auxiliar o entrevistador.

Algumas questões devem ser consideradas em relação à entrevista.

## 13.1 Selecionar entrevistados

Ao selecionar as pessoas para entrevistar, o comitê deve se orientar pela variedade de usuários e profissionais do serviço e pelo tamanho de amostra determinado pelo comitê de gerenciamento (ver o Anexo E). O comitê, e não os profissionais do serviço, deverá selecionar os usuários e os profissionais a serem entrevistados para garantir que o processo permaneça imparcial.

O comitê pode decidir quais membros da família devem ser entrevistados ou pode ser orientado em sua seleção pelos usuários do serviço. O comitê deve decidir se entrevista os membros das famílias durante a visita ao serviço ou se organiza estas entrevistas fora da visita.

Os profissionais, os usuários do serviço e os membros das famílias terão o direito de optar por não participar, a qualquer momento, da entrevista, e o comitê de avaliação deverá respeitar suas decisões.

## 13.2 A entrevista

É necessário encontrar uma sala ou um espaço para conduzir as entrevistas que assegure a privacidade dos entrevistados e lhes permita falar livremente. A entrevista deve envolver um entrevistador (ou no máximo dois: um para conduzir a entrevista e o outro para tomar notas, por exemplo) e a pessoa entrevistada. Alguns usuários do serviço podem pedir a presença de uma pessoa em quem confiem (mas não um membro do quadro de profissionais do serviço) durante a entrevista, e isso deve ser facilitado.

Todo esforço deve ser efetuado para superar quaisquer barreiras na comunicação entre o entrevistador e o entrevistado. Por exemplo, se o entrevistado e o entrevistador falarem idiomas diferentes ou se o entrevistado sofrer de um comprometimento que prejudique sua capacidade para se comunicar, como, dificuldade de fala ou de audição), intérpretes apropriados para o idioma ou para a linguagem por sinais devem ser incluídos.

Antes de iniciar uma entrevista, os entrevistadores devem se apresentar, explicar a finalidade da entrevista e responder quaisquer perguntas que o entrevistado possa ter. Os entrevistadores podem também fazer perguntas para obter informações sobre os entrevistados (por exemplo, o local onde nasceram, há quanto tempo estão no serviço). Esse tipo de apresentação gera afinidade entre o entrevistado e o entrevistador e descontra as pessoas. Pode ser útil também discutir quaisquer receios que os entrevistados possam ter sobre possíveis repercussões resultantes de sua participação na entrevista e descrever as medidas que foram tomadas para proteger seu anonimato e sigilo. Os entrevistadores devem também analisar o termo de consentimento livre e esclarecido com os entrevistados para assegurar que tenham entendido completamente seu conteúdo antes que o assinem.

A entrevista pode ser longa e cansativa, e devem ser permitidos intervalos quando os entrevistados solicitarem. Além disso, os usuários do serviço em uso de certos medicamentos podem encontrar dificuldades para se concentrar por períodos longos e talvez necessitem intervalos regulares. O entrevistador precisa ter a sensibilidade para perceber qualquer dificuldade que os usuários do serviço possam ter em relação a suas experiências e permitir que interrompam a entrevista e que retornem mais tarde, se necessário.

Um elemento que já tenha sido averiguado pelo comitê de avaliação, seja em entrevistas prévias ou por observação, não precisa ser abordado em entrevistas subsequentes. Por exemplo, se o comitê tiver observado que as instalações sanitárias estão sujas, não há necessidade de perguntar aos entrevistados sobre a limpeza das instalações sanitárias. O contrário não é verdadeiro, contudo. Por exemplo, se as instalações sanitárias parecerem limpas no momento da visita, devem ser feitas perguntas sobre a limpeza e a higiene das instalações sanitárias durante as entrevistas, pois as instalações sanitárias poderiam ter sido limpas especialmente para a visita do comitê de avaliação e serem normalmente sujas e não limpas em intervalos suficientemente regulares. Os entrevistadores também podem fazer perguntas adicionais não abrangidas na *ferramenta de entrevista do Direito é Qualidade da OMS*.

No final da entrevista, os entrevistadores devem agradecer aos usuários do serviço por seu tempo. Os usuários devem ser informados sobre como contatar a equipe de avaliação caso desejem fornecer informações adicionais depois da visita, relatar quaisquer novos problemas ou abusos ou expressar quaisquer preocupações sobre repercussões contra eles depois da entrevista. Os entrevistadores também devem falar para os entrevistados sobre as etapas seguintes da avaliação e informar-lhes que serão notificados sobre os resultados assim que o relatório for finalizado.

Os entrevistadores não deverão discutir o conteúdo de entrevistas com ninguém, exceto com outros membros do comitê. Uma maneira para promover o caráter confidencial é fazer com que cada membro do comitê assine um acordo de que respeitará o caráter confidencial da avaliação e das pessoas que foram entrevistadas.

### **Dicas para entrevistas:**

**Os entrevistadores devem conduzir as entrevistas de maneira respeitosa e cortês.** Os entrevistados não devem sentir que estão sendo interrogados, mas sim que estão fornecendo informações de valor para a avaliação.

**As perspectivas de todos que estão sendo entrevistados são importantes.** Muito frequentemente, as visões de usuários dos serviços são consideradas inválidas ou são desconsideradas. As entrevistas devem ser conduzidas de maneira que se reconheça e respeite as visões e perspectivas dos usuários dos serviços.

**Aguarde em silêncio para conceder tempo ao entrevistado para pensar, sem interrupções.** O silêncio pode ser necessário por mais tempo do que aparenta ser o habitual ou confortável.

**Evite interrupções.** Permita que as pessoas falem sem interrompê-las. Se tiver alguma dúvida sobre o que estão dizendo, aguarde até que tenham terminado sua frase.

**Evite fazer anotações em excesso.** Fazer anotações pode distrair os entrevistados. É importante ouvir as respostas. Uma possibilidade é a presença de duas pessoas nas entrevistas: uma fazendo as perguntas e ouvindo as respostas e a outra fazendo anotações.

**Resumos curtos, repetir o que foi ouvido em suas próprias palavras** pode ser uma técnica útil para indicar que está ouvindo e para verificar se entendeu corretamente o que a pessoa está dizendo.

**Evite induzir os entrevistados em suas respostas.** Os entrevistadores muitas vezes tendem a conduzir os entrevistados para a resposta que estão esperando ouvir. É importante estar ciente dessa tendência e esforçar-se para evitá-la.

**Use perguntas em aberto.** As perguntas em aberto (por exemplo, “Você pode comentar sobre a estrutura física do serviço?”) permitem que os entrevistados compartilhem informações que consideram importantes. Evitar perguntas fechadas (por exemplo, “Você acha que o estado físico do serviço é ruim?”) sempre que possível, pois estas podem impedir os entrevistados de expressar suas visões de sua própria maneira.

**Seja flexível.** As pessoas podem não responder as perguntas na ordem apresentada na ferramenta de entrevista do Direito é Qualidade da OMS. As respostas de um entrevistado a uma pergunta também podem fornecer informações pertinentes a uma pergunta planejada para mais tarde na entrevista. Não o interrompa dizendo que planeja fazer essa pergunta mais adiante, mas permita que responda completamente a pergunta que se apresenta.

**Tente averiguar se questões destacadas pelos entrevistados são eventos ou práticas únicas ou se são comuns e fazem parte da prática comum no serviço.** Por exemplo, se alguém contar que um membro do quadro de profissionais lhe falou com desrespeito, tente verificar se isso aconteceu somente uma vez com um único profissional ou se essa ocorrência é comum, com um ou diversos profissionais.

**Volume, velocidade, tom.** Esteja ciente do volume de sua voz e também de seu tom e velocidade. Você não deve falar alto demais, baixo demais ou muito rapidamente. Permita que o entrevistado defina o ritmo da entrevista.

**Prática, prática, prática.** Conduzir entrevistas é realmente uma habilidade. Aprender técnicas para entrevista requer prática. É importante, portanto, praticá-las, por exemplo, com colegas do comitê ou com sua família e amigos em casa, antes de sua visita ao serviço.

### 13.3 Relatos de casos de abuso

Os membros do comitê podem tomar ciência, durante as entrevistas, a observação ou a revisão de documentos, de queixas de usuários dos serviços de que um ou diversos usuários estão sendo expostos a abuso ou negligência que colocam sua saúde e bem-estar em risco imediato de danos. Antes da avaliação, portanto, o comitê deve decidir o modo como tais situações serão tratadas, talvez conversando com o coordenador do serviço ou outra autoridade relevante, de modo que a situação possa ser abordada rapidamente. A concordância dos usuários do serviço em questão pode ter que ser buscada antes que o abuso seja relatado. Quando existirem diretrizes nacionais específicas ou disposições legais sobre o relato de abuso, estas deverão ser seguidas. O comitê deve identificar canais judiciais ou sociais e os nomes de representantes legais ou defensores que possam auxiliar as vítimas de abuso. Adicionalmente, os membros do comitê podem fornecer aos usuários dos serviços um número de telefone pelo qual possam ser contatados caso os usuários desejem relatar quaisquer incidentes de abuso ou negligência depois da visita.

# 14 Relatar os resultados da avaliação

## 14.1 Relatórios de achados por serviço

O formulário de relatório do *Direito é Qualidade da OMS* por serviço fornece uma estrutura para o comitê de avaliação documentar sistematicamente a extensão em que cada um dos cinco temas da ferramenta *Direito é Qualidade da OMS* foi aplicada em um serviço específico de saúde mental ou de assistência social. Todas as seções do relatório devem ser preenchidas:

- resumo executivo,
- método utilizado para a avaliação,
- resultados da avaliação (inclusive a pontuação quantitativa e os achados qualitativos),
- discussão e
- conclusões e recomendações

Todos os membros do comitê devem se reunir assim que possível depois da conclusão da avaliação (porque as impressões e as informações perdem a força rapidamente) para discutir, integrar e compilar os resultados obtidos nas entrevistas, na observação e na revisão da documentação em um relatório final sobre o serviço. O comitê deve então classificar cada um dos critérios, dos padrões e dos temas do *kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS* como segue: “alcançado totalmente”, “alcançado parcialmente”, “realização iniciada”, “não iniciada” ou “não aplicável”.

O formulário de relatório em nível de instalação possui espaço para classificar cada critério dentro de um padrão e depois de cada padrão dentro de cada tema. Adicionalmente, inclui espaço para classificar o serviço de saúde geral que foi avaliado, de modo que os dois tipos de serviço possam ser comparados.

Estas classificações quantitativas sozinhas são sem sentido, e informações qualitativas são necessárias para conferirem substância, detalhe e um quadro abrangente da situação no serviço. O formulário de relatório do *Direito é Qualidade da OMS* é um modelo para integrar achados quantitativos e qualitativos em um único relatório.

## 14.2 Relatórios de achados em mais de um serviço

Em caso de mais de um serviço ter sido avaliado (por exemplo, uma avaliação nacional ou distrital), todos os comitês que conduzem avaliações deverão se reunir para discutir, integrar e compilar seus resultados de cada serviço e preparar uma avaliação global em nível nacional ou distrital. O formulário de relatório do *Direito é Qualidade da OMS* para avaliações nacionais fornece uma estrutura para consolidação das avaliações locais.

O formulário do relatório nacional possui as mesmas seções que aqueles voltados para cada serviço individualmente, fornece as mesmas categorias para classificação (embora as classificações para cada serviço sejam listadas e apresentadas por tema no formulário do relatório nacional ou por distrito) e inclui um modelo para integrar achados quantitativos e qualitativos em um único relatório em nível nacional ou de distrito.

### **Atingindo consenso sobre achados da avaliação**

Um dos aspectos mais desafiantes de avaliações é atingir o consenso entre membros do comitê e entre comitês no caso de avaliações distritais e nacionais. Os padrões e os critérios do instrumento devem guiar os membros do comitê na determinação do que é esperado de um serviço para que corresponda a marcos de referência de qualidade e de direitos humanos. Existe, no entanto, muita subjetividade envolvida na realização de avaliações, e as classificações podem diferir. Por exemplo, um membro do comitê pode considerar um nível aceitável de realização de certo critério, enquanto outro pode classificá-lo como inaceitável. Para reduzir tal subjetividade, os membros do comitê devem discutir detalhadamente sobre o modo como classificam seus achados e chegarem a um consenso sobre a classificação do tema global, do padrão ou do critério. Quando não se consegue chegar a um consenso, é aconselhável escolher a classificação mais baixa.

A inclusão dos resultados de avaliações de serviços de saúde geral também ajuda a reduzir a subjetividade na classificação tanto dentro como entre comissões de avaliação, pois fornece um ponto comum de comparação para padronizar ou ajustar as classificações.

A discussão de achados, padronização ou ajuste das classificações e redação de um relatório (para um único serviço ou em nível nacional ou distrital) requerem tempo, e diversas reuniões podem ser necessárias antes que um relatório possa ser produzido e represente o consenso sobre as condições dos serviços.

# 15

## Uso dos resultados da avaliação

As avaliações da qualidade e direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social podem servir para diversas finalidades, e os resultados podem ser utilizados de muitas maneiras diferentes. Todos os envolvidos em uma avaliação devem entender claramente e concordar sobre sua finalidade e o modo como os resultados serão utilizados.

### 15.1 Orientando política, planejamento e reforma de legislação

No nível macro, os resultados de uma avaliação podem ser utilizados para orientar políticas, planos e legislação sobre saúde mental e abuso de substâncias. Por exemplo, os resultados podem revelar uma necessidade de treinamento mais intensivo e focalizado em profissionais de saúde ou de saúde mental com respeito às melhores práticas no tratamento e aos direitos de pessoas com habilidades. Isso pode ser subseqüentemente incorporado em políticas e planos para a saúde mental. Os resultados de uma avaliação podem indicar que uma lei existente (por exemplo, a legislação sobre saúde mental e abuso de substância) necessita revisão. Por exemplo, caso a avaliação revele que muitas pessoas estão sendo tratadas contra a vontade, disposições relativas a consentimento informado devem ser incorporadas ou reforçadas. Uma avaliação pode revelar a necessidade de estabelecer um “estatuto do paciente” que descreva os direitos de usuários de serviços de saúde mental, de abuso de substâncias e de outros tipos de serviços.

### 15.2 Entender as violações de direitos humanos e defender mudanças

Os resultados de uma avaliação podem também ser utilizados para entender a extensão e o tipo de violações de direitos humanos que ocorrem em serviços e para aumentar a conscientização sobre essas questões entre as autoridades competentes e as partes envolvidas, quando apropriado. Algumas organizações não governamentais internacionais e nacionais têm investigado as condições de serviços de saúde mental e de assistência social e divulgado seus achados e recomendações de modo amplo para governos, mídia, público em geral e outras autoridades e grupos relevantes. Destacar as falhas e as violações pode persuadir as autoridades e grupos da sociedade civil a abordarem esses problemas. Ao se determinar se e como utilizar essa abordagem, a consequência provável precisa ser levada em conta. Em certos contextos, tais como o uso da mídia para destacar e expor violações, essa abordagem pode representar um meio importante para estimular melhorias nas condições relacionadas aos direitos humanos; em outros, contudo, pode gerar desconfiança, de modo que os serviços se fechem ao escrutínio, fazendo com que as violações fiquem ainda mais encobertas.

## 15.3 Melhoria da qualidade

Os resultados e as recomendações a partir da avaliação devem ser utilizados como base para formular um plano de melhoria da qualidade, o qual deve ser integrado na gestão e prestação de cuidados do serviço avaliado. A situação ideal é aquela em que profissionais, usuários do serviço e famílias trabalham em conjunto em uma abordagem participativa para preparar um plano que inclua ações e metas concretas para evitar violações, promover os direitos humanos e melhorar a qualidade do tratamento e dos cuidados no serviço. A implementação do plano de melhoria pode ser avaliada continuamente como parte da gestão do serviço, com revisões periódicas, seguindo a *ferramenta de avaliação Direito é Qualidade*. Essa abordagem pode promover melhores cuidados e usufruto maior dos direitos humanos, especialmente se envolver a participação de prestadores de serviços para gerar mudanças positivas, em vez de um órgão externo. As pessoas se tornam parte do processo e promovem mudanças não por obrigação (embora os padrões a serem alcançados estejam definidos), mas porque são parceiros no processo e desejam melhorar o serviço. Uma limitação desta abordagem é que ela raramente independe das autoridades de saúde. Essa limitação pode ser superada pela inclusão periódica de um órgão independente para empreender uma avaliação externa. Por conseguinte, é útil uma abordagem que combine avaliação interna e melhoria contínua da qualidade com avaliação externa periódica.

## 15.4 Capacitação em direitos humanos

Os resultados de uma avaliação também podem ser utilizados para identificar lacunas no conhecimento em relação a questões sobre direitos humanos e qualidade. Treinamentos e educação especialmente adaptados podem ser conduzidos com profissionais, usuários do serviço e famílias para garantir que cada parte envolvida compreenda os direitos das pessoas com habilidades e que os padrões de qualidade precisam ser respeitados e promovidos para melhorar as condições no serviço.

# Anexos

## Anexo A – Princípios da prática da saúde mental orientada para *Recovery*

Governo australiano. *National standards for mental health services*. Canberra, 2010. Reimpressão com autorização do Governo Australiano. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-pubs-n-servst10>

Da perspectiva do indivíduo com transtorno mental, *recovery* significa ganhar e conservar a esperança, entender as capacidades e incapacidades dos outros, envolver-se em uma vida ativa, autonomia pessoal, identidade social, significado e propósito na vida e uma percepção positiva de si mesmo. É importante lembrar que *recovery* não é sinônimo de cura. *Recovery* refere-se a condições internas vivenciadas por pessoas que se descrevem como estando em *recovery* – esperança, cura, “empoderamento” e conexão – e condições externas que facilitam o processo de *recovery* – implementação de direitos humanos, cultura positiva de cura e serviços orientados para *recovery*<sup>7</sup>.

A finalidade dos princípios da prática da saúde mental orientada para *recovery* é garantir que os serviços de saúde mental estão sendo prestados de uma maneira que apoie a *recovery* de usuários da saúde mental.

### 1. Singularidade do indivíduo

A prática da saúde mental orientada para *recovery*:

- Reconhece que *recovery* não diz respeito necessariamente à cura, mas a ter oportunidades para escolhas e para levar uma vida significativa, satisfatória, com objetivos, e ser um membro valorizado da comunidade
- Aceita que os resultados de *recovery* são pessoais e únicos para cada indivíduo e que vão além de um enfoque exclusivo sobre a saúde, dando ênfase na inclusão social e qualidade de vida
- Confere poder aos indivíduos para que reconheçam que estão no centro do cuidado que recebem.

<sup>7</sup> Jacobson N, Greenley D. What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services* 52:482-485, 2001.

## 2. Escolhas reais

A prática da saúde mental orientada para *Recovery*:

- Apoia e confere poder aos indivíduos para que façam suas próprias escolhas sobre como desejam levar suas vidas e reconhece que as escolhas precisam ser significativas e exploradas com criatividade
- Apoia os indivíduos para que construam suas próprias forças e que assumam tanta responsabilidade por suas vidas quanto possam em qualquer momento
- Assegura a existência de um equilíbrio entre dever de cuidados e apoio para que os indivíduos assumam riscos positivos e aproveitem ao máximo as novas oportunidades

## 3. Atitudes e direitos

A prática da saúde mental orientada para *Recovery*:

- Envolve ouvir, aprender e atuar mediante comunicações vindas do indivíduo e de seus cuidadores sobre o que é importante para cada indivíduo
- Promove e protege os direitos legais, de cidadania e humanos do indivíduo
- Apoia os indivíduos para que mantenham e desenvolvam atividades sociais, recreativas, ocupacionais e vocacionais que sejam significativas para o indivíduo
- Incute esperança no futuro e na capacidade do indivíduo para levar uma vida significativa

## 4. Dignidade e respeito

A prática da saúde mental orientada para *Recovery*:

- Consiste em ser cortês, ser respeitoso e honesto em todas as interações
- Envolve sensibilidade e respeito por cada indivíduo, especialmente por seus valores, crenças e cultura
- Enfrenta a discriminação e o estigma sempre que estes existirem dentro de nossos próprios serviços ou na comunidade em geral.

## 5. Parceria e comunicação

A prática da saúde mental orientada para *Recovery*:

- Reconhece que cada indivíduo é um especialista em sua própria vida e que *recovery* envolve trabalhar em parceria com indivíduos e seus cuidadores para fornecer apoio de uma maneira que lhes faça sentido
- Valoriza a importância de compartilhar informações importantes e a necessidade de comunicar claramente para possibilitar envolvimento eficaz
- Envolve trabalhar de maneira positiva e realista com indivíduos e seus cuidadores para ajudá-los a concretizar suas esperanças, metas e aspirações.

## 6. Avaliação do processo de *Recovery*

A prática da saúde mental orientada para *Recovery*:

- Assegura e possibilita a avaliação contínua das práticas baseadas em *recovery* em diversos níveis
- Indivíduos e seus cuidadores podem acompanhar seu próprio progresso
- Os serviços demonstram que fazem uso das experiências individuais de cuidado para orientar atividades de melhoria da qualidade
- O sistema de saúde mental relata resultados importantes que indicam *recovery*, incluindo (entre outros) moradia, emprego, educação, relações sociais e familiares, bem como medidas de saúde e de bem-estar.

Estes Princípios de *Recovery* foram adaptados a partir dos Princípios de *Recovery* da Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust no Reino Unido.

## Anexo B – Capacidade legal e tomada de decisão apoiada

O direito de exercer sua capacidade legal é rotineiramente negado a pessoas com deficiências mentais. Por intermédio da tutela/curatela e de outras medidas para tomada de decisão substituta, estas pessoas são frequentemente impedidas de tomarem decisões e fazerem escolhas sobre suas vidas, inclusive sobre questões relativas à sua moradia, seus cuidados de saúde, seus assuntos pessoais e financeiros, além de outras matérias. Em vez disso, estas decisões são frequentemente efetuadas por famílias, cuidadores, tutores ou profissionais de saúde.

O objetivo da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência (ver o Anexo C) é pôr um fim a essa situação. O Artigo 12 da Convenção reconhece que pessoas com deficiências, inclusive deficiências mentais, possuem o direito de exercer sua capacidade legal, ou seja, de tomar decisões e fazer escolhas em todos os aspectos de suas vidas em igualdade de condições com as demais pessoas.

A Convenção também reconhece que algumas pessoas podem ocasionalmente necessitar assistência para decidir sobre suas vidas e promove um modelo de tomada de decisão apoiada como meio para fornecer essa assistência.

A tomada de decisão apoiada envolve a nomeação, por pessoas com deficiências mentais, de uma pessoa em quem confiem ou de uma rede de pessoas com as quais possam consultar e discutir questões que as afetam. Estas pessoas podem auxiliar os usuários de serviços a entenderem as escolhas e opções a sua disposição em relação a seu tratamento de saúde mental (por exemplo, receber ou não tratamento, onde receber tratamento, qual tipo de tratamento) e a comunicar suas escolhas e preferências para outros quando necessário. Podem ajudar os outros a entender que uma pessoa com deficiência, mesmo que significativa, também é uma pessoa com uma história, interesses e objetivos na vida e que é capaz de exercer sua capacidade legal. Na tomada de decisão apoiada, a presunção está sempre em favor da pessoa com deficiência que será afetada pela decisão.<sup>8</sup>

Os profissionais em serviços de saúde mental e de assistência social podem desempenhar um papel vital em promover a tomada de decisão apoiada:

- Incentivando os usuários do serviço a nomearem pessoas ou redes de pessoas de apoio,
- Facilitando contatos entre os usuários do serviço e seus grupos de apoio e
- Assegurando que os usuários do serviço e seus apoiadores tenham espaço e tempo para discutirem questões relativas ao tratamento e cuidados de saúde mental.

As formas de tomada de decisão apoiada incluem redes de apoio, ouvintes pessoais, apoio de colegas, defensores e assistentes pessoais (cuidadores). O Canadá e a Suécia oferecem modelos de tomada de decisão apoiada, os quais estão sendo atualmente implementados:

---

<sup>8</sup> *From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol*, Nova York, Nações Unidas, 2007. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212>.

- Canadian Association for Community Living: <http://www.cacl.ca/>
- Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry (Colúmbia Britânica, Canadá): <http://www.rarc.ca/textual/home.htm>
- Modelo sueco de Ouvidor Pessoal – PO-Skane: <http://www.po-skane.org/>

## Anexo C – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2006)

### Preâmbulo

Os Estados-Partes da presente Convenção,

- (a) *Relembrando* os princípios consagrados na Carta das Nações Unidas, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos inalienáveis de todos os membros da família humana como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,
- (b) *Reconhecendo* que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos, proclamaram e concordaram que toda pessoa faz jus a todos os direitos e liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie,
- (c) *Reafirmando* a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como a necessidade de garantir que todas as pessoas com deficiência os exerçam plenamente, sem discriminação,
- (d) *Relembrando* o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias,
- (e) *Reconhecendo* que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com comprometimentos e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas,
- (f) *Reconhecendo* a importância dos princípios e das diretrizes de política, contidos no Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e nas Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, para influenciar a promoção, a formulação e a avaliação das políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional para possibilitar maior igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência,
- (g) *Ressaltando* a importância de trazer questões relativas à deficiência ao centro das preocupações da sociedade como parte integrante de estratégias relevantes de desenvolvimento sustentável,
- (h) *Reconhecendo* também que a discriminação contra qualquer pessoa, por motivo de deficiência, configura violação da dignidade e do valor inerentes ao ser humano,
- (i) *Reconhecendo* ainda a diversidade das pessoas com deficiência,

- (j) *Reconhecendo* a necessidade de promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência, inclusive daquelas que requerem maior apoio,
- (k) *Preocupados* com o fato de que, não obstante esses diversos instrumentos e compromissos, as pessoas com deficiência continuam a enfrentar barreiras contra sua participação como membros iguais da sociedade e violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo,
- (l) *Reconhecendo* a importância da cooperação internacional para melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência em todos os países, particularmente naqueles em desenvolvimento,
- (m) *Reconhecendo* as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades, e que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento do seu senso de pertencimento à sociedade e no significativo avanço do desenvolvimento humano, social e econômico da sociedade, bem como na erradicação da pobreza,
- (n) *Reconhecendo* a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas,
- (o) *Considerando* que as pessoas com deficiência devem ter a oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e políticas, inclusive aos que lhes dizem respeito diretamente,
- (p) *Preocupados* com as difíceis situações enfrentadas por pessoas com deficiência que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição,
- (q) *Reconhecendo* que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração,
- (r) *Reconhecendo* que as crianças com deficiência devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças, e lembrando as obrigações assumidas com esse fim pelos Estados Partes na Convenção sobre os Direitos da Criança,
- (s) *Ressaltando* a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero aos esforços para promover o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais por pessoas com deficiência,
- (t) Salientando o fato de que a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza e, nesse sentido, reconhecendo a necessidade crítica de lidar com o impacto negativo da pobreza sobre pessoas com deficiência,
- (u) *Tendo em mente* que as condições de paz e segurança baseadas no pleno respeito aos propósitos e princípios consagrados na Carta das Nações Unidas e a observância dos

instrumentos de direitos humanos são indispensáveis para a total proteção das pessoas com deficiência, particularmente durante conflitos armados e ocupação estrangeira,

- (v) *Reconhecendo* a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiências o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais,
- (w) *Conscientes* de que a pessoa tem deveres para com outras pessoas e para com a comunidade a que pertence e que, portanto, tem a responsabilidade de esforçar-se para a promoção e a observância dos direitos reconhecidos na Carta Internacional dos Direitos Humanos,
- (x) *Convencidos* de que a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem o direito de receber a proteção da sociedade e do Estado, e de que as pessoas com deficiência e seus familiares devem receber a proteção e a assistência necessárias para tornar as famílias capazes de contribuir para o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência,
- (y) *Convencidos* de que uma convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos,

Acordaram o seguinte:

## ARTIGO 1

### Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

## ARTIGO 2

### Definições

Para os propósitos da presente Convenção:

“Comunicação” abrange as línguas, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e

formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis;

“Língua” abrange as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não-falada;

“Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável;

“Adaptação razoável” significa as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;

“Desenho universal” significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O “desenho universal” não excluirá as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias.

## ARTIGO 3

### Princípios gerais

Os princípios da presente Convenção são:

- (a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e independência das pessoas;
- (b) A não-discriminação;
- (c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;
- (d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
- (e) A igualdade de oportunidades;
- (f) A acessibilidade;
- (g) A igualdade entre o homem e a mulher;
- (h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade.

## ARTIGO 4

### Obrigações gerais

1. Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

- (a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;
- (b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;
- (c) Levar em conta, em todos os programas e políticas, a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência;
- (d) Abster-se de participar em qualquer ato ou prática incompatível com a presente Convenção e assegurar que as autoridades públicas e instituições atuem em conformidade com a presente Convenção;
- (e) Tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação baseada em deficiência, por parte de qualquer pessoa, organização ou empresa privada;
- (f) Realizar ou promover a pesquisa e o desenvolvimento de produtos, serviços, equipamentos e instalações com desenho universal, conforme definidos no Artigo 2 da presente Convenção, que exijam o mínimo possível de adaptação e cujo custo seja o mínimo possível, destinados a atender às necessidades específicas de pessoas com deficiência, a promover sua disponibilidade e seu uso e a promover o desenho universal quando da elaboração de normas e diretrizes;
- (g) Realizar ou promover a pesquisa e o desenvolvimento, bem como a disponibilidade e o emprego de novas tecnologias, inclusive as tecnologias da informação e comunicação, ajudas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, adequados para pessoas com deficiência, dando prioridade a tecnologias de custo acessível;
- (h) Propiciar informação acessível para as pessoas com deficiência a respeito de ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, incluindo novas tecnologias, bem como outras formas de assistência, serviços de apoio e instalações;
- (i) Promover a capacitação em relação aos direitos reconhecidos pela presente Convenção dos profissionais e equipes que trabalham com pessoas com deficiência, de forma a melhorar a prestação de assistência e serviços garantidos por esses direitos.

2. Em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, cada Estado Parte se compromete a tomar medidas, tanto quanto permitirem os recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da cooperação internacional, a fim de assegurar progressivamente o pleno exercício

desses direitos, sem prejuízo das obrigações contidas na presente Convenção que forem imediatamente aplicáveis de acordo com o direito internacional.

3. Na elaboração e implementação de legislação e políticas para aplicar a presente Convenção e em outros processos de tomada de decisão relativos às pessoas com deficiência, os Estados Partes realizarão consultas estreitas e envolverão ativamente pessoas com deficiência, inclusive crianças com deficiência, por intermédio de suas organizações representativas.

4. Nenhum dispositivo da presente Convenção afetará quaisquer disposições mais propícias à realização dos direitos das pessoas com deficiência, as quais possam estar contidos na legislação do Estado Parte ou no direito internacional em vigor para esse Estado. Não haverá nenhuma restrição ou derrogação de qualquer dos direitos humanos e liberdades fundamentais reconhecidos ou vigentes em qualquer Estado Parte da presente Convenção, em conformidade com leis, convenções, regulamentos ou costumes, sob a alegação de que a presente Convenção não reconhece tais direitos e liberdades ou que os reconhece em menor grau.

5. As disposições da presente Convenção se aplicam, sem limitação ou exceção, a todas as unidades constitutivas dos Estados federativos.

## ARTIGO 5

### Igualdade e não-discriminação

1. Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante e sob a lei e que fazem jus, sem qualquer discriminação, a igual proteção e igual benefício da lei.

2. Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo.

3. A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.

4. Nos termos da presente Convenção As medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias.

## ARTIGO 6

### Mulheres com deficiência

1. Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar as mulheres e meninas com deficiência o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção.

## ARTIGO 7

### Crianças com deficiência

1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças.

2. Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, o superior interesse da criança receberá consideração primordial.

3. Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito.

## ARTIGO 8

### Conscientização

1. Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para:

- (a) Conscientizar toda a sociedade, inclusive as famílias, sobre as condições das pessoas com deficiência e fomentar o respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência;
- (b) Combater estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação a pessoas com deficiência, inclusive aqueles relacionados a sexo e idade, em todas as áreas da vida;
- (c) Promover a conscientização sobre as capacidades e contribuições das pessoas com deficiência.

2. As medidas para esse fim incluem:

- (a) Lançar e dar continuidade a efetivas campanhas de conscientização públicas, destinadas a:
  - (i) Favorecer atitude receptiva em relação aos direitos das pessoas com deficiência;
  - (ii) Promover percepção positiva e maior consciência social em relação às pessoas com deficiência;
  - (iii) Promover o reconhecimento das habilidades, dos méritos e das capacidades das pessoas com deficiência e de sua contribuição ao local de trabalho e ao mercado laboral;

- (b) Fomentar em todos os níveis do sistema educacional, incluindo neles todas as crianças desde tenra idade, uma atitude de respeito para com os direitos das pessoas com deficiência;
- (c) Incentivar todos os órgãos da mídia a retratar as pessoas com deficiência de maneira compatível com o propósito da presente Convenção;
- (d) Promover programas de formação sobre sensibilização a respeito das pessoas com deficiência e sobre os direitos das pessoas com deficiência.

## ARTIGO 9

### Acessibilidade

1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente em todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Estas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, serão aplicadas, entre outros, a:

- (a) Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações internas e externas, inclusive escolas, residências, instalações médicas e locais de trabalho;
- (b) Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência.

2. Os Estados Partes também tomarão medidas apropriadas para:

- (a) Desenvolver, promulgar e monitorar a implementação de normas e diretrizes mínimas para a acessibilidade das instalações e dos serviços abertos ao público ou de uso público;
- (b) Assegurar que as entidades privadas que oferecem instalações e serviços abertos ao público ou de uso público levem em consideração todos os aspectos relativos à acessibilidade para as pessoas com deficiência;
- (c) Propiciar, a todos os atores envolvidos, formação em relação às questões de acessibilidade com as quais as pessoas com deficiência se defrontam;
- (d) Dotar os edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público de sinalização em braile e em formatos de fácil leitura e compreensão;
- (e) Oferecer formas de assistência humana ou animal e serviços de mediadores, incluindo guias, leitores e intérpretes profissionais da língua de sinais, para facilitar o acesso aos edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público;
- (f) Promover outras formas apropriadas de assistência e apoio a pessoas com deficiência, a fim de assegurar a essas pessoas o acesso a informações;

- (g) Promover o acesso de pessoas com deficiência a novos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, inclusive à Internet;
- (h) Promover, desde a fase inicial, a concepção, o desenvolvimento, a produção e a disseminação de sistemas e tecnologias de informação e comunicação, a fim de que esses sistemas e tecnologias se tornem acessíveis a custo mínimo.

## ARTIGO 10

### Direito à vida

Os Estados Partes reafirmam que todo ser humano tem o inerente direito à vida e tomarão todas as medidas necessárias para assegurar o efetivo exercício desse direito pelas pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

## ARTIGO 11

### Situações de risco e emergências humanitárias

Em conformidade com suas obrigações decorrentes do direito internacional, inclusive o direito humanitário internacional e do direito internacional dos direitos humanos, os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar a proteção e a segurança das pessoas com deficiência em situações de risco, inclusive situações de conflito armado, emergências humanitárias e ocorrência de desastres naturais.

## ARTIGO 12

### Reconhecimento igual perante a lei

1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de ser reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei.
2. Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida.
3. Os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal.
4. Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente

e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa.

5. Os Estados-Partes, sujeitos ao disposto nesse Artigo, tomarão todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar às pessoas com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens.

## ARTIGO 13

### Acesso à justiça

1. Os Estados-Partes assegurarão o efetivo acesso das pessoas com deficiência à justiça, em igualdade de condições com as demais pessoas, inclusive mediante a provisão de adaptações processuais adequadas à idade, a fim de facilitar o efetivo papel das pessoas com deficiência como participantes diretos ou indiretos, inclusive como testemunhas, em todos os procedimentos jurídicos, tais como investigações e outras etapas preliminares.

2. A fim de assegurar às pessoas com deficiência o efetivo acesso à justiça, os Estados Partes promoverão a capacitação apropriada daqueles que trabalham na área de administração da justiça, inclusive a polícia e os funcionários do sistema penitenciário.

## ARTIGO 14

### Liberdade e segurança da pessoa

1. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

- (a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
- (b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de uma deficiência não justifique a privação de liberdade.

2. Os Estados Partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável.

## ARTIGO 15

### Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes

1. Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

## ARTIGO 16

### Prevenção contra a exploração, a violência e o abuso

1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas de natureza legislativa, administrativa, social, educacional e outras para proteger as pessoas com deficiência, tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso, incluindo aspectos relacionados a gênero.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para prevenir todas as formas de exploração, violência e abuso, assegurando, entre outras coisas, formas apropriadas de atendimento e apoio que levem em conta o gênero e a idade das pessoas com deficiência e de seus familiares e atendentes, inclusive mediante a provisão de informação e educação sobre a maneira de evitar, reconhecer e denunciar casos de exploração, violência e abuso. Os Estados Partes assegurarão que os serviços de proteção levem em conta a idade, o gênero e a deficiência das pessoas.

3. A fim de prevenir a ocorrência de todas as formas de exploração, violência e abuso, os Estados Partes assegurarão que todos os programas e instalações destinados a atender pessoas com deficiência sejam efetivamente monitorados por autoridades independentes.

4. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social de pessoas com deficiência que forem vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso. Tal recuperação e reinserção ocorrerão em ambientes que promovam a saúde, o bem-estar, o auto-respeito, a dignidade e a autonomia da pessoa e levem em consideração as necessidades de gênero e idade.

5. Os Estados Partes adotarão leis e políticas efetivas, inclusive legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças, a fim de assegurar que os casos de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência sejam identificados, investigados e, caso necessário, julgados.

## ARTIGO 17

### Proteção da integridade da pessoa

Toda pessoa com deficiência tem o direito a que sua integridade física e mental seja respeitada, em igualdade de condições com as demais pessoas.

## ARTIGO 18

### Liberdade de movimentação e nacionalidade

1. Os Estados Partes reconhecerão os direitos das pessoas com deficiência à liberdade de movimentação, à liberdade de escolher sua residência e à nacionalidade, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, inclusive assegurando que as pessoas com deficiência:

- (a) Tenham o direito de adquirir nacionalidade e mudar de nacionalidade e não sejam privadas arbitrariamente de sua nacionalidade em razão de sua deficiência;
- (b) Não sejam privadas, por causa de sua deficiência, da competência de obter, possuir e utilizar documento comprovante de sua nacionalidade ou outro documento de identidade, ou de recorrer a processos relevantes, tais como procedimentos relativos à imigração, que forem necessários para facilitar o exercício de seu direito à liberdade de movimentação;
- (c) Tenham liberdade de sair de qualquer país, inclusive do seu; e
- (d) Não sejam privadas, arbitrariamente ou por causa de sua deficiência, do direito de entrar no próprio país.

2. As crianças com deficiência serão registradas imediatamente após o nascimento e terão, desde o nascimento, o direito a um nome, o direito de adquirir nacionalidade e, tanto quanto possível, o direito de conhecer seus pais e de ser cuidadas por eles.

## ARTIGO 19

### Vida independente e inclusão na comunidade

Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

- (a) As pessoas com deficiências possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia;
- (b) As pessoas com deficiências tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as

peças com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;

- (c) Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades.

## ARTIGO 20

### Mobilidade pessoal

Os Estados Partes tomarão as medidas efetivas para assegurar às pessoas com deficiência sua mobilidade pessoal com a máxima independência possível:

- (a) Facilitando a mobilidade pessoal das pessoas com deficiência, na forma e no momento em que elas quiserem, e a custo acessível;
- (b) Facilitando às pessoas com deficiência o acesso de a tecnologias assistivas, dispositivos e ajudas técnicas de qualidade, e formas de assistência humana ou animal, inclusive tornando-os disponíveis a custo acessível;
- (c) Propiciando às pessoas com deficiência e ao pessoal especializado uma capacitação em técnicas de mobilidade;
- (d) Incentivando entidades que produzem ajudas técnicas de mobilidade, dispositivos e tecnologias assistivas a levarem em conta todos os aspectos relativos à mobilidade de pessoas com deficiência.

## ARTIGO 21

### Liberdade de expressão e de opinião e acesso à informação

Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar que as pessoas com deficiência possam exercer seu direito à liberdade de expressão e opinião, inclusive à liberdade de buscar, receber e compartilhar informações e ideias, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas e por intermédio de todas as formas de comunicação de sua escolha, conforme definido no Artigo 2 da presente Convenção, entre as quais:

- (a) Fornecer, prontamente e sem custo adicional, às pessoas com deficiência, todas as informações destinadas ao público em geral em formatos acessíveis e tecnologias apropriadas aos diferentes tipos de deficiência;
- (b) Aceitar e facilitar, em trâmites oficiais, o uso línguas de sinais, braile, comunicação aumentativa e alternativa, e de todos os demais meios, modos e formatos acessíveis de comunicação, à escolha das pessoas com deficiência;
- (c) Urgir as entidades privadas que oferecem serviços ao público em geral, inclusive por meio da Internet, a fornecer informações e serviços em formatos acessíveis, que possam ser usados por pessoas com deficiência;

- (d) Incentivar a mídia, inclusive provedores de informação pela Internet, a tornar seus serviços acessíveis a pessoas com deficiência;
- (e) Reconhecer e promover o uso de línguas de sinais.

## ARTIGO 22

### Respeito à privacidade

1. Nenhuma pessoa com deficiência, qualquer que seja seu local de residência ou tipo de moradia, estará sujeita à interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, lar, correspondência ou outros tipos de comunicação, nem a ataques ilícitos à sua honra e reputação. As pessoas com deficiência têm o direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.
2. Os Estados Partes protegerão a privacidade dos dados pessoais e relativos à saúde e à reabilitação de pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas.

## ARTIGO 23

### Respeito pelo lar e pela família

1. Os Estados-Partes tomarão as medidas efetivas e apropriadas para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas, de modo a assegurar que:
  - (a) Seja reconhecido o direito das pessoas com deficiência, em idade de contrair matrimônio, de casar-se e estabelecer família, com base no livre e pleno consentimento dos pretendentes;
  - (b) Sejam reconhecidos os direitos das pessoas com deficiência de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e espaçamento entre esses filhos e de ter acesso a informações adequadas à idade e a educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos;
  - (c) As pessoas com deficiência, inclusive crianças, conservem sua fertilidade, em igualdade de condições com as demais pessoas.
2. Os Estados Partes assegurarão os direitos e responsabilidades das pessoas com deficiência, relativos à guarda, custódia, curatela e adoção de crianças ou instituições semelhantes, caso esses conceitos constem na legislação nacional. Em todos os casos, prevalecerá o superior interesse da criança. Os Estados Partes prestarão a devida assistência às pessoas com deficiência para que essas pessoas possam exercer suas responsabilidades na criação dos filhos.
3. Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham iguais direitos em relação à vida familiar. Para a realização desses direitos e para evitar ocultação, abandono, negligência e segregação de crianças com deficiência, os Estados Partes fornecerão prontamente informações abrangentes sobre serviços e apoios a crianças com deficiência e suas famílias.

4. Os Estados Partes assegurarão que uma criança não será separada de seus pais contra a vontade destes, exceto quando autoridades competentes, sujeitas a controle jurisdicional, determinarem, em conformidade com as leis e procedimentos aplicáveis, que a separação é necessária, no superior interesse da criança. Em nenhum caso, uma criança será separada dos pais sob alegação de deficiência da criança ou de um ou ambos os pais.

5. Os Estados Partes, no caso em que a família imediata de uma criança com deficiência não tenha condições de cuidar da criança, farão todo esforço que cuidados alternativos sejam oferecidos por outros parentes e, se isso não for possível, dentro de ambiente familiar, na comunidade.

## ARTIGO 24

### Educação

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à educação. Para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados Partes assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida, com os seguintes objetivos:

- (a) O pleno desenvolvimento do potencial humano e do senso de dignidade e autoestima, além do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos, pelas liberdades fundamentais e pela diversidade humana;
- (b) O máximo desenvolvimento possível da personalidade e dos talentos e da criatividade das pessoas com deficiência, assim como de suas habilidades físicas e intelectuais,;
- (c) A participação efetiva das pessoas com deficiência em uma sociedade livre.

2. Para a realização desse direito, os Estados Partes assegurarão que:

- (a) As pessoas com deficiências não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino primário gratuito e compulsório ou do ensino secundário, sob alegação de deficiência;
- (b) As pessoas com deficiência possam ter acesso a um ensino primário inclusivo, de qualidade e gratuito, e ao ensino secundário, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem;
- (c) Adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais sejam providenciadas;
- (d) As pessoas com deficiência recebam o apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação;
- (e) Medidas de apoio individualizadas e efetivas sejam adotadas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena.

3. Os Estados Partes assegurarão às pessoas com deficiência a possibilidade de adquirir as competências práticas e sociais necessárias de modo a facilitar às pessoas com deficiência

sua plena e igual participação no sistema de ensino e na vida em comunidade. Para tanto, os Estados Partes tomarão medidas apropriadas, incluindo:

- (a) Facilitação do aprendizado do braille, escrita alternativa, modos, meios e formatos de comunicação aumentativa e alternativa e habilidades de orientação e mobilidade, além da facilitação do apoio e aconselhamento de pares;
- (b) Facilitação do aprendizado da língua de sinais e promoção da identidade linguística da comunidade surda;
- (c) Garantia de que a educação de pessoas, em particular crianças cegas, surdocegas e surdas, seja ministrada nas línguas e nos modos e meios de comunicação mais adequados ao indivíduo e em ambientes que favoreçam ao máximo seu desenvolvimento acadêmico e social.

4. A fim de contribuir para o exercício desse direito, os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para empregar professores, inclusive professores com deficiência, habilitados para o ensino da língua de sinais e/ou do braille, e para capacitar profissionais e equipes atuantes em todos os níveis de ensino. Essa capacitação incorporará a conscientização da deficiência e a utilização de modos, meios e formatos apropriados de comunicação aumentativa e alternativa, e técnicas e materiais pedagógicos, como apoios para pessoas com deficiência.

5. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino superior em geral, treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições. Para tanto, os Estados Partes assegurarão a provisão de adaptações razoáveis para pessoas com deficiência.

## ARTIGO 25

### Saúde

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

- (a) Oferecerão às pessoas com deficiência programas de atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral;
- (b) Propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;

- (c) Propiciarão esses serviços de saúde às pessoas com deficiência, o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural;
- (d) Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência;
- (e) Proibirão a discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa;
- (f) Prevenirão que se negue, de maneira discriminatória, os serviços de saúde ou de atenção à saúde ou a administração de alimentos sólidos ou líquidos por motivo de deficiência.

## ARTIGO 26

### Habilitação e reabilitação

1. Os Estados Partes tomarão as medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio dos pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para tanto, os Estados Partes organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais, de modo que esses serviços e programas:

- (a) Comecem no estágio mais precoce possível e sejam baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa;
- (b) Apoiem a participação e a inclusão na comunidade e em todos os aspectos da vida social, sejam oferecidos voluntariamente e estejam disponíveis às pessoas com deficiência o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural.

2. Os Estados Partes promoverão o desenvolvimento da capacitação inicial e continuada de profissionais e de equipes que atuam nos serviços de habilitação e reabilitação.

3. Os Estados Partes promoverão a disponibilidade, o conhecimento e o uso de dispositivos e tecnologias assistivas, projetados para pessoas com deficiência e relacionados com a habilitação e a reabilitação.

## ARTIGO 27

### Trabalho e emprego

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência ao trabalho, em igualmente de oportunidades com as demais pessoas. Esse direito abrange o direito à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. Os Estados Partes salvaguardarão e promoverão a realização do direito ao trabalho, inclusive daqueles que tiverem adquirido uma deficiência no emprego, adotando medidas apropriadas, incluídas na legislação, com o fim de, entre outros:

- (a) Proibir a discriminação baseada na deficiência com respeito a todas as questões relacionadas com as formas de emprego, inclusive condições de recrutamento, contratação e admissão, permanência no emprego, ascensão profissional e condições seguras e salubres de trabalho;
- (b) Proteger os direitos das pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais pessoas, às condições justas e favoráveis de trabalho, incluindo iguais oportunidades e igual remuneração por trabalho de igual valor, condições seguras e salubres de trabalho, além de reparação de injustiças e proteção contra o assédio no trabalho;
- (c) Assegurar que as pessoas com deficiência possam exercer seus direitos trabalhistas e sindicais, em condições de igualdade com as demais pessoas;
- (d) Possibilitar às pessoas com deficiência o acesso efetivo a programas de orientação técnica e profissional a serviços de colocação no trabalho e de treinamento profissional e continuado;
- (e) Promover oportunidades de emprego e ascensão profissional para pessoas com deficiência no mercado de trabalho, bem como assistência na procura, obtenção e manutenção do emprego e no retorno ao emprego;
- (f) Promover oportunidades de trabalho autônomo, empreendedorismo, desenvolvimento de cooperativas e o estabelecimento de negócio próprio;
- (g) Empregar pessoas com deficiência no setor público;
- (h) Promover o emprego de pessoas com deficiência no setor privado, mediante políticas e medidas apropriadas, que poderão incluir programas de ação afirmativa, incentivos e outras medidas;
- (i) Assegurar que adaptações razoáveis sejam feitas para pessoas com deficiência no local de trabalho;
- (j) Promover a aquisição de experiência de trabalho pelas pessoas com deficiência no mercado aberto de trabalho;
- (k) Promover reabilitação profissional e vocacional, manutenção do emprego e programas de retorno ao trabalho para pessoas com deficiência.

2. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência não serão mantidas em escravidão ou servidão e que serão protegidas, em igualdade de condições com as demais pessoas, contra o trabalho forçado ou compulsório.

## ARTIGO 28

### Padrão de vida e proteção social adequados

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a um padrão adequado de vida para si e para suas famílias, inclusive alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como à melhoria contínua das condições de vida, e tomarão as providências necessárias para salvaguardar e promover a realização desse direito sem discriminação baseada na deficiência.

2. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à proteção social e ao exercício desse direito sem discriminação baseada na deficiência, e tomarão as medidas apropriadas para salvaguardar e promover a realização desse direito, tais como:

- (a) Assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a serviços de saneamento básico e assegurar o acesso aos serviços, dispositivos e outros atendimentos apropriados para as necessidades relacionadas com a deficiência;
- (b) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência, especialmente de mulheres, crianças e idosos com deficiência, a programas de proteção social e de redução da pobreza;
- (c) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência e suas famílias em situação de pobreza à assistência do Estado em relação a seus gastos ocasionados pela deficiência, inclusive treinamento adequado, aconselhamento, ajuda financeira e cuidados de repouso;
- (d) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência a programas habitacionais públicos;
- (e) Assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a programas e benefícios de aposentadoria.

## ARTIGO 29

### Participação na vida política e pública

Os Estados Partes garantirão às pessoas com deficiências direitos políticos e oportunidade de exercê-los em condições de igualdade com as demais pessoas, e deverão:

- (a) Assegurar que pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na vida política e pública, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, diretamente ou por meio de representantes livremente escolhidos, incluindo o direito e a oportunidade de votarem e serem votados, mediante, entre outros:
  - (i) Garantia de que os procedimentos, instalações, materiais e equipamentos para votação sejam apropriados, acessíveis e de fácil compreensão e uso;

- (ii) Proteção do direito das pessoas com deficiência ao voto secreto em eleições e plebiscitos, sem intimidação, e a candidatar-se nas eleições, efetivamente ocupar cargos eletivos e desempenhar quaisquer funções públicas em todos os níveis de governo, usando novas tecnologias assistivas, quando apropriado;
  - (iii) Garantia de livre expressão da vontade de pessoas com deficiência como eleitores e, para tanto, sempre que necessário e a seu pedido, permissão para que elas sejam auxiliadas na votação por uma pessoa de sua escolha;
- (b) Promover ativamente um ambiente em que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e encorajar sua participação nas questões públicas, mediante:
- (i) Participação em organizações não governamentais relacionadas com a vida pública e política do país, bem como em atividades e administração de partidos políticos;
  - (ii) Formação de organizações de pessoas com deficiência em níveis internacional, regional, nacional, e local, bem como a filiação de pessoas com deficiência a tais organizações.

## ARTIGO 30

### Participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência de participar na vida cultural, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e tomarão todas as medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência possam:

- (a) Ter acesso a bens culturais em formatos acessíveis;
- (b) Ter acesso a programas de televisão, cinema, teatro e outras atividades culturais, em formatos acessíveis;
- (c) Ter acesso a locais que ofereçam serviços ou eventos culturais, tais como teatros, museus, cinemas, bibliotecas e serviços turísticos, bem como, tanto quanto possível, ter acesso a monumentos e locais de importância cultural nacional.

2. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência tenham a oportunidade de desenvolver e utilizar seu potencial criativo, artístico e intelectual, não só em benefício próprio, mas também para o enriquecimento da sociedade.

3. Os Estados Partes deverão tomar todas as providências, em conformidade com o direito internacional, para assegurar que a legislação de proteção dos direitos de propriedade intelectual não constitua uma barreira excessiva ou discriminatória ao acesso de pessoas com deficiência a bens culturais.

4. As pessoas com deficiência farão jus, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, a que sua identidade cultural e linguística específica seja reconhecida e apoiada, incluindo as línguas de sinais e a cultura surda.

5. Para que as pessoas com deficiência participem, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de atividades recreativas, esportivas e de lazer, os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para:

- (a) Incentivar e promover a maior participação possível das pessoas com deficiência nas atividades esportivas comuns em todos os níveis;
- (b) Assegurar que as pessoas com deficiência tenham a oportunidade de organizar, desenvolver e participar em atividades esportivas e recreativas específicas às deficiências e, para tanto, incentivar a provisão de instrução, treinamento e recursos adequados, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas;
- (c) Assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso aos locais de eventos esportivos, recreativos e turísticos;
- (d) Assegurar que as crianças com deficiência possam, em igualdade de condições com as demais crianças, participar de jogos e atividades recreativas, esportivas e de lazer, inclusive no sistema escolar;
- (e) Assegurar que pessoas com deficiência tenham acesso aos serviços prestados por pessoas ou entidades envolvidas na organização de atividades recreativas, turísticas, esportivas e de lazer.

## ARTIGO 31

### Estatística e coleta de dados

1. Os Estados Partes coletarão dados apropriados, inclusive estatísticos e de pesquisas, para que possam formular e implementar políticas destinadas a por em prática a presente Convenção. O processo de coleta e manutenção de tais dados deverá:

- (a) Observar as salvaguardas estabelecidas por lei, inclusive pelas leis relativas à proteção de dados, a fim de assegurar a confidencialidade e o respeito pela privacidade das pessoas com deficiência;
- (b) Observar as normas internacionalmente aceitas para proteger os direitos humanos, as liberdades fundamentais e os princípios éticos na coleta de dados e utilização de estatísticas.

2. As informações coletadas de acordo com o disposto neste Artigo serão desagregadas, de maneira apropriada, e utilizadas para avaliar o cumprimento, por parte dos Estados Partes de suas obrigações na presente Convenção e para identificar e enfrentar as barreiras com as quais as pessoas com deficiência se deparam no exercício de seus direitos.

3. Os Estados Partes assumirão responsabilidade pela disseminação das referidas estatísticas e assegurarão que elas sejam acessíveis às pessoas com deficiência e a outros.

## ARTIGO 32

### Cooperação internacional

1. Os Estados Partes reconhecem a importância da cooperação internacional e de sua promoção, em apoio aos esforços nacionais para a consecução do propósito e dos objetivos da presente Convenção e, sob esse aspecto, adotarão medidas apropriadas e efetivas entre os Estados e, de maneira adequada, em parceria com organizações internacionais e regionais relevantes e com a sociedade civil, em particular, com organizações de pessoas com deficiências. Estas medidas poderão incluir, entre outras:

- (a) Assegurar que a cooperação internacional, incluindo os programas internacionais de desenvolvimento, sejam inclusivos e acessíveis para pessoas com deficiência;
- (b) Facilitar e apoiar a capacitação, inclusive por meio do intercâmbio e compartilhamento de informações, experiências, programas de treinamento e melhores práticas;
- (c) Facilitar a cooperação em pesquisa e o acesso a conhecimentos científicos e técnicos;
- (d) Propiciar, de maneira apropriada, assistência técnica e financeira, inclusive mediante facilitação do acesso a tecnologias assistivas e acessíveis e seu compartilhamento, bem como por meio de transferência de tecnologias.

2. O disposto neste Artigo se aplica sem prejuízo das obrigações que cabem a cada Estado Parte em decorrência da presente Convenção.

## ARTIGO 33

### Implementação e monitoramento nacional

1. Os Estados Partes, de acordo com seu sistema organizacional, designarão um ou mais de um pontos focais no âmbito do Governo para assuntos relacionados com a implementação da presente Convenção e darão a devida consideração ao estabelecimento ou designação de um mecanismo de coordenação no âmbito do Governo, a fim de facilitar ações correlatas nos diferentes setores e níveis.

2. Os Estados Partes, em conformidade com seus sistemas jurídico e administrativo, manterão, fortalecerão, designarão ou estabelecerão estrutura, incluindo um ou mais de um mecanismo independente, de maneira apropriada, para promover, proteger e monitorar a implementação da presente Convenção. Ao designar ou estabelecer tal mecanismo, os Estados Partes levarão em conta os princípios relativos ao status e funcionamento das instituições nacionais de proteção e promoção dos direitos humanos.

3. A sociedade civil e, particularmente, as pessoas com deficiência e suas organizações representativas serão envolvidas e participarão plenamente no processo de monitoramento.

## ARTIGO 34

### Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências

1. Um Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (doravante denominado “Comitê”) será estabelecido, para desempenhar as funções aqui definidas.
2. O Comitê será constituído, quando da entrada em vigor da presente Convenção, de 12 peritos. Quando a presente Convenção alcançar 60 ratificações ou adesões, o Comitê será acrescido em seis, perfazendo o total de 18 membros.
3. Os membros do Comitê atuarão a título pessoal e apresentarão elevada postura moral, competência e experiência reconhecidas no campo abrangido pela presente Convenção. Ao designar seus candidatos, os Estados Partes são instados a dar a devida consideração ao disposto no Artigo 4.3 da presente Convenção.
4. Os membros do Comitê serão eleitos pelos Estados Partes, observando-se uma distribuição geográfica equitativa, representação de diferentes formas de civilização e dos principais sistemas jurídicos, representação equilibrada de gênero e participação de peritos com deficiência.
5. Os membros do Comitê serão eleitos por votação secreta em sessões da Conferência dos Estados Partes, a partir de uma lista de pessoas designadas pelos Estados Partes entre seus nacionais. Nessas sessões, cujo quórum será de dois terços dos Estados Partes, os candidatos eleitos para o Comitê serão aqueles que obtiverem o maior número de votos e a maioria absoluta dos votos dos representantes dos Estados Partes presentes e votantes.
6. A primeira eleição será realizada, o mais tardar, até seis meses após a data de entrada em vigor da presente Convenção. Pelo menos quatro meses antes da data de cada eleição, o Secretário-Geral das Nações Unidas dirigirá carta aos Estados Partes, convidando-os a submeter os nomes de seus candidatos no prazo de dois meses. O Secretário-Geral, subsequentemente, preparará lista em ordem alfabética de todos os candidatos apresentados, indicando que foram designados pelos Estados Partes, e submeterá essa lista aos Estados Partes da presente Convenção.
7. Os membros do Comitê serão eleitos para mandato de quatro anos, podendo ser candidatos à reeleição uma única vez. Contudo, o mandato de seis dos membros eleitos na primeira eleição expirará ao fim de dois anos; imediatamente após a primeira eleição, os nomes desses seis membros serão selecionados por sorteio pelo presidente da sessão a que se refere o parágrafo 5 deste Artigo.
8. A eleição dos seis membros adicionais do Comitê será realizada por ocasião das eleições regulares, de acordo com as disposições pertinentes deste Artigo.
9. Em caso de morte, demissão ou declaração de um membro de que, por algum motivo, não poderá continuar a exercer suas funções, o Estado Parte que o tiver indicado designará outro perito que tenha as qualificações e satisfaça aos requisitos estabelecidos pelos dispositivos pertinentes deste Artigo, para concluir o mandato em questão.

10. O Comitê estabelecerá suas próprias normas de procedimento.

11. O Secretário-Geral das Nações Unidas proverá o pessoal e as instalações necessários para o efetivo desempenho das funções do Comitê segundo a presente Convenção e convocará sua primeira reunião.

12. Com a aprovação da Assembleia Geral, os membros do Comitê estabelecido sob a presente Convenção receberão emolumentos dos recursos das Nações Unidas, sob termos e condições que a Assembleia possa decidir, tendo em vista a importância das responsabilidades do Comitê.

13. Os membros do Comitê terão direito aos privilégios, facilidades e imunidades dos peritos em missões das Nações Unidas, em conformidade com as disposições pertinentes da Convenção sobre Privilégios e Imunidades das Nações Unidas.

## ARTIGO 35

### Relatórios dos Estados Partes

1. Cada Estado Parte, por intermédio do Secretário-Geral das Nações Unidas, submeterá um relatório abrangente sobre as medidas adotadas em cumprimento de suas obrigações estabelecidas pela presente Convenção e sobre o progresso alcançado nesse aspecto, dentro de dois anos após a entrada em vigor da presente Convenção para o Estado Parte concernente.

2. Depois disso, os Estados Partes submeterão relatórios subsequentes, ao menos a cada quatro anos, ou quando o Comitê o solicitar.

3. O Comitê determinará as diretrizes aplicáveis ao teor dos relatórios.

4. Um Estado Parte que tiver submetido um relatório inicial abrangente não precisará, em relatórios subsequentes, repetir informações já apresentadas. Ao elaborar os relatórios ao Comitê, os Estados Partes são instados a fazê-lo de maneira franca e transparente e a levar em consideração o disposto no Artigo 4.3 da presente Convenção.

5. Os relatórios poderão apontar os fatores e as dificuldades que tiverem afetado o cumprimento das obrigações decorrentes da presente Convenção.

## ARTIGO 36

### Consideração dos relatórios

1. Os relatórios serão considerados pelo Comitê, que fará as sugestões e recomendações gerais que julgar pertinentes e as transmitirá aos respectivos Estado Parte. O Estado Parte poderá responder ao Comitê com as informações que julgar pertinentes. O Comitê poderá pedir informações adicionais aos Estados Partes, referentes à implementação da presente Convenção.

2. Se um Estado Parte atrasar consideravelmente a entrega de seu relatório, o Comitê poderá notificar o Estado de que examinará a aplicação da presente Convenção com base em informações confiáveis de que disponha, a menos que o relatório devido seja apresentado pelo Estado dentro do período de três meses após a notificação. O Comitê convidará o Estado Parte interessado a participar desse exame. Se o Estado Parte responder entregando o relatório, aplicar-se-á o dispositivo do parágrafo 1 do presente artigo.

3. O Secretário-Geral das Nações Unidas colocará os relatórios à disposição de todos os Estados Partes.

4. Os Estados Partes tornarão seus relatórios amplamente disponíveis ao público em seus países e facilitarão o acesso à possibilidade de sugestões e de recomendações gerais a respeito desses relatórios.

5. O Comitê transmitirá às agências, fundos e programas especializados das Nações Unidas e a outras organizações competentes, da maneira que julgar apropriada, os relatórios dos Estados Partes que contenham demandas ou indicações de necessidade de consultoria ou de assistência técnica, acompanhados de eventuais observações e sugestões do Comitê, em relação às referidas demandas ou indicações, a fim de que possam ser consideradas.

## ARTIGO 37

### Cooperação entre os Estados-Partes e o Comitê

1. Todo Estado Parte cooperará com o Comitê e auxiliará seus membros no desempenho de seu mandato.

2. Em suas relações com os Estados Partes, o Comitê dará a devida consideração aos meios e modos de aprimorar a capacidade de cada Estado Parte para a implementação da presente Convenção, inclusive mediante cooperação internacional.

## ARTIGO 38

### Relação do Comitê com outros órgãos

A fim de promover a efetiva implementação da presente Convenção e de incentivar a cooperação internacional na esfera abrangida pela presente Convenção:

(a) As agências especializadas e outros órgãos das Nações Unidas terão o direito de se fazer representar quando da consideração da implementação de disposições da presente Convenção que disserem respeito aos seus respectivos mandatos. O Comitê poderá convidar as agências especializadas e outros órgãos competentes, segundo julgar apropriado, a oferecer consultoria de peritos sobre a implementação da Convenção em áreas pertinentes a seus respectivos mandatos. O Comitê poderá convidar agências especializadas e outros

- órgãos das Nações Unidas a apresentar relatórios sobre a implementação da Convenção em áreas pertinentes às suas atividades;
- (b) No desempenho de seu mandato, o Comitê consultará, de maneira apropriada, outros órgãos pertinentes instituídos ao amparo de tratados internacionais de direitos humanos, a fim de assegurar a consistência de suas respectivas diretrizes para a elaboração de relatórios, sugestões e recomendações gerais e de evitar duplicação e superposição no desempenho de suas funções.

## **ARTIGO 39**

### **Relatório do Comitê**

A cada dois anos, o Comitê submeterá à Assembleia Geral e ao Conselho Econômico e Social um relatório de suas atividades e poderá fazer sugestões e recomendações gerais baseadas no exame dos relatórios e nas informações recebidas dos Estados Partes. Estas sugestões e recomendações gerais serão incluídas no relatório do Comitê, acompanhadas, se houver, de comentários dos Estados Partes.

## **ARTIGO 40**

### **Conferência dos Estados Partes**

1. Os Estados Partes reunir-se-ão regularmente em Conferência dos Estados Partes a fim de considerar matérias relativas à implementação da presente Convenção.
2. O Secretário-Geral das Nações Unidas convocará, dentro do período de seis meses após a entrada em vigor da presente Convenção, a Conferência dos Estados Partes. As reuniões subsequentes serão convocadas pelo Secretário-Geral das Nações Unidas a cada dois anos ou conforme decisão da Conferência dos Estados Partes.

## **ARTIGO 41**

### **Depositário**

O Secretário-Geral das Nações Unidas será o depositário da presente Convenção.

## **ARTIGO 42**

### **Assinatura**

A presente Convenção será aberta à assinatura de todos os Estados e organizações de integração regional na sede das Nações Unidas em Nova York, a partir de 30 de março de 2007.

## ARTIGO 43

### Consentimento em comprometer-se

A presente Convenção será submetida à ratificação pelos Estados signatários e à confirmação formal por organizações de integração regional signatárias. Ela estará aberta à adesão de qualquer Estado ou organização de integração regional que não a houver assinado.

## ARTIGO 44

### Organizações de integração regional

1. “Organização de integração regional” será entendida como organização constituída por Estados soberanos de determinada região, à qual seus Estados membros tenham delegado competência sobre matéria abrangida pela Convenção. Estas organizações declararão, em seus documentos de confirmação formal ou adesão, o alcance de sua competência em relação à matéria abrangida pela presente Convenção. Subsequentemente, as organizações informarão ao depositário qualquer alteração substancial no âmbito de sua competência.

2. As referências a “Estados Partes” na presente Convenção serão aplicáveis a essas organizações, nos limites da competência destas.

3. Para fins do parágrafo 1 do Artigo 45 e dos parágrafos 2 e 3 do Artigo 47,, nenhum instrumento depositado por organização de integração regional será computado.

4. As organizações de integração regional, em matérias de sua competência, poderão exercer o direito de voto na Conferência dos Estados Partes, tendo direito ao mesmo número de votos quanto for o número de seus Estados membros que forem Partes da presente Convenção. Essas organizações não exercerão seu direito de voto, se qualquer de seus Estados membros exercer seu direito de voto, e vice-versa.

## ARTIGO 45

### Entrada em vigor

1. A presente Convenção entrará em vigor no trigésimo dia após o depósito do vigésimo instrumento de ratificação ou adesão.

2. Para cada Estado ou organização de integração regional que ratificar ou formalmente confirmar a presente Convenção ou a ela aderir após o depósito do referido vigésimo instrumento, a Convenção entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que esse Estado ou organização tenha depositado seu instrumento de ratificação, confirmação formal ou adesão.

## ARTIGO 46

### Reservas

1. Não serão permitidas reservas incompatíveis com o objeto e o propósito da presente Convenção.
2. As reservas poderão ser retiradas a qualquer momento.

## ARTIGO 47

### Emendas

1. Qualquer Estado Parte poderá propor emendas à presente Convenção e submetê-las ao Secretário-Geral das Nações Unidas. O Secretário-Geral comunicará aos Estados Partes quaisquer emendas propostas, solicitando-lhes que o notifiquem se são favoráveis a uma Conferência dos Estados Partes para considerar as propostas e tomar decisão a respeito delas. Se, até quatro meses após a data da referida comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se manifestar favorável a essa Conferência, o Secretário-Geral das Nações Unidas convocará a Conferência sob os auspícios das Nações Unidas. Qualquer emenda adotada por maioria de dois terços dos Estados Partes presentes e votantes será submetida pelo Secretário-Geral à aprovação da Assembleia Geral das Nações Unidas e, posteriormente, à aceitação de todos os Estados Partes.
2. Qualquer emenda adotada e aprovada conforme o disposto no parágrafo 1 deste Artigo entrará em vigor no trigésimo dia após a data na qual o número de instrumentos de aceitação tenha atingido dois terços do número de Estados Partes na data de adoção da emenda. Posteriormente, a emenda entrará em vigor para todo Estado Parte no trigésimo dia após o depósito por esse Estado do seu instrumento de aceitação. A emenda será vinculante somente para os Estados Partes que a tiverem aceitado.
3. Se a Conferência dos Estados Partes assim o decidir por consenso, qualquer emenda adotada e aprovada em conformidade com o disposto no parágrafo 1 deste Artigo, relacionada exclusivamente com os s Artigos 34, 38, 39 e 40, entrará em vigor para todos os Estados Partes no trigésimo dia a partir da data em que o número de instrumentos de aceitação depositados tiver atingido dois terços do número de Estados Partes na data de adoção da emenda.

## ARTIGO 48

### Denúncia

Qualquer Estado Parte poderá denunciar a presente Convenção mediante notificação por escrito para o Secretário-Geral das Nações Unidas. A denúncia entrará tornar-se-á efetiva um ano após a data de recebimento da notificação pelo Secretário-Geral.

## ARTIGO 49

### Formatos acessíveis

O texto da presente Convenção será colocado à disposição em formatos acessíveis.

## ARTIGO 50

### Textos autênticos

Os textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês, e russo da presente Convenção serão igualmente autênticos.

EM FÉ DO QUE os plenipotenciários abaixo assinados, devidamente autorizados para tanto por seus respectivos Governos, firmaram a presente Convenção.

## Anexo D – Temas, padrões e critérios do kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS

### Tema 1. O direito a um padrão de vida adequado (Artigo 28 da CDPD)<sup>9</sup>

#### Padrão 1.1. O prédio está em boas condições físicas

##### *Critérios*

- 1.1.1 O prédio está em bom estado de conservação (por exemplo, as janelas não estão quebradas, a pintura das paredes não está descascando).
- 1.1.2 O prédio é acessível para as pessoas com deficiências físicas.
- 1.1.3 A iluminação do prédio (artificial e natural), a climatização/temperatura e a ventilação proporcionam um ambiente confortável.
- 1.1.4 Existem medidas em vigor para proteger a segurança das pessoas contra riscos ou danos em caso de incêndio.

#### Padrão 1.2. As condições de repouso e pernoite no serviço são confortáveis e permitem privacidade suficiente para os usuários

##### *Critérios*

- 1.2.1 Os quartos oferecem espaço suficiente para cada usuário do serviço e não há superlotação.
- 1.2.2 Os homens e as mulheres, bem como as crianças e os idosos possuem quartos separados.
- 1.2.3 Os usuários do serviço podem escolher livremente quando se levantar e quando deitar.
- 1.2.4 Os quartos permitem a privacidade dos usuários do serviço.
- 1.2.5 Número suficiente de roupas de cama limpas, está disponível para os usuários do serviço.
- 1.2.6 Os usuários do serviço podem manter seus pertences pessoais e existe um espaço que pode ser trancado para que os guardem.

#### Padrão 1.3. O serviço atende aos requisitos sanitários e de higiene

##### *Critérios*

- 1.3.1 Os banheiros e as instalações sanitárias são limpos e funcionam devidamente.

<sup>9</sup> O Tema 1 aplica-se especificamente a condições de vida em instituições residenciais e, portanto, não se aplica a serviços ambulatoriais; contudo, aplica-se aos serviços de cuidados diurnos.

- 1.3.2 Os banheiros e as instalações sanitárias permitem a privacidade, e há instalações separadas para homens e mulheres.
- 1.3.3 Os usuários do serviço têm acesso regular aos banheiros e às instalações sanitárias.
- 1.3.4 As necessidades relativas a banhos e uso de instalações sanitárias por usuários acamados ou com restrição da mobilidade ou outras deficiências físicas são atendidas por meio de adaptações.

#### **Padrão 1.4. Os usuários do serviço recebem alimentação, água potável e vestuário que correspondem às suas necessidades e preferências.**

##### ***Critérios***

- 1.4.1 Alimentos e água potável estão disponíveis em quantidades suficientes, são de boa qualidade e correspondem às preferências culturais e necessidades de saúde dos usuários do serviço.
- 1.4.2 Os alimentos são preparados e servidos em condições satisfatórias, e as áreas destinadas às refeições são culturalmente apropriadas e refletem os hábitos de alimentação da comunidade.
- 1.4.3 Os usuários dos serviços podem vestir suas próprias roupas e sapatos (roupas para o dia e para dormir).
- 1.4.4 Quando os usuários do serviço não possuem seu próprio vestuário, são fornecidas roupas de boa qualidade que correspondem às suas preferências culturais e são adequadas ao clima.

#### **Padrão 1.5. Os usuários do serviço podem se comunicar livremente, e seu direito à privacidade é respeitado.**

##### ***Critérios***

- 1.5.1 Telefones, cartas, e-mails e Internet estão livremente disponíveis para os usuários do serviço, sem censura.
- 1.5.2 A privacidade das comunicações dos usuários do serviço é respeitada.
- 1.5.3 Os usuários do serviço podem comunicar-se no idioma de sua escolha, e é proporcionado suporte (por exemplo, tradutores) para assegurar que os usuários possam expressar suas necessidades.
- 1.5.4 Os usuários do serviço podem receber visitantes, escolher quem desejam ver e participar em visitas em horários flexíveis.
- 1.5.5 Os usuários podem movimentar-se livremente pelo serviço.

## **Padrão 1.6. O serviço oferece um ambiente acolhedor, confortável e estimulante, que promove participação ativa e interação.**

### ***Critérios***

- 1.6.1 Existem móveis suficientes que são confortáveis e estão em boa condição.
- 1.6.2 A disposição do serviço conduz à interação entre os seus usuários, a equipe do serviço e os visitantes.
- 1.6.3 Os recursos necessários, inclusive equipamentos, são fornecidos pelo serviço para assegurar que os seus usuários tenham oportunidades para interagir e participar em atividades de lazer.
- 1.6.4 Salas dentro do serviço são especialmente destinadas como áreas de lazer para os usuários.

## **Padrão 1.7. Os usuários do serviço podem usufruir plenamente de vida social e pessoal e continuar envolvidos na vida e nas atividades comunitárias.**

### ***Critérios***

- 1.7.1 Os usuários do serviço podem interagir com outros usuários, inclusive membros do sexo oposto.
- 1.7.2 Pedidos pessoais, como para comparecer a casamentos ou funerais, são facilitados pela equipe do serviço.
- 1.7.3 Uma variedade de atividades organizadas, regularmente programadas, é oferecida no serviço e na comunidade de forma pertinente e apropriada para cada idade.
- 1.7.4 Os profissionais do serviço fornecem informações aos usuários sobre atividades na comunidade e facilitam o acesso dos usuários a estas atividades.
- 1.7.5 Os profissionais do serviço facilitam o acesso dos usuários a atividades de lazer fora do serviço, e atividades de lazer da comunidade são levadas para dentro do serviço.

## **Tema 2. O direito a usufruir do padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da CDPD).**

### **Padrão 2.1. O serviço está disponível para todos que necessitam de tratamento e apoio.**

#### ***Critérios***

- 2.1.1 Nenhuma pessoa tem o acesso negado ao serviço ou a tratamento com base em fatores econômicos ou de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza,

origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, deficiência, nascimento, idade ou outra condição.

- 2.1.2 Todos que solicitam tratamento de saúde mental recebem cuidados neste serviço ou são encaminhados para outro lugar onde os cuidados podem ser prestados.
- 2.1.3 Nenhum usuário do serviço é admitido, tratado ou mantido no serviço com base em sua raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, deficiência, nascimento, idade ou outra condição.

## **Padrão 2.2. O serviço possui profissionais qualificados e oferece atenção de boa qualidade em saúde mental.**

### ***Critérios***

- 2.2.1 O serviço possui profissionais com competências suficientemente diversas para oferecer orientação, reabilitação psicossocial, informação, educação e apoio aos usuários do serviço e a suas famílias, amigos ou cuidadores, a fim de promover uma vida autônoma e inclusão na comunidade.
- 2.2.2 Os profissionais do serviço estão informados sobre a disponibilidade e o papel de serviços comunitários e recursos para promover uma vida independente e a inclusão na comunidade.
- 2.2.3 Os usuários do serviço podem consultar um psiquiatra ou outro profissional especializado em saúde mental quando assim o desejarem.
- 2.2.4 Os profissionais do serviço são capacitados, habilitados e tem licença para prescrever e revisar medicamentos psicotrópicos.
- 2.2.5 Os profissionais recebem capacitação e informações por escrito sobre os direitos de pessoas com deficiências mentais e estão familiarizados com os padrões internacionais de direitos humanos, inclusive com a CDPD.
- 2.2.6 Os usuários do serviço estão informados e têm acesso a mecanismos para expressar suas opiniões sobre a prestação e melhoria de ações do serviço.

## **Padrão 2.3.<sup>10</sup> O tratamento, a reabilitação psicossocial e articulações para redes de apoio e outros serviços são elementos de um projeto terapêutico orientado pelas necessidades do usuário do serviço<sup>11</sup> e contribuem para sua capacidade de viver de forma independente na comunidade.**

### ***Critérios***

- 2.3.1 Cada usuário do serviço possui um projeto terapêutico abrangente, integral e individualizado que inclui seus objetivos e metas sociais, médicos, de trabalho e educação para *recovery*.

<sup>10</sup> Ver também o padrão 3.1.

<sup>11</sup> Ver o Anexo A para mais informações sobre o cuidado mental orientado para *recovery*.

- 2.3.2 O projeto terapêutico é orientado pelas necessidades do usuário do serviço, reflete suas escolhas e preferências de atendimento, é posto em prática, revisado e atualizado regularmente pelo usuário do serviço e por um membro do quadro de profissionais do serviço.
- 2.3.3 Como parte dos seus projetos terapêuticos, os usuários do serviço são incentivados a desenvolver diretivas antecipadas de vontade<sup>12</sup> para especificar as opções de tratamento e de *recovery* que desejam, bem como as que não desejam, se não forem capazes de comunicar suas escolhas em algum momento no futuro.
- 2.3.4 Todo usuário do serviço tem acesso a programas psicossociais para atender aos papéis sociais de sua escolha, desenvolvendo as habilidades necessárias para trabalho, educação ou outras áreas. O desenvolvimento de habilidades é ajustado às preferências de *recovery* da pessoa e pode incluir aprimoramento de vida e habilidades de cuidados pessoais.
- 2.3.5 Os usuários do serviço são incentivados a estabelecer uma rede de apoio social e/ou manter contato com membros de sua rede para facilitar a vida independente na comunidade. O serviço oferece atenção para vincular os seus usuários às suas famílias e amigos, em sintonia com os desejos dos usuários.
- 2.3.6 O serviço vincula os usuários com o sistema de cuidados gerais à saúde, outros níveis de serviços de saúde mental, como atendimento especializado e serviços na comunidade, como benefícios sociais, moradia, agências de emprego, serviços de cuidados diurnos e atenção domiciliar<sup>13</sup>.

## **Padrão 2.4. Medicamentos psicotrópicos estão disponíveis, são acessíveis e utilizados do modo apropriado.**

### ***Critérios***

- 2.4.1 Os medicamentos psicotrópicos apropriados (especificados na lista nacional de medicamentos essenciais) estão disponíveis no serviço ou podem ser prescritos.
- 2.4.2 Suprimento estável de medicamentos psicotrópicos essenciais está disponível, em quantidades suficientes para atender às necessidades dos usuários do serviço.
- 2.4.3 Os tipos e as doses de medicamentos são sempre apropriados para os diagnósticos clínicos dos usuários e são revisados regularmente.
- 2.4.4 Os usuários do serviço são informados sobre a finalidade dos medicamentos que lhes são oferecidos e sobre quaisquer efeitos colaterais potenciais.
- 2.4.5 Os usuários do serviço são informados sobre opções de tratamento que sejam alternativas possíveis ou que possam complementar medicamentos, como a psicoterapia.

<sup>12</sup> Uma diretiva antecipada é um documento por escrito no qual uma pessoa pode especificar escolhas com antecedência sobre cuidados de saúde, tratamento e opções de reabilitação caso se tornem incapazes de comunicar suas escolhas em algum ponto no futuro. As diretivas antecipadas podem incluir também opções de tratamento e *recovery* que uma pessoa não deseja ter e, dessa forma, pode ajudar a assegurar que não receba qualquer intervenção contra seus desejos.

<sup>13</sup> Ver também o Tema 5.

## **Padrão 2.5. Serviços adequados estão disponíveis para saúde geral e reprodutiva.**

### ***Critérios***

- 2.5.1 São oferecidos aos usuários do serviço exames de saúde e/ou rastreamento para determinadas doenças ao serem admitidos no serviço e regularmente ao longo do acompanhamento.
- 2.5.2 O tratamento para problemas de saúde em geral, inclusive vacinas, está disponível para os usuários no serviço ou por encaminhamento.
- 2.5.3 Quando procedimentos cirúrgicos ou clínicos são necessários e não podem ser fornecidos no serviço, existem mecanismos de encaminhamento para assegurar que os usuários recebam esses procedimentos de saúde em tempo oportuno.
- 2.5.4 Ações de educação e promoção da saúde são conduzidas regularmente no serviço.
- 2.5.5 Os usuários do serviço são informados e orientados sobre questões relativas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar.
- 2.5.6 São fornecidas ações de saúde geral e reprodutiva aos usuários do serviço com seu consentimento livre e informado.

## **Tema 3. O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14 da CDPD).**

### **Padrão 3.1.<sup>14</sup> As preferências dos usuários do serviço referentes ao lugar e à forma de tratamento são sempre uma prioridade.**

### ***Critérios***

- 3.1.1 As preferências dos usuários do serviço são prioritárias em todas as decisões sobre onde eles terão acesso aos serviços.
- 3.1.2 Todos os esforços são feitos para facilitar a alta, de modo que os usuários do serviço possam viver em suas comunidades.<sup>15</sup>
- 3.1.3 As preferências de usuários do serviço são prioritárias em todas as decisões sobre seu tratamento e projeto terapêutico.

<sup>14</sup> Ver também o padrão 2.3.

<sup>15</sup> O critério 3.1.2 aplica-se somente a serviços de internação; todos os outros critérios sob esse padrão aplicam-se a serviços de internação e ambulatoriais.

### **Padrão 3.2. Existem procedimentos e salvaguardas em vigor para prevenir a privação de liberdade e o tratamento sem o consentimento livre e informado.**

#### ***Crterios***

- 3.2.1 A admissão e o tratamento estão de acordo com o consentimento livre e informado dos usuários do serviço.
- 3.2.2 Os profissionais do serviço, ao oferecerem tratamento, respeitam as diretivas antecipadas de vontade dos usuários<sup>16</sup>.
- 3.2.3 Os usuários do serviço têm o direito a recusar o tratamento.
- 3.2.4 Qualquer caso de tratamento ou privação de liberdade em um serviço, sem consentimento livre e informado, é documentado e relatado rapidamente para uma autoridade legal.
- 3.2.5 As pessoas em tratamento ou privadas de liberdade em um serviço, sem seu consentimento livre e informado, são informadas sobre os procedimentos para recorrerem judicialmente sobre seu tratamento ou privação de liberdade.
- 3.2.6 O serviço apoia pessoas em tratamento ou privadas de liberdade sem seu consentimento informado para acessarem procedimentos de petições e representação legal<sup>17 15</sup>.

### **Padrão 3.3. Os usuários do serviço podem exercer sua capacidade legal e recebem o apoio<sup>18</sup> necessário para exercer sua capacidade legal.**

#### ***Crterios***

- 3.3.1 Os profissionais do serviço sempre interagem com os usuários de maneira respeitosa, reconhecendo sua capacidade para entender informações, decidir e fazer escolhas.
- 3.3.2 Informações claras e abrangentes sobre os direitos dos usuários do serviço são fornecidas por escrito e oralmente.
- 3.3.3 Informações claras e abrangentes sobre avaliação, diagnóstico, opções de tratamento e *recovery* são fornecidas aos usuários do serviço de forma que eles entendam e que lhes permita tomar decisões livres e esclarecidas.
- 3.3.4 Os usuários do serviço podem nomear e consultar-se com uma pessoa ou rede de pessoas de apoio de sua própria livre escolha para tomar decisões sobre admissão, tratamento e assuntos pessoais, legais, financeiros ou de outra natureza, e as pessoas selecionadas são reconhecidas pelos profissionais do serviço<sup>19</sup>.

<sup>16</sup> Ver também o padrão 2.3.

<sup>17</sup> Ver também o padrão 4.5.

<sup>18</sup> Ver o Anexo B para informações adicionais sobre a tomada de decisão apoiada.

<sup>19</sup> Ver o Anexo B para informações adicionais sobre a tomada de decisão apoiada.

- 3.3.5 Os profissionais respeitam a autoridade de uma pessoa ou rede de pessoas de apoio que tenham sido nomeadas para comunicar as decisões do usuário apoiado.
- 3.3.6 A tomada de decisão apoiada é o modelo predominante, e é evitada a tomada de decisão substituta.
- 3.3.7 Quando um usuário do serviço não possuir uma pessoa ou rede de pessoas de apoio e desejar indicar uma, o serviço o ajudará a ter acesso ao apoio apropriado.

### **Padrão 3.4. Os usuários do serviço têm o direito à confidencialidade e ao acesso a suas informações pessoais de saúde.**

#### ***Critérios***

- 3.4.1 Um prontuário pessoal e confidencial é criado para cada usuário do serviço.
- 3.4.2 Os usuários do serviço têm acesso às informações contidas em seus prontuários.
- 3.4.3 As informações sobre usuários do serviço são mantidas confidenciais.
- 3.4.4 Os usuários do serviço podem acrescentar informações por escrito, opiniões e comentários a seus prontuários sem censura.

## **Tema 4. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigos 15 e 16 da CDPD).**

### **Padrão 4.1. Os usuários do serviço têm o direito à prevenção contra abuso verbal, psicológico, físico e sexual e contra negligência física e emocional.**

#### ***Critérios***

- 4.1.1 Os profissionais tratam os usuários do serviço com humanidade, dignidade e respeito.
- 4.1.2 Nenhum usuário do serviço é submetido a abuso verbal, físico, sexual ou psicológico.
- 4.1.3 Nenhum usuário do serviço é exposto à negligência física ou emocional.
- 4.1.4 Procedimentos apropriados são adotados para prevenir todos os casos de abuso.
- 4.1.5 Os profissionais apoiam os usuários do serviço que já sofreram abusos a acessar o apoio que venham a necessitar.

## **Padrão 4.2. Métodos alternativos são utilizados em lugar de isolamento<sup>20</sup> e contenção<sup>21</sup> como meio para reduzir a escalada de crises potenciais.**

### ***Critérios***

- 4.2.1 Os usuários do serviço não são submetidos a isolamento ou contenção.
- 4.2.2 Existem alternativas no serviço que evitem o isolamento e contenção, e os profissionais são capacitados em técnicas de redução da escalada da crise<sup>22</sup> para intervir de forma adequada e impedir que usuários ou profissionais do serviço se machuquem.
- 4.2.3 Uma avaliação para redução da escalada de comportamento agitado ou agressivo é conduzida em consulta com o usuário em questão a fim de identificar os fatores desencadeantes<sup>23</sup> e outros que acredite serem úteis para dissipar as crises e determinar os métodos preferidos de intervenção em crises.
- 4.2.4 Os métodos preferenciais de intervenção, identificados pelo usuário, são rapidamente disponibilizados em uma crise e estão integrados ao seu projeto terapêutico singular.
- 4.2.5 Quaisquer casos de isolamento ou contenção são registrados (por exemplo: tipo, duração) e relatados ao chefe do serviço e a um órgão externo pertinente.

## **Padrão 4.3. Eletroconvulsoterapia, psicocirurgia e outros procedimentos médicos que possam ter efeitos permanentes ou irreversíveis, que sejam realizados no serviço ou encaminhados para outra referência, não devem ser realizados de forma abusiva e só podem ser administrados com o consentimento livre e informado do usuário do serviço**

### ***Critérios***

- 4.3.1 Não é realizada eletroconvulsoterapia sem o consentimento livre e informado dos usuários do serviço.
- 4.3.2 Estão disponíveis e são aplicadas diretrizes clínicas claras e baseadas em evidências sobre quando e como a eletroconvulsoterapia pode ou não ser administrada.
- 4.3.3 A eletroconvulsoterapia não é usada nunca em sua forma não modificada (ou seja, sem anestésico e relaxante muscular).

---

<sup>20</sup> “Isolamento” significa colocar um indivíduo sozinho em um quarto trancado ou área fechada da qual ele/ela esteja impedido fisicamente de sair.

<sup>21</sup> “Contenção” significa o uso de um dispositivo mecânico ou medicamento para impedir que uma pessoa movimente seu corpo.

<sup>22</sup> As técnicas de redução da escalada podem envolver: a avaliação imediata e a intervenção rápida em crises potenciais; o uso de métodos de resolução de problemas com a pessoa envolvida; ser compreensivo e reconfortante; o uso de técnicas para o gerenciamento do estresse ou de relaxamento, como exercícios respiratórios; proporcionar espaço à pessoa; oferecer escolhas; conceder tempo à pessoa para pensar.

<sup>23</sup> Fatores desencadeantes podem incluir: ser pressionado a fazer alguma coisa, ser questionado sobre alguma coisa ou estar na presença de uma pessoa com quem não se sente confortável. Os fatores que ajudam a dissipar uma crise podem incluir: ser deixado sozinho por um tempo, falar com uma pessoa em quem se confia ou ouvir música.

- 4.3.4 Nenhum menor de dezoito anos recebe eletroconvulsoterapia.
- 4.3.5 Psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis não são conduzidos sem o consentimento livre e informado do usuário e a aprovação de um conselho independente.
- 4.3.6 Abortos e esterilizações não são realizados em usuários do serviço sem o seu consentimento.

#### **Padrão 4.4. Nenhum usuário do serviço é submetido a experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento livre e esclarecido**

##### ***Crterios***

- 4.4.1 Experimentos médicos ou científicos são conduzidos somente com o consentimento livre e esclarecido dos usuários do serviço.
- 4.4.2 Os profissionais do serviço não recebem privilégios, compensação ou remuneração em troca de incentivar ou recrutar usuários para participar em experimentos médicos ou científicos.
- 4.4.3 Experimentos médicos ou científicos não são realizados se forem potencialmente nocivos ou perigosos para o usuário do serviço.
- 4.4.4 Quaisquer experimentos médicos ou científicos devem ser submetidos a um comitê de ética em pesquisa independente.

#### **Padrão 4.5. Existem garantias para prevenir a tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes ou outras formas de maus-tratos e abuso**

##### ***Crterios***

- 4.5.1 Os usuários do serviço são informados e têm acesso a procedimentos para realizar petições e queixas, em caráter confidencial, junto a um órgão judicial externo e independente, sobre questões relativas a negligência, abuso, isolamento ou contenção física, admissão ou tratamento sem consentimento informado e outros assuntos relevantes.
- 4.5.2 Os usuários do serviço estão a salvo de repercussões negativas resultantes de queixas que possam registrar.
- 4.5.3 Os usuários do serviço têm acesso a representantes jurídicos e podem se encontrar com eles em caráter confidencial.
- 4.5.4 Os usuários do serviço têm acesso a defensores para informa-los de seus direitos, discutir problemas e apoiar-los no exercício de seus direitos humanos e na realização de petições e queixas.
- 4.5.5 Ação disciplinar e/ou judicial é tomada contra qualquer pessoa que se descubra estar abusando ou negligenciando os usuários do serviço.
- 4.5.6 O serviço é monitorado por uma autoridade independente para prevenir a ocorrência de maus-tratos.

## **Tema 5. O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19 da CDPD)**

### **Padrão 5.1. Os usuários do serviço recebem apoio para ter acesso a um lugar para morar e dispor dos recursos financeiros necessários para viver na comunidade**

#### ***Critérios***

- 5.1.1 Os profissionais do serviço informam os usuários sobre opções de moradia e recursos financeiros.
- 5.1.2 Os profissionais do serviço apoiam os usuários no acesso e na manutenção de uma moradia segura, acessível e decente.
- 5.1.3 Os profissionais do serviço apoiam os usuários no acesso a recursos financeiros necessários para viver na comunidade.

### **Padrão 5.2. Os usuários do serviço podem ter acesso a oportunidades de educação e de trabalho**

#### ***Critérios***

- 5.2.1 Os profissionais do serviço fornecem aos usuários informações sobre oportunidades de educação e de trabalho na comunidade.
- 5.2.2 Os profissionais do serviço apoiam os usuários no acesso a oportunidades de educação, inclusive ensino fundamental, médio e superior.
- 5.2.3 Os profissionais apoiam os usuários do serviço no desenvolvimento profissional e no acesso a oportunidades de trabalho remunerado.

### **Padrão 5.3. O direito dos usuários do serviço a participar da vida política e pública e a exercer a liberdade de associação é apoiado**

#### ***Critérios***

- 5.3.1 Os profissionais do serviço fornecem aos usuários as informações necessárias para que participem plenamente na vida política e pública e para que desfrutem os benefícios da liberdade de associação.
- 5.3.2 Os profissionais do serviço apoiam os usuários no exercício de seu direito de voto.
- 5.3.3 Os profissionais do serviço apoiam os usuários para se reunir e participar nas atividades de organizações políticas, religiosas, sociais, de pessoas com deficiência, desabilidade mental e de outros grupos.

## **Padrão 5.4. Os usuários do serviço são apoiados para participar em atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer**

### ***Critérios***

- 5.4.1 Os profissionais do serviço fornecem aos usuários informações sobre as opções disponíveis de atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer.
- 5.4.2 Os profissionais do serviço apoiam os usuários para que participem nas atividades sociais e de lazer de sua escolha.
- 5.4.3 Os profissionais do serviço apoiam os usuários para que participem nas atividades culturais e religiosas de sua escolha.

## Anexo E – Exemplos de tamanhos de amostra para tipos diferentes de serviço, de acordo com o número de profissionais e de usuários do serviço

### **Lembrete (ver a seção 5: Estabelecer uma estrutura de avaliação)**

O número de pessoas entrevistadas depende do número de usuários e de profissionais associados ao serviço, do tamanho do serviço e do número de unidades que dispõe. Por exemplo:

- Se somente seis usuários recebem atendimento em um serviço, todos eles (100%) devem ser entrevistados.
- Se houver 16 usuários do serviço, no mínimo oito (50%) devem ser entrevistados.
- Se houver 40 ou mais usuários do serviço, pelo menos 12 (aproximadamente 30%) devem ser entrevistados.
- O número de entrevistas a serem conduzidas com familiares pode ser determinado dividindo o número de entrevistas planejadas com usuários dos serviços por dois. Por conseguinte, nos cenários acima, os números de familiares a serem entrevistados seriam três (50% do número de usuários dos serviços), quatro (50%) e seis (50%).
- O número de profissionais a serem entrevistados pode ser determinado com base nas mesmas proporções utilizadas para usuários do serviço.

Estas proporções servem somente de guia. Pode ser desnecessário realizar o número predeterminado de entrevistas se a equipe de avaliação considera já ter reunido informações suficientes para averiguar as condições de qualidade e dos direitos humanos do serviço. Por exemplo, não há sentido em entrevistar pessoas se as entrevistas não fornecerem informações adicionais importantes. Portanto, com prováveis abandonos e retiradas de consentimento, haverá frequentemente uma diferença entre os números planejados e os números reais de entrevistas conduzidas.

Não é obrigatório conduzir entrevistas em serviços de saúde geral. As comparações entre serviços de saúde mental e de saúde geral podem ser efetuadas com base em observações. Contudo, para uma comparação mais profunda, as entrevistas também podem ser conduzidas para serviços de saúde geral, utilizando as proporções acima como guia.

## Hospitais psiquiátricos

Serviço	Número total de profissionais	Número total de usuários	Número de entrevistas planejadas		
			Usuários	Familiares	Profissionais
H-1	17	70	23	12	9
H-2	18	120	40	20	9
H-3	14	65	22	11	7
H-4	22	110	37	19	11
H-5	20	125	42	21	10
Serviço de saúde geral (idealmente, terciário)	40	140	–	–	–
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>630</b>	<b>164</b>	<b>83</b>	<b>46</b>

## Unidades de internação

Serviço	Número total de profissionais	Número total de usuários	Número de entrevistas planejadas		
			Usuários	Familiares	Profissionais
N-1	2	12	12	6	2
N-2	3	4	4	2	3
N-3	4	6	6	3	4
N-4	3	8	8	4	3
N-5	2	13	13	6	2
Serviço de saúde geral (idealmente, enfermaria de internação)	6	12	–	–	–
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>14</b>

## Serviços ambulatoriais

Serviço	Número total de profissionais	Número total de usuários por semana	Número de entrevistas planejadas		
			Usuários	Familiares	Profissionais
P-1	2	120	40	20	2
P-2	3	90	30	15	3
P-3	4	60	20	10	4
P-4	3	80	26	13	3
P-5	2	130	44	22	2
Serviço de saúde geral (idealmente, ambulatorial)	4	60	–	–	–
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>540</b>	<b>160</b>	<b>80</b>	<b>14</b>

## Serviços para cuidados diurnos

Serviço	Número total de profissionais	Número total de usuários por semana	Número de entrevistas planejadas		
			Usuários	Familiares	Profissionais
D-1	2	12	12	6	2
D-2	3	4	4	2	3
D-3	4	6	6	3	4
Serviço de saúde geral (idealmente, serviço de cuidado diurno)	4	12	–	–	–
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>9</b>

## Anexo F – Modelo de termos de consentimento para entrevistados participantes em uma avaliação (a ser adaptado para o contexto nacional)

*[Instruções para o entrevistador: Leia a apresentação e o propósito da visita e da entrevista para o entrevistado. Se ainda estiver desconfiado de que ele ou ela não entendeu completamente cada cláusula, explique o significado e as implicações em termos tão simples e compreensíveis quanto possível. Certifique-se de que a pessoa está realmente fornecendo seu “consentimento esclarecido” para ser entrevistada. Se considerar que a pessoa não é capaz de assinar esse termo de consentimento por não ter entendido seu conteúdo, mesmo depois de explicar-lhe a finalidade cuidadosamente, essa pessoa não deve ser entrevistada. Em alguns casos, é possível gravar a entrevista. Quando esse for o caso, o entrevistado precisa assinar ambos os consentimentos, para ser entrevistado e para que a entrevista seja gravada].*

### Apresentação e propósito da visita e da entrevista

Meu nome é *[Nome do assessor e profissão ou histórico, se apropriado]*

Estou trabalhando como parte de uma equipe que inclui *[Nomes de outros membros da equipe de avaliação e profissões ou histórico, se apropriado]*

O propósito das entrevistas que estou conduzindo é reunir informações e as perspectivas dos profissionais, dos usuários ou residentes e de membros das famílias (ou amigos ou cuidadores) a respeito deste serviço.

Se você concordar em ser entrevistado, lhe farei perguntas sobre o próprio serviço, o cuidado e o tratamento fornecidos e os direitos das pessoas neste serviço.

Sou um “assessor independente”, o que significa que não possuo quaisquer vínculos ou obrigações com qualquer pessoa ou organização. Conduzo meu trabalho independentemente e não estou sujeito a pressões externas sobre a maneira como conduzo meu trabalho, nem posso ser influenciado para fazer alegações imprecisas ou para reter informações sobre meus achados ou meu relatório.

Ser um “assessor independente” também significa que ninguém, exceto eu e a equipe com quem trabalho, saberá o que você me contar. Apesar de estarmos compartilhando nosso relatório final com *[assinalar a caixa abaixo como apropriado]*, garantimos que seu sigilo pessoal será preservado no nosso relatório.

Para garantir que sua identidade não será divulgada, seu nome não será escrito em meu formulário de entrevista e não aparecerá no relatório final.

- Gerência do hospital
- Outros profissionais neste hospital
- Governo
- A mídia
- Organizações não governamentais
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

Caso me informe de um evento ou questão específica que você acredite que facilitará sua identificação e com o qual você não gostaria de ser vinculado, por favor, me informe para que eu tente ao máximo garantir que sua identidade esteja protegida.

As perguntas que lhe farei são extraídas de um instrumento preparado pela Organização Mundial da Saúde para avaliar e melhorar a qualidade e os direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.

Você não precisa prosseguir com essa entrevista comigo, e pode recusar-se a participar se desejar. Sua decisão de não participar será mantida confidencial. Não haverá penalidade, sanção ou outras repercussões negativas caso recuse a participação nessa entrevista.

Se concordar em responder estas perguntas, você pode parar a entrevista a qualquer momento, e sua decisão de parar a entrevista será mantida confidencial. Mais uma vez, nenhuma penalidade, sanção ou repercussões ocorrerão se não quiser finalizar essa entrevista. Algumas perguntas podem ser de natureza sensível; se desejar, não as responda, nós podemos seguir adiante para a próxima pergunta.

Eu e a equipe com a qual trabalho esperamos que as informações que obtivermos de você e de outros e das vistas e da avaliação do serviço sejam utilizadas para identificar áreas que devem ser melhoradas. Embora esperemos que essa avaliação leve a melhoras, não podemos garantir que as áreas com as quais você não esteja feliz serão modificadas. Todavia, nos empenharemos para que estas informações sejam utilizadas para provocar quaisquer mudanças positivas que possam ser necessárias.

[Quando a entrevista for gravada em fita] Gostaria de gravar essa entrevista, mas você tem o direito de que essa não seja gravada. Garantiremos que as fitas não serão dadas a outros que não sejam desta equipe de monitoramento, e que seu nome não será ligado à gravação. Mais uma vez, nenhuma penalidade, sanção ou repercussões ocorrerão se você decidir que prefere que a entrevista não seja gravada.

Se você concordar que a entrevista seja gravada, por favor, assine a parte A e a parte B no verso do termo de consentimento.

Se você concordar somente com a entrevista, mas não com a sua gravação, por favor, assine somente a parte A, no verso do termo de consentimento.

Por favor, faça-me quaisquer perguntas sobre essa entrevista antes de assinar o termo de consentimento. Você também pode me parar durante a entrevista se tiver quaisquer dúvidas a seu respeito.

A entrevista durará aproximadamente [... horas,... minutos. Informar a duração aproximada].

## Termos de consentimento

### Parte A. Consentimento para ser entrevistado

Concordo em participar em uma entrevista, cujo objetivo é reunir informações e as perspectivas dos profissionais, dos usuários e residentes e dos membros das famílias (ou amigos ou cuidadores), a respeito do próprio serviço, do cuidado e do tratamento fornecido e sobre os direitos das pessoas neste serviço.

Entendo que estou participando livremente desta entrevista, sem que esteja sendo forçado de maneira alguma para assim agir, e que tenho o direito de recusar-me a participar. Se decidir não participar, a decisão será mantida confidencial, e não haverá penalidade, sanção ou repercussões que eu sofra caso me recuse.

Entendo que posso parar essa entrevista a qualquer momento, se desejar não prosseguir, e que essa decisão será mantida confidencial e que não sofrerei nenhuma penalidade, sanção ou repercussões caso decida pôr um fim na entrevista.

Entendo que minha identidade será mantida de modo estritamente confidencial.

Entendo que esse termo de consentimento não será vinculado à ferramenta de entrevista e que permanecerá confidencial.

O propósito desta entrevista me foi explicado, e eu entendi o teor deste termo.

Nome em letras de imprensa: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### **Parte B. Consentimento para a entrevista ser gravada em fita ou vídeo**

Concordo, pelo presente, que essa entrevista seja gravada. Entendo que meu nome não será vinculado à gravação, e que ninguém será capaz de me ligar às respostas que forneço.

Nome em letras de imprensa: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### **Parte C. Consentimento para fotografias tiradas durante a entrevista**

Concordo, pelo presente, que fotografias sejam feitas. Entendo que meu nome não será vinculado às fotografias, e que ninguém será capaz de me ligar às respostas que forneço.

Nome em letras de imprensa: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

