

IASC

Inter-Agency Standing Committee

Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias



Diretrizes do IASC
sobre Saúde Mental
e Apoio Psicossocial
em Emergências Humanitárias

© Comitê Permanente Interagências 2007

ISBN: 978-87-92490-42-1

O IASC (Comitê Permanente Interagências) foi criado em 1992 como resposta à Resolução 46/182 da Assembleia Geral, que convergia para uma coordenação reforçada da assistência humanitária. A resolução estabeleceu o IASC como o mecanismo primário de facilitação de tomada de decisões interinstitucionais, em resposta a emergências complexas e desastres naturais. O IASC é formado por líderes de uma ampla gama de organizações humanitárias participantes ou não das Nações Unidas. Para obter mais informações sobre o IASC, acesse o website (em inglês):

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc>

Essa publicação do IASC será disponibilizada em diferentes idiomas e poderá ser baixada a partir do site do IASC em: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>

Fotos da página de capa: © International Rescue Committee

Apoio editorial para a versão em português: Centro de Referência para Apoio Psicossocial da Federação Internacional da Cruz Vermelha e das Sociedades do Crescente Vermelho (FICV)

Citação sugerida:

Inter-Agency Standing Committee (IASC, Comitê Permanente Interagências) (2007). Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC.

Para comentários ou sugestões para o aprimoramento desta publicação, envie um e-mail para: IASCmhps@who.int ou IASCmhps@interaction.org.

Esta tradução foi feita de forma independente pela Rede Internacional de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (MHPSS.net) e pela Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV) para as Américas. Esta não é uma publicação formal IASC.

Esta tradução foi possível graças aos esforços da Operação Zika - FICV para as Américas, o Centro de Referência de Apoio Psicossocial da FICV, e pelo Grupo de Referência IASC sobre a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em situações de emergência.

Foto capa: Visão Mundial Brasil - Recife/PE

Prefácio

O Comitê Permanente Interagências (IASC) elaborou essas Diretrizes para auxiliar atores humanitários no planejamento, estabelecimento e coordenação de um conjunto mínimo de respostas multissetoriais para proteger e melhorar a saúde mental, assim como o bem-estar psicossocial das pessoas em situações de emergência.

As populações afetadas por emergências frequentemente são expostas a um enorme sofrimento. Os atores humanitários estão cada vez mais atuantes para proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas durante e após situações de emergência. Uma deficiência significativa, no entanto, tem sido a ausência de uma estrutura multissetorial e interinstitucional que possibilite uma coordenação eficaz, identifique práticas úteis, sinalize as práticas potencialmente nocivas e esclareça como diferentes abordagens para a saúde mental e o apoio psicossocial complementam uma à outra.

As diretrizes oferecem conselhos essenciais para facilitar uma abordagem integrada para tratar as questões de saúde mental e psicossocial mais urgentes em situações de emergência.

Gostaria de agradecer aos membros da Força-Tarefa do IASC em saúde mental e apoio psicossocial em emergências, e especificamente aos co-presidentes da Força-Tarefa, à OMS e à InterAction por chegarem a um consenso interinstitucional sobre as respostas mínimas nesta importante área da ajuda humanitária.

Apelo a todos aqueles que estão envolvidos na assistência humanitária para que implantem essas diretrizes.



Kasidis Rochanakorn

Presidente, Grupo de Trabalho do Comitê Permanente Interagências
Diretor, OCHA Genebra

Agradecimentos

A Força-Tarefa do Comitê Permanente Intergências sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências deseja agradecer a todos que têm colaborado no desenvolvimento destas diretrizes.

Agradecimentos especiais às seguintes instituições que são membros da Força-Tarefa e cujas equipes ajudaram a desenvolver esse guia:

Action Contre la Faim (ACF) InterAction (co-presidente), por meio de:

- *American Red Cross (ARC)*
- *Christian Children's Fund (CCF)*
- *International Catholic Migration Commission (ICMC)*
- *International Medical Corps (IMC)*
- *International Rescue Committee (IRC)*
- *Mercy Corps*
- *Save the Children USA (SC-USA)*

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)

International Council of Voluntary Agencies (ICVA), por meio de:

- *Action Aid International*
- *CARE Austria*
- *HealthNet-TPO*
- *Médicos del Mundo (MdM-Espanha)*
- *Médecins sans Frontières Hollande (MSF-Holanda)*

- *Oxfam GB*
- *Refugees Education Trust (RET)*
- *Save the Children UK (SC-UK)*

Federação Internacional da Cruz Vermelha e das Sociedades do Crescente Vermelho (FICV)

Organização Internacional para as Migrações (IOM)

Escritório das Nações Unidas de

Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA)

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR)

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

(co-presidente)

Reconhecemos e somos, imensamente, gratos ao Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS (através de fundos do governo da Itália) e o Christian Children's Fund por dedicarem o tempo dos membros da equipe de forma substancial para a coordenação do projeto.

A Força-Tarefa agradece pelos comentários sobre as versões anteriores da matriz e/ou das Listas de Ações selecionadas por revisores individuais afiliados às seguintes organizações:

ONGs: Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CARE USA; Child Fund Afghanistan; Church of Sweden Aid; Church World Service; Community and Family Services International; Enfants Réfugiés du Monde; Fundación Dos Mundos; Global Psycho-Social Initiatives; Handicap International; Headington Institute; Human Rights Watch; Impact Foundation; International Critical Incident Stress Foundation; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Jesuit Refugee Service; Médecins Sans Frontières Switzerland; Médecins Sans Frontières Spain; Norwegian Refugee Council; Palestinian Red Crescent Society; People in Aid; Programa Psicosocial en Chiapas; Psychologues du Monde; PULIH Foundation Indonesia; Refugees International; Sangath Centre Goa; South African Institute for Traumatic Stress; STEPS Consulting Social; Tanganyika Christian Refugee Service; Terre des Hommes Foundation; The Foundation for Children and War; Turkish Red Crescent Society; War Child Holland.

Universidades: Birzeit University West Bank; Boston University; Columbia University; Harvard University; Johns Hopkins University; Karolinska Institutet; Kent State University; King's College; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Northumbria University; Pomona College; San Jose State University; State University of New York; Uniformed Services University of the Health Sciences; University of Colombo; University of Geneva; University of Jaffna; University of Lund; University of Maryland; University of Melbourne; University of New South Wales; University of Oxford; University of Pennsylvania; University of South Dakota; University of Western Sydney; University of the Philippines; Victoria University; Vrije Universiteit Amsterdam; Wageningen University.

Outros (ex.: associações profissionais, agências governamentais, consórcios, redes): American Psychiatric Association; American Psychological Association; Asian Harm Reduction Network; Canadian Forces Mental Health Services; Cellule d'Urgence Médico-Psychologique – SAMU de Paris; Centre Hospitalier Saint-Anne; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Consortium of Humanitarian Agencies Sri Lanka; Consultative Group on Early Childhood Care and Development; Department of Human Services, Melbourne; European Federation of Psychologists' Associations; Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO); Hellenic Centre of Mental Health; IASC Early Recovery Cluster; IASC Health Cluster; IASC Camp Coordination and Camp Management Cluster; Iberoamerican Eco-Bioethics Network for Education, Science and Technology; International Alliance for Child and Adolescent Mental Health and Schools; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Society for Traumatic Stress Studies;

Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict; Mangrove Psychosocial Support and Coordination Unit; Ministry of Health, Iran; Ministry of Health, Sri Lanka; Psychologists for Social Responsibility; Psychosocial Working Group; Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, Poverty and Conflict (REPSSI); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); United States Agency for International Development; World Association for Psychosocial Rehabilitation; World Federation for Mental Health; World Federation of Occupational Therapists; World Psychiatric Association.

A Força-Tarefa agradece ao Comitê de Resgate Internacional pela organização do design e da impressão e ao UNICEF e à ACNUR por financiarem a impressão destas diretrizes.

Revisão técnica da edição em Português:
Márcio Gagliato (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; & MHPSS.net).

Índice

Prefácio	iii
Agradecimentos	iv
Capítulo 1. Introdução	1
Histórico	1
Impacto das emergências na saúde mental e psicossocial	2
As diretrizes	5
Como utilizar esse documento	7
Princípios fundamentais	9
Perguntas mais frequentes	16
Capítulo 2. Matriz de intervenções	20
Capítulo 3. Listas de Ações para Resposta Mínima	30
COORDENAÇÃO	
1.1: Estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial de serviços de saúde mental e apoio psicossocial	33
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	
2.1: Realizar diagnósticos da situação em relação à saúde mental e ao apoio psicossocial	38
2.2: Iniciar sistemas participativos de monitoramento e avaliação	46
PROTEÇÃO E NORMAS DOS DIREITOS HUMANOS	
3.1: Aplicar uma estrutura de direitos humanos através de serviços de saúde mental e apoio psicossocial	50
3.2: Identificar, monitorar, prevenir e responder às ameaças e falhas de proteção através de medidas de proteção social	56
3.3: Identificar, monitorar, prevenir e responder a ameaças de proteção e abusos através de medidas de proteção jurídica	64

RECURSOS HUMANOS

- 4.1: Identificar e recrutar uma equipe e envolver voluntários que entendam a cultura local 71
- 4.2: Fazer com que a equipe cumpra os códigos de conduta e diretrizes éticas 76
- 4.3: Organizar a orientação e o treinamento de trabalhadores humanitários de serviços de saúde mental e apoio psicossocial 81
- 4.4: Prevenir e manejar os problemas de saúde mental e bem-estar psicossocial que podem ocorrer com a equipe e com os voluntários 87

APOIO E MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE

- 5.1: Facilitar as condições para a mobilização da comunidade, para que se apropriem e tenham controle das respostas de emergência em todos os setores 93
- 5.2: Facilitar a autoajuda e o apoio social na comunidade 100
- 5.3: Facilitar as condições para práticas culturais, espirituais e religiosas de recuperação da comunidades 106
- 5.4: Facilitar o apoio para crianças pequenas (0 a 8 anos) e seus responsáveis 110

SERVIÇOS DE SAÚDE

- 6.1: Incluir considerações psicológicas e sociais específicas na prestação de cuidados gerais de saúde 116
- 6.2: Fornecer acesso a serviços para pessoas com transtornos mentais graves 123
- 6.3: Atender e proteger pessoas com transtornos mentais graves e outras deficiências neurológicas e mentais, vivendo em instituições 132
- 6.4: Informar-se sobre os sistemas de saúde locais, indígenas e tradicionais e, quando apropriado, estabelecer sistemas de colaboração 136

6.5: Minimizar os danos derivados ao uso de álcool e outras substâncias	142
EDUCAÇÃO	
7.1: Melhorar o acesso à educação segura e de apoio	148
DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES	
8.1: Fornecer informações à população afetada sobre a situação de emergência, esforços de ajuda, bem como seus direitos legais	157
8.2: Fornecer acesso a informações sobre métodos de enfrentamento positivo	163
NUTRIÇÃO E SEGURANÇA ALIMENTAR	
9.1: Incluir considerações sociais e psicológicas específicas sobre a segurança do fornecimento de alimentos e apoio nutricional (segurança e dignidade a todos, respeitando as práticas culturais e funções dos membros da família)	168
ABRIGOS E PLANEJAMENTO DOS ESPAÇOS	
10.1: Incluir considerações sociais específicas sobre o planejamento do local e o fornecimento de abrigos (segurança, dignidade, assistência cultural e socialmente apropriada a todos)	174
ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO	
11.1: Incluir considerações específicas sobre o fornecimento de água e saneamento (segurança, dignidade e acesso culturalmente apropriado a todos)	179

CAPÍTULO 1

Introdução

Histórico

Os conflitos armados e os desastres naturais causam graves sofrimentos psicológicos e sociais às populações afetadas. Os impactos psicológicos e sociais de emergência podem ser acentuados em curto prazo, mas eles também podem deteriorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial da população afetada em longo prazo. Esses impactos podem ameaçar a paz, os direitos humanos e o desenvolvimento. Uma das prioridades em situações de emergência é, portanto, proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas. Para atingir esse objetivo prioritário é necessário desempenhar ações coordenadas entre todos os governos e atores humanitários não-governamentais.

No entanto, uma deficiência significativa tem sido a ausência de uma estrutura multissetorial e interinstitucional que possibilite a coordenação eficaz, identifique práticas úteis, e sinalize as práticas potencialmente nocivas, além de esclarecer como diferentes abordagens para a saúde mental e o apoio psicossocial complementam uma à outra. Esse documento visa preencher essa lacuna.

Esse guia reflete as percepções dos profissionais de diferentes regiões geográficas, disciplinas e setores e reflete um consenso emergente entre os atores sobre as práticas que são recomendáveis. A ideia central é que, na fase inicial de uma emergência, o suporte social é essencial para proteger e apoiar a saúde mental e o bem-estar psicossocial. Além disso, as diretrizes recomendam determinadas intervenções psicológicas e psiquiátricas para problemas específicos.

O termo saúde mental e apoio psicossocial é usado neste documento para descrever todo tipo de apoio local ou externo cujo objetivo seja proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar o transtorno mental. Apesar de os termos saúde mental e apoio psicossocial estarem intimamente relacionados e se sobreporem, para muitos trabalhadores assistenciais eles refletem abordagens diferentes, mas complementares.

Agências assistenciais fora do setor da saúde tendem a falar de apoiar o bem-estar psicossocial. Agências do setor de saúde tendem a falar de saúde mental, no entanto, historicamente também utilizaram os termos reabilitação psicossocial e tratamento psicossocial para descrever as intervenções não-biológicas para pessoas com transtornos mentais. As definições exatas destes termos variam entre e dentro de organizações assistenciais, disciplinas e países. Como o documento atual abrange diretrizes intersetoriais e interagências, o termo composto saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) serve para um amplo grupo de atores quanto possível e sublinha a

necessidade de abordagens diversas e complementares no fornecimento de apoio adequado.

Entretanto, há poucas evidências científicas apontando quais são os apoios à saúde mental e psicossocial mais eficazes em situações de emergência. A maioria das pesquisas nesta área tem sido realizada meses ou anos após o fim da fase aguda da emergência. A medida que esta especialidade se consolida, a base da pesquisa se ampliará, e o mesmo acontecerá com a experiência de campo dos profissionais. Para incorporar os conceitos que vão surgindo, esta publicação deverá ser atualizada periodicamente

Saúde mental e impacto psicossocial em emergências

Problemas

As situações de emergências criam diversos problemas nos níveis individual, familiar, comunitário e social. Em cada um desses níveis, as emergências fragilizam os apoios de proteção das pessoas, aumentam os riscos de diversos problemas e tendem a agravar os problemas pré-existentes de injustiça social e desigualdade. Por exemplo, desastres naturais, como inundações, normalmente têm um impacto desproporcional sobre pessoas da população mais pobre, que podem viver em lugares relativamente precários.

Os problemas de saúde mental e psicossociais em situações de emergência estão altamente interligados; e ainda podem ser de natureza, predominantemente, social ou psicológica. Problemas significativos de natureza, predominantemente, social incluem:

- Problemas sociais pré-existentes (anteriores a emergência) (por exemplo, extrema pobreza, pertencer a um grupo discriminado ou marginalizado, opressão política);
- Problemas sociais causados pela emergência (por exemplo, separação familiar, rompimento de redes sociais, destruição de estruturas comunitárias, da confiança recíproca e dos recursos, aumento da violência baseada no gênero); e
- Problemas causados pela assistência humanitária (por exemplo, enfraquecimento das estruturas comunitárias ou dos mecanismos de apoio tradicionais).

Da mesma forma, os problemas de natureza, predominantemente, psicológico incluem:

- Problemas pré-existentes (por exemplo, transtorno mental grave, abuso de álcool);
- Problemas causados pela emergência (por exemplo, alterações emocionais, depressão e ansiedade, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)); e
- Problemas causados pela assistência humanitária (por exemplo, ansiedade devido à falta de

informação sobre a distribuição de alimentos).

Assim, os problemas de saúde mental e psicossociais em situações emergências englobam muito mais do que a experiência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Pessoas com maior risco de enfrentarem problemas

Em situações de emergência, nem todos têm ou desenvolvem problemas psicológicos significativos. Inúmeras pessoas mostram resiliência, que é a capacidade de lidar relativamente bem com situações de adversidade. Existem diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos que interagem e influenciam as pessoas a desenvolverem problemas psicológicos ou a mostrarem resiliência diante da adversidade.

Dependendo do contexto de emergência, há determinados grupos de pessoas que têm maior risco de sofrerem problemas psicológicos e/ou sociais. Embora muitas formas importantes de apoio devam estar disponíveis para a população afetada por emergências em geral, um bom projeto ou programa inclui, especificamente, medidas de apoio adequadas para as pessoas em maior risco, que precisam ser identificadas em cada crise específica ([ver o capítulo 3, Lista de Ações 2.1](#)).

Todos os subgrupos de uma população podem estar potencialmente em risco, dependendo da natureza da crise. A seguir, foram listados grupos de pessoas que frequentemente têm corrido maiores risco de diversos problemas em situações de emergência:

- Mulheres (por exemplo, mulheres grávidas, mães, mães solteiras, viúvas e, em algumas culturas, as mulheres adultas solteiras e adolescentes);
- Homens (por exemplo, ex-combatentes, homens desempregados que perderam os meios para sustentar suas famílias, homens jovens em risco de detenção, sequestro ou alvos de violência);
- Crianças (desde recém-nascidos a jovens de 18 anos de idade), tais como crianças separadas ou desacompanhadas (incluindo órfãos), crianças recrutadas ou usadas por grupos ou forças armadas, crianças traficadas, crianças infratoras da lei, crianças que exercem trabalho perigoso, crianças que vivem ou trabalham nas ruas e crianças desnutridas/desestimuladas;
- Idosos (especialmente quando perderam membros da família que cuidavam deles);
- Pessoas extremamente pobres;
- Refugiados, pessoas deslocadas internamente (PDI) e migrantes em situações irregulares (especialmente tráfico de mulheres e crianças sem documentos de identificação);
- Pessoas que tenham sido expostas a eventos extremamente estressantes ou traumáticos (por

exemplo, pessoas que perderam membros da família ou seu meio de subsistência; sobreviventes de estupro e tortura, testemunhas de atrocidades, etc.);

- Membros da comunidade que sofrem de deficiências ou transtornos graves pré-existentes de ordem física, neurológica ou mental;
- Pessoas em instituições (órfãos, idosos, pessoas com deficiência ou distúrbios neurológicos ou mentais);
- Pessoas que são objeto de grande estigma social (por exemplo, grupos estigmatizados, profissionais do sexo, pessoas com transtornos mentais graves, sobreviventes de violência sexual);
- Pessoas em risco concreto de violações dos direitos humanos (por exemplo, ativistas políticos, minorias étnicas ou linguísticas, pessoas em instituições ou detenção, pessoas que já foram expostas anteriormente a violações dos direitos humanos).

É importante reconhecer que:

- Há uma grande diversidade de riscos, problemas e recursos dentro de cada um dos grupos acima mencionados.
- Algumas pessoas que são membros de um grupo em situação de risco podem ainda ter um enfrentamento relativamente bom.
- Alguns grupos (por exemplo, combatentes) podem, ao mesmo tempo, correr maiores riscos de certos problemas (por exemplo, abuso de substâncias) e menores riscos de outros problemas (por exemplo, fome).
- Alguns grupos podem estar em risco em uma determinada situação de emergência, enquanto são, relativamente, privilegiados em outra emergência.
- Quando um grupo corre riscos, outros grupos provavelmente correm riscos também (Projeto Esfera, 2004).

Ao identificarmos as pessoas que estão «em risco», não estamos sugerindo que elas sejam vítimas passivas. Embora todas as pessoas em situação de risco precisem de apoio, elas frequentemente possuem capacidades e estão em contato com redes sociais que lhes permitem contribuir para o sustento. To identify people as ‘at risk’ is not to suggest that they are passive victims. Although at-risk people need support, they often have capacities and social networks that enable them to contribute to their families and to be active in social, religious and political life.

Recursos

Os grupos afetados têm estruturas ou recursos que oferecem apoio à saúde mental e ao

bem-estar psicossocial. A natureza e a magnitude dos recursos disponíveis e acessíveis podem variar em função da idade, do gênero, do contexto sociocultural e do ambiente de emergência. Um erro frequente, ao trabalhar com saúde mental e bem-estar psicossocial, é ignorar esses recursos e se concentrar exclusivamente em deficiências – os pontos fracos, o sofrimento e as patologias – do grupo afetado.

As pessoas afetadas têm recursos, tais como habilidades na resolução de problemas, modos de comunicação, formas de negociação e maneiras de auto-sustento. Entre os exemplos de recursos sociais de alto potencial de apoio, pode-se mencionar as famílias, os funcionários do governo local, os líderes comunitários, os curandeiros tradicionais (em muitas sociedades), os agentes comunitários de saúde, os professores, os grupos de mulheres, os grupos de jovens e de planejamento comunitário, entre muitos outros. As comunidades afetadas podem ter recursos econômicos como poupança, terras, plantações e animais; recursos educacionais, tais como escolas e professores; e recursos de saúde, tais como agentes e postos de saúde. Entre os principais recursos religiosos e espirituais, pode-se mencionar os líderes religiosos, curandeiros locais, práticas de oração e adoração; e práticas culturais próprias, como rituais de sepultamento.

Para planejar uma resposta adequada para uma emergência, é importante conhecer a natureza dos recursos locais, se são úteis ou prejudiciais e a até que ponto as pessoas afetadas têm acesso a eles. De fato, algumas práticas locais – desde certas práticas culturais ou tradicionais até as formas de atenção em muitas instituições privadas – podem até ser prejudiciais e violarem os direitos humanos básicos (ver as Listas de Ações 5.3, 6.3 e 6.4).

As diretrizes

Finalidade destas diretrizes

O objetivo principal dessas diretrizes é possibilitar que os atores humanitários e as comunidades planejem, estabeleçam e coordenem um conjunto de respostas multissetoriais mínimas para proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas em uma emergência. **O foco destas diretrizes está na implementação de respostas mínimas, que são respostas essenciais e de alta prioridade que devem ser implementadas o mais rápido possível em uma situação de emergência.** As respostas mínimas são as primeiras coisas que devem ser feitas; são os primeiros passos essenciais que estabelecem a base para os esforços mais abrangentes que podem ser necessários (incluindo as que são necessárias durante a fase inicial de reconstrução, uma vez estabilizada a situação).

Para complementar o enfoque centrado na resposta mínima, as diretrizes também indicam estratégias específicas de saúde mental e apoio psicossocial que devem ser consideradas antes e

depois da fase aguda da emergência. Essas medidas a serem adotadas “antes” (preparação para emergências) e “depois” (resposta abrangente) estabelecem um contexto para esta resposta mínima e enfatizam que ela é apenas o ponto de partida para um apoio mais abrangente ([ver capítulo 2](#)).

Embora essas diretrizes tenham sido escritas para serem usadas em países de baixa e média renda (onde normalmente atuam as agências que são membros do Comitê Permanente Interagências (IASC)), o quadro geral e muitas partes do guia são também recomendações para emergências de grande escala em países de alta renda.

Público-alvo

Essas orientações foram concebidas para serem usadas por todos os trabalhadores humanitários, incluindo as organizações da própria comunidade, autoridades governamentais, organismos das Nações Unidas, organizações não-governamentais (ONGs) e doadores que realizam operações em situações de emergência em escala local, nacional e internacional.

Essas diretrizes não estão destinadas a determinadas agências ou projetos em particular. **A implantação das diretrizes requer uma extensa colaboração entre os diversos atores humanitários: não se espera que nenhuma comunidade ou agência sozinha tenha a capacidade de implementar todas as respostas mínimas necessárias em uma situação de emergência. As orientações devem ser acessíveis a todos os atores humanitários para organizar colaborativamente os apoios necessários.** É de particular importância que em cada etapa haja o envolvimento ativo das comunidades e autoridades locais, cuja participação é essencial para garantir ações coordenadas eficazes, melhorar as capacidades locais e alcançar a sustentabilidade nas ações empreendidas. Para maximizar esses aspectos, as diretrizes devem ser traduzidas para todas as línguas locais relevantes.

Essas orientações não se destinam exclusivamente aos que trabalham com saúde mental e apoio psicossocial. Nas Listas de Ações deste guia, há diversos pontos que recomendam ações de apoio sociais relevantes para as esferas básicas do trabalho humanitário, como gestão em casos de desastres, direitos humanos, proteção, saúde em geral, educação, água e saneamento, segurança alimentar e nutrição, abrigo, gestão de campo, desenvolvimento comunitário e comunicação social. Os profissionais de saúde mental raramente trabalham nessas esferas, mas são incentivados a utilizarem esse documento para promovê-lo entre as comunidades e colegas de outras disciplinas, para assegurar que sejam adotadas medidas adequadas para tratar dos fatores de risco sociais que afetam a saúde mental e o bem-estar psicossocial. No entanto, as formas clínicas e especializadas de apoio psicológico ou psiquiátrico indicadas nas orientações somente devem ser implementadas sob a liderança de profissionais de saúde mental.

Panorama das diretrizes

A estrutura dessas diretrizes do IASC é compatível com os dois documentos anteriores do IASC:) *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings (Diretrizes para as intervenções para o HIV/AIDS em situações de emergência)* (IASC, 2003) e *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings (Diretrizes para intervenções em casos de violência de gênero em situações humanitária)* (IASC, 2005). Em todos esses três documentos do IASC incluem matrizes que detalham as ações recomendadas em diferentes fases de uma emergência e um conjunto de Listas de Ações que explica como implementar os elementos de resposta mínima identificados na coluna do meio (Resposta Mínima) da matriz. As diretrizes atuais contêm 25 Listas de Ações (ver capítulo 3).

A matriz (apresentada no capítulo 2) fornece uma visão geral das principais intervenções recomendadas para proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial. As três colunas da matriz contêm:

- Medidas de preparação para emergências, que devem ser tomadas antes que ocorram situações de emergência;
- Respostas mínimas para serem implementadas durante a fase aguda da emergência; e
- Respostas abrangentes para serem implementadas, uma vez que as respostas mínimas foram feitas. Normalmente, isto ocorre durante a fase inicial de reconstrução, uma vez estabilizada a situação.

As Listas de Ações destacam a importância de medidas multissetoriais coordenadas. Portanto, cada lista inclui (hiper-) ligações, indicadas na cor [turquesa](#), relativas às listas de ações em outras esferas e setores.

Cada lista de ações consiste em um histórico/justificativa; descrições das ações-chave; indicadores de processo; um exemplo de boa prática em situações de emergência anteriores; e uma lista de materiais de referência para mais informações. Quase todos os materiais de referência listados estão disponíveis pela internet e também estão incluídos no CD-ROM em anexo.

Como utilizar esse documento

Talvez não seja possível ler o documento do começo ao fim durante uma emergência. Ele pode ser lido seletivamente, focando os itens que têm maior relevância para as responsabilidades

ou capacidades do leitor. **Uma boa maneira de começar é ler a matriz, focando na coluna central da resposta mínima, buscar os itens de maior relevância e ir diretamente para as Listas de Ações correspondentes.**

É importante lembrar que não se espera que nenhuma organização individualmente implemente todos os elementos indicados nas diretrizes.

As orientações visam fortalecer as ações de todos os atores da resposta humanitária em situações de emergência, desde a preparação anterior a emergência, passando por todas as etapas de planejamento, implementação e avaliação do programa de resposta. Elas são especialmente úteis como uma ferramenta para fortalecer a coordenação e promoção (advocacy).

Coordenação

Em uma emergência, uma das tarefas mais importantes e mais complexas é a coordenação da assistência. Esse documento fornece informações detalhadas sobre coordenação ([ver Lista de Ações 1.1](#)) e é uma ferramenta útil em dois outros aspectos. Primeiro, ele estipula que quando se mobiliza pela primeira vez uma resposta de emergência, é preciso estabelecer um único grupo de coordenação que aborde todos os aspectos de saúde mental e apoio psicossocial. A justificativa para isto é que as ações de saúde mental e apoio psicossocial, tanto dentro como fora do setor da saúde, se reforçam e se complementam mutuamente (mesmo que no passado elas muitas vezes foram organizadas separadamente nos setores da saúde e proteção, respectivamente). Por cada um ter uma importância vital um para o outro, é essencial que se coordene os dois. Se não existe nenhum grupo de coordenação ou se houver grupos de coordenação separados para saúde mental e apoio psicossocial, é possível utilizar essas diretrizes para defender a criação de um grupo que englobe as respostas para SMAPS.

Em segundo lugar, as diretrizes – e em particular, a matriz – fornecem pontos de referência que podem ser usados para julgar a extensão em que as respostas mínimas estão sendo implementadas em uma determinada comunidade. Todos os itens listados na matriz, que não estiverem sendo implementados, podem constituir lacunas que precisam ser tratadas. A esse respeito, a matriz oferece uma orientação útil ao grupo de coordenação.

Promoção de melhores apoios

Como uma ferramenta de promoção (advocacy), as diretrizes são úteis para defender a necessidade de certos tipos de respostas. Dado que elas refletem um consenso interinstitucional e das percepções de inúmeros profissionais de todo o mundo, as diretrizes contam com um sólido

respaldo de diversas agências e atores humanitários. Por esta razão, é uma ferramenta útil tanto para tratar das deficiências como para promover as respostas recomendadas – ou seja, as respostas mínimas prioritárias – a medida que ocorre a emergência.

Por exemplo, em uma situação em que estão sendo criados programas setoriais que não são participativos, as diretrizes podem ser usadas para defender as diferentes partes interessadas para desenvolverem uma abordagem mais participativa e fornecerem os motivos para os quais elas seriam benéficas. Da mesma forma, se crianças muito jovens estiverem em risco e não receberem nenhum tipo de apoio, a Lista de Ações 5.4 poderia ser usada para promover o estabelecimento de apoios adequados ao desenvolvimento na primeira infância.

Uma parte importante das tarefas de promoção é colaborar com os demais atores a fim de desenvolver serviços apropriados de saúde mental e apoio psicossocial. O diálogo com os demais parceiros sejam ONGs, governos ou funcionários da ONU, pode ajudar a orientá-los, quando necessário, sobre os tipos de práticas descritas neste documento. As diretrizes também podem ser utilizadas para tarefas de promoção de outras maneiras. Por exemplo, a inclusão de uma coluna de resposta abrangente na matriz facilita o desenvolvimento do planejamento de longo prazo (por exemplo, para incorporar os serviços de saúde mental no sistema de saúde do país em questão).

No entanto, essas orientações não devem ser usadas como um “livro de receitas”. Embora a matriz sugira medidas que devem ser a resposta mínima em muitas situações de emergência, deve ser realizada uma análise da situação local para identificar mais precisamente as maiores necessidades, especificar as medidas prioritárias e orientar uma resposta que seja apropriada social e culturalmente.

As diretrizes não dão detalhes de implementação, mas contêm uma Lista das Ações fundamentais com explicações breves e materiais de referências relativos à execução.

Princípios fundamentais

1. Direitos humanos e igualdade

Os atores humanitários devem promover os direitos humanos de todas as pessoas afetadas e proteger os indivíduos e os grupos que correm maior risco de violações de seus direitos. Além disso, eles também devem promover a igualdade e a não discriminação. Ou seja, eles devem procurar maximizar a igualdade na disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde mental e

apoio psicossocial para as populações afetadas, que respondam às necessidades identificadas, independente de gênero, faixa etária, grupos étnicos ou linguísticos, e localidades.

2. Participação

A ação humanitária deve maximizar a participação das populações afetadas na resposta humanitária. Na maioria das situações de emergência, um número significativo de pessoas apresentam resistência suficiente para participar nos esforços de socorro e reconstrução. Em muitos casos, o apoio de saúde mental e psicossocial vem das próprias comunidades afetadas, em vez de organizações externas. As comunidades afetadas incluem tanto as populações deslocadas como as anfitriãs que, normalmente, são compostas de vários grupos, que podem competir um com o outro. A participação deve possibilitar que os diferentes grupos locais retenham ou retomem o controle sobre as decisões que afetam suas vidas e que estabeleçam um sentido de apropriação local imprescindível para alcançar a qualidade, a igualdade e a sustentabilidade dos programas. Desde a primeira fase de uma emergência, os residentes locais devem participar o máximo possível do diagnóstico da situação, elaboração, implementação, monitoramento e da avaliação das intervenções.

3. Sem causar dano

A assistência humanitária é um importante meio para ajudar as pessoas afetadas por situações de emergência, mas essa ajuda também pode causar danos não intencionais (Anderson, 1999). O trabalho nos serviços de saúde mental e apoio psicossocial tem uma possibilidade de causar prejuízos porque lida com questões altamente sensíveis. Também, esse trabalho não conta com uma extensa evidência científica, como dispõem algumas outras disciplinas. Os profissionais humanitários podem reduzir o risco de danos de diversas formas, tais como:

- Participando de grupos de coordenação para aprender com os outros profissionais e minimizar a duplicação e as lacunas na resposta;
- Concebendo intervenções com base em informações completas e suficientes ([ver Lista de Ações 2.1](#));
- Comprometendo-se a avaliar e a aceitar auditorias e revisões externas;
- Desenvolvendo a sensibilidade cultural e competência nas áreas em que eles intervêm/trabalham;
- Atualizando-se sobre os dados relativos às práticas mais eficazes; e

- Compreendendo os princípios de direitos humanos, as relações de poder entre estrangeiros e as pessoas locais afetadas pela emergência, e o valor das abordagens participativas, de forma consistente.

4. Construção sob capacidades e recursos disponíveis

Conforme descrito acima, todos os grupos afetados têm bens ou recursos que oferecem apoio à saúde mental e ao bem-estar psicossocial. Um princípio-chave – mesmo nos estágios iniciais de emergência – é a promoção de capacidades locais, apoiando a autoajuda e o fortalecimento de recursos já presentes. Com frequência, os programas impulsionados e implementados externamente, muitas vezes, levam a soluções inadequadas de SMAPS com limitada sustentabilidade. Sempre que possível, é importante promover a capacidade da sociedade civil e do governo. Em cada camada da pirâmide (ver Figura 1), as principais tarefas são identificar, mobilizar e fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, famílias, comunidades e sociedades locais.

5. Sistemas integrados de apoio

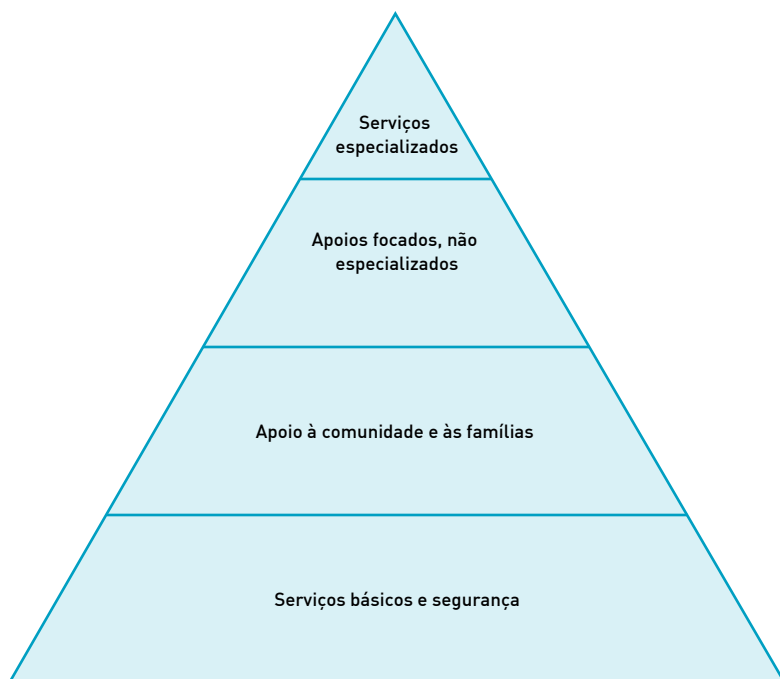
As atividades e a programação devem ser integradas na medida do possível. A proliferação de serviços independentes, como aqueles que lidam apenas com sobreviventes de violência sexual ou apenas com pessoas com um diagnóstico específico, como o TEPT, podem criar um sistema altamente fragmentado. As atividades integradas em sistemas mais amplos (por exemplo, mecanismos existentes de apoio comunitário, sistemas de ensino formal e não formal, serviços gerais de saúde, serviços gerais de saúde mental, serviços sociais, etc.) tendem a alcançar mais pessoas, muitas vezes são mais sustentáveis e tendem a carregar menos estigma.

6. Apoios em diversos níveis

Em emergências, as pessoas são afetadas de formas diferentes e requerem diferentes tipos de apoios. Uma chave para a organização da saúde mental e apoio psicossocial é desenvolver um sistema em níveis de apoios complementares que atendam às necessidades de diferentes grupos. Isso pode ser ilustrado por uma pirâmide (ver Figura 1). Todos os níveis da pirâmide são importantes e, idealmente, devem ser implementados simultaneamente.

i. Serviços básicos e segurança É necessário proteger o bem-estar de todas as pessoas através do (re)estabelecimento da segurança, de uma governança adequada e de serviços que atendam às necessidades físicas básicas (alimentação, abrigo, abastecimento de água, serviços básicos de

Figura 1. Pirâmide de intervenções para os serviços de saúde mental e apoio psicossocial em emergências. Abaixo está a descrição de cada nível.



saúde, controle de doenças transmissíveis). Na maioria das emergências, especialistas em setores como alimentação, saúde e abrigo fornecem serviços básicos. Uma resposta para a necessidade de serviços básicos e de segurança de acordo com a SMAPS pode incluir: promover que esses serviços sejam colocados em prática pelos profissionais responsáveis; documentar seu impacto na saúde mental e no bem-estar psicossocial; e influenciar os atores humanitários para realizá-los de uma maneira que promova a saúde mental e o bem-estar psicossocial.

Esses serviços básicos devem ser estabelecidos de forma participativa, segura e socialmente adequada; e que protejam a dignidade da população local, fortaleçam os apoios sociais locais e mobilizem as redes comunitárias ([ver Lista de Ações 5.1](#)).

ii. Apoio à comunidade e às famílias. O segundo nível representa a resposta de emergência para um número menor de pessoas que são capazes de manter sua saúde mental e seu bem-estar psicossocial se receberem ajuda para ter acesso aos principais serviços de apoios da comunidade

e famílias. Na maioria das emergências, há interrupções significativas das redes familiares e comunitárias devido à perda, deslocamento, separação familiar, medos e desconfiança na comunidade. Além disso, mesmo quando as redes familiares e comunitárias permanecem intactas, as pessoas em situações de emergência são beneficiadas ao receberem ajuda para acessarem maiores apoios comunitários e familiares. Neste nível, entre as principais respostas inclui o rastreamento e reunificação familiar, auxílio no processo de luto e cerimônias comunitárias para recuperação, comunicação em massa sobre os métodos de como enfrentar a situação, programas de apoio aos pais, atividades educacionais formais e não-formais, atividades de subsistência e a ativação das redes sociais, por meio, por exemplo, de grupos de mulheres e clubes de jovens.

iii. Apoios focados não especializados. O terceiro nível representa o apoio necessário para um número ainda menor de pessoas que, além desses, precisam de mais intervenções concentradas no nível individual, familiar ou de grupo por parte de profissionais da saúde treinados e supervisionados (os quais, porém, não tiveram anos de formação em cuidados especializados). Por exemplo, os sobreviventes de violência baseada no gênero talvez necessitem que os agentes comunitários lhes ofereçam uma combinação de apoio emocional e de sustento. Esse nível também inclui elementos de Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) e de cuidados básicos de saúde mental oferecidos pelos profissionais de cuidados de saúde primários.

iv. Serviços especializados. O nível superior da pirâmide representa o apoio adicional necessário para a pequena porcentagem da população cujo sofrimento, apesar dos suportes já mencionados, é intolerável e que podem ter dificuldades significativas no funcionamento diário básico. Essa assistência deve incluir apoio psicológico ou psiquiátrico para pessoas que sofrem de transtornos mentais graves sempre que suas necessidades excederem as capacidades dos serviços de saúde primários ou de saúde em geral existentes. Tais problemas exigem (a) encaminhamento para serviços especializados, se eles existirem, ou (b) início de treinamento de longo prazo e supervisão dos prestadores de cuidados de saúde primários ou de saúde em geral. Embora serviços especializados sejam necessários apenas para uma pequena porcentagem da população, na maioria das grandes emergências, esse grupo representa milhares de indivíduos.

A singularidade de cada emergência e a diversidade de culturas e contextos sociais e históricos tornam desafiador determinar normas universais de boas práticas. No entanto, a experiência em muitas emergências diferentes indica que algumas ações são aconselháveis, assim como outras devem ser evitadas. Elas estão identificadas abaixo como “O Que Fazer” e “O Que Não Fazer”, respectivamente

O Que Fazer	O Que Fazer
Estabelecer um grupo de coordenação geral para os serviços de saúde mental e apoio psicossocial.	Não se deve criar grupos separados para a saúde mental ou apoio psicossocial ou grupos que não se comunicam ou não se coordenam com o outro.
Apoiar uma resposta integrada, participando de reuniões de coordenação e agregando valor ao complementar o trabalho dos demais.	Não funcionar de forma isolada ou sem pensar como o próprio trabalho se encaixa com o dos outros
Coletar e analisar informações para determinar se uma resposta é necessária e, em caso afirmativo, que tipo de resposta.	Não duplicar diagnósticos de situação ou aceitar dados preliminares de forma acrítica.
Adaptar os instrumentos de diagnósticos da situação aos contexto local.	Não usar ferramentas de diagnóstico da situação que não tenham sido validadas no contexto local.
Reconhecer que as pessoas são afetadas pelas emergências de maneiras diferentes. Pessoas mais resilientes podem parecer bem, ao mesmo tempo, outras podem estar severamente afetadas e podem precisar de apoios especializados.	Não presumir que todas as pessoas em caso de emergência estejam traumatizadas ou que as pessoas que parecem resilientes não precisam de nenhum apoio.
Fazer perguntas na língua ou línguas locais e de forma segura que respeite a confidencialidade.	Não duplicar as avaliações da situação ou fazer muitas perguntas que causam inquietação sem oferecer um acompanhamento de apoio.
Prestar atenção às diferenças de gênero.	Não presumir que as emergências afetem homens e mulheres (ou meninos e meninas) exatamente da mesma forma, ou que programas concebidos para homens vão ser de igual ajuda ou acessibilidade para as mulheres.
Verificar as referências ao recrutar pessoal e voluntários e promover a capacidade dos novos trabalhadores da comunidade local e/ou afetada.	Não usar práticas de recrutamento que enfraqueçam grandemente as estruturas locais existentes.
Após treinamentos sobre saúde mental e apoio psicossocial, fornecer supervisão de acompanhamento e controle para assegurar que as intervenções são implementadas corretamente.	Não usar treinamentos independentes, de um dia ou muito curtos, sem acompanhamento ao preparar pessoas para realizar intervenções psicológicas complexas.
Facilitar o desenvolvimento de programas apropriados, gerenciados e executados pelas comunidades.	Não usar um modelo de caridade que trate as pessoas da comunidade principalmente como receptores de serviços.
Promover capacidades locais, apoiando a autoajuda e fortalecendo os recursos já presentes nos grupos afetados.	Não organizar apoios que prejudiquem ou ignorem as capacidades e as responsabilidades locais.

O Que Fazer	O Que Fazer
Conhecer e, quando apropriado, utilizar as práticas locais para apoiar os residentes locais.	Não presumir que todas as práticas culturais locais são úteis ou que todas os residentes locais apoiam determinadas práticas.
Usar métodos de fora da cultura quando apropriado.	Não presumir que métodos externos são necessariamente melhores ou impor à população local maneiras que marginalizam práticas e crenças locais sobre as formas corretas de apoio.
Promover capacidades governamentais e integrar cuidados de saúde mental para sobreviventes de emergência em serviços gerais de saúde e, se disponível, nos serviços de saúde mental comunitário.	Não criar serviços de saúde mental paralelos para determinados subgrupos da população.
Organizar o acesso a diversos serviços de apoio, incluindo primeiros-cuidados psicológicos, para pessoas em sofrimento psicológico agudo após serem expostas a acontecimentos extremos.	Não fornecer medidas extraordinárias, sessão única de avaliação psicológica para pessoas da população em geral como intervenção imediata após exposição a conflitos ou desastres naturais.
Treinar e supervisionar os agentes de cuidados básicos/gerais de saúde, recomendando boaspráticas de prescrição de medicamentos e de apoio psicológico básico.	Não fornecer medicamentos psicotrópicos ou apoio psicológico sem treinamento e supervisão.
Usar medicamentos genéricos que estão na lista de medicamentos essenciais do país.	Não introduzir medicamentos novos ou de marca onde esses medicamentos não são usados.
Estabelecer sistemas eficazes de encaminhamento e apoio a pessoas gravemente afetadas.	Não estabelecer um sistema de triagem de pessoas com transtornos mentais sem ter serviços apropriados e acessíveis para cuidar das pessoas identificadas.
Elaborar soluções de cuidados que sejam localmente apropriados para pessoas em risco de serem internadas.	Não internar as pessoas em instituições (a menos que seja temporariamente, um último e indiscutível recurso de cuidado básico e de proteção).
Colaborar com os profissionais de comunicação da Agência para promover a comunicação bidirecional com a população afetada, bem como com o mundo exterior.	Não utilizar os profissionais de comunicação das Agências para se comunicar apenas com o mundo exterior.
Usar os meios de comunicação em massa para fornecer informações precisas que reduzem o estresse e possibilite que as pessoas acessem os serviços de assistência humanitária.	Não criar ou mostrar nas mídias imagens que sensacionalizem o sofrimento do povo ou que coloquem as pessoas em risco.
Buscar a integração de considerações psicossociais em todos os setores da assistência humanitária.	Não se concentrar exclusivamente nas atividadesclínicas na ausência de uma resposta multissetorial.

Perguntas mais frequentes

1. O que se entende por saúde mental e apoio psicossocial?

Saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS – sigla em inglês, MHPSS) é um termo composto usado nestas diretrizes para descrever qualquer tipo de apoio local ou externo cujo objetivo seja proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar o transtorno mental.

2. Por que as diretrizes usam os termos saúde mental e apoio psicossocial sobrepostos?

Para muitos trabalhadores humanitários esses termos, intimamente relacionados, refletem abordagens diferentes, mas complementares. As organizações fora do setor da saúde tendem a falar de *apoio ao bem-estar psicossocial*. Os profissionais da área da saúde tendem a falar de *saúde mental*, mas historicamente também utilizaram os termos *tratamento psicossocial* e *reabilitação psicossocial* para descrever as intervenções não biológicas para pessoas com transtornos mentais. As definições exatas destes termos variam entre e dentro de diferentes organizações de assistência, disciplinas e países.

3. Essas orientações são apenas para profissionais de saúde mental?

Não, esta publicação oferece orientação sobre como uma ampla gama de atores de diversos setores pode proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial. No entanto, uma “Lista de Ações” abrangem intervenções clínicas que devem ser implementadas apenas sob a liderança de profissionais de saúde mental.

4. Por que essas diretrizes abrangem setores que não estão dentro do âmbito tradicional ou especializações dos profissionais de saúde mental?

Existe um crescente consenso interagências de que as questões psicossociais envolvem todos os setores de trabalho humanitário, devido a maneira pela qual a ajuda é implementada (por exemplo, respeitando ou não a dignidade das pessoas) afeta o bem-estar psicossocial. Um paralelo pode ser indicado com ações multissetoriais para controlar a mortalidade. As taxas de mortalidade são afetadas não só pelas campanhas de vacinação e pelos serviços de saúde, mas também por ações em outros setores, como água e saneamento, nutrição, segurança de alimentos e abrigo. Da mesma forma, o bem-estar psicossocial é afetado quando os abrigos estão superlotados e os serviços sanitários colocam mulheres em risco de violência sexual.

5. As diretrizes se concentram nas respostas mínimas em situações de emergências, mas o que é uma emergência e o que é uma resposta mínima?

Os documentos anuais do Processo de Apelo Consolidado do IASC (PAC) (www.reliefweb.int) fornecem exemplos úteis das situações que o IASC considera como emergências. Essas incluem situações decorrentes de conflitos armados e desastres naturais (incluindo crises alimentares) em que grandes segmentos da população estão em risco agudo de morte, imenso sofrimento e/ou perdendo sua dignidade.

Respostas mínimas são respostas essenciais de alta prioridade que devem ser implementadas o mais rapidamente possível em caso de emergência. Respostas abrangentes devem apenas ser implementadas depois de se certificar de que a população tem acesso pelo menos à resposta mínima.

6. Essas diretrizes são muito amplas. Como um ator humanitário (Agência, comunidade) consegue fazer tudo isso? Todas as listas de ações devem ser implementadas em todas as emergências?

Não se espera que nenhuma comunidade ou organização tenha a capacidade de implementar todas as intervenções de resposta mínima necessárias durante uma emergência. A orientação das diretrizes não se dirige a organizações ou projetos individuais. Dado que essas diretrizes são *interagências*, elas exigem uma ação coordenada por atores diferentes para implementar seus vários elementos. Além disso, as ações descritas como *resposta mínima* nas diretrizes serão, provavelmente, respostas mínimas na maioria das emergências, mas não em todas. É imprescindível analisar a situação local para determinar quais ações específicas são prioridades no contexto local e em momentos diferentes ao longo do tempo.

7. Por que não há um cronograma para implementar as ações?

Embora as necessidades humanitárias imediatamente posteriores a algumas catástrofes (por exemplo, terremotos, ciclones) sejam previsíveis até certo ponto, muitas emergências, como as decorrentes de conflitos armados, são imprevisíveis e não podem se enquadrar em uma série linear cronológica. Além disso, as emergências mais complexas, em sua maioria, duram anos.

8. Qual o papel das pessoas, grupos ou comunidades afetadas por uma emergência na

implementação dessas diretrizes?

Embora o documento tenha sido escrito por organizações de ajuda e usa a linguagem da assistência humanitária, é preciso que as populações afetadas sejam envolvidas o máximo possível na concepção e implementação de todas as iniciativas de assistência e devem desempenhar um papel de liderança na medida em que isso seja possível (ver [Listas de Ações 5.1 e 5.2](#)). Por esta razão, as diretrizes devem ser traduzidas para todos os idiomas locais relevantes.

9. Por que as diretrizes não focam em estresse pós-traumático e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)?

Os tipos de problemas sociais e psicológicos que as pessoas podem sofrer em casos de emergência são extremamente diversificados (ver a seção sobre “Problemas” na página 2). Um foco exclusivo em estresse pós-traumático pode levar à negligência de muitos outros problemas mentais e psicossociais importantes. Há uma vasta gama de opiniões entre as agências e especialistas sobre os aspectos positivos e negativos de focar no estresse traumático. As presentes diretrizes visam proporcionar uma abordagem equilibrada de ações mínimas recomendadas em situações de emergência. As diretrizes incluem: (a) primeiros cuidados psicológicos para pessoas em sofrimento agudo causado por experiências traumáticas, que podem ser realizados por uma série de agentes comunitários (ver as [Listas de Ações 4.3, 4.4, 5.2 e 6.1](#)) e (b) cuidados com as pessoas com transtornos mentais graves, incluindo TEPT grave, que somente devem ser realizados por profissionais de saúde treinados e supervisionados (ver [Lista de Ações 6.2](#)).

10. Esse documento tem por objetivo definir padrões? Qual é a relação entre essas diretrizes e o Manual Esfera?

Esse documento descreve *diretrizes* para respostas mínimas, mas não define *normas* de resposta mínima. No entanto, essas diretrizes são consistentes com os padrões do *Projeto Esfera (2004)*. A implementação das diretrizes, provavelmente, contribui para atingir as normas pertinentes do Projeto Esfera, incluindo o padrão sobre aspectos mentais e sociais de saúde.

11. Como essas diretrizes intersetoriais do IASC se relacionam com a abordagem do IASC Cluster?

A abordagem do IASC *Cluster* é um novo mecanismo adotado pelo IASC para melhorar a coordenação e o desempenho geral dos setores. Sempre que necessário em uma emergência, são estabelecidos Clusters para preencherem lacunas na assistência (ver <http://www.humanitarianinfo>).

[org/iasc/content/Cluster](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/Cluster)). Os IASC Clusters que têm relevância para essas diretrizes de saúde mental e apoio psicossocial são: Coordenação e Gerenciamento de Campo (Camp Management); Recuperação Inicial; Educação; Abrigo de Emergência; Saúde; Nutrição; Proteção; Abastecimento de Água, Higiene e Saneamento.

Durante uma emergência, cada Cluster deve assumir a responsabilidade pela execução das intervenções abordadas por essas diretrizes que são relevantes para a sua esfera de trabalho. Além disso, em qualquer grande emergência, deve ser estabelecido um grupo de coordenação intersetorial e interagências de coordenação de ações de saúde mental e apoio psicossocial com o objetivo de garantir o cumprimento das diretrizes, como as descritas neste documento ([ver Lista de Ações 1.1 sobre coordenação](#)).

12. O que é o IASC?

É o Comitê Permanente Interagências (IASC), estabelecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas, é um fórum interagências de coordenação, desenvolvimento de políticas e tomada de decisões pelos chefes executivos das principais agências humanitárias (agências da ONU, Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e consórcios de organizações humanitárias não governamentais). Disponível em: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp>.

Referências

1. Anderson, M. (1999). Do No Harm: How aid can support peace – or war. Boulder, CO: Lynne Rienner.
2. IASC (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Geneva: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian. Geneva: IASC.
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf
4. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/>

CAPÍTULO 2

Matriz de Intervenções

Esse capítulo apresenta a matriz de intervenções (mostrada nas páginas seguintes e também disponível em formato de pôster), que contém orientações sobre ações-chave para proteger e promover a saúde mental e o apoio psicossocial em situações de emergência. A matriz contém 11 linhas que descrevem as ações relevantes para as diferentes funções e esferas da ação humanitária. Para fins de legibilidade e coerência, as linhas da matriz são agrupadas em funções intersetoriais, esferas básicas de saúde mental e apoio psicossocial, e considerações sociais em determinados setores. Além disso, a matriz apresenta três colunas que explicam os seguintes tipos de resposta:

1. Preparação para Emergências

A coluna da esquerda da matriz resume ações principais recomendadas como preparação para emergências. A execução dessas ações deve permitir a rápida implementação de respostas mínimas.

2. Resposta Mínima

As intervenções a serem realizadas em meio a emergências estão descritas na coluna do meio da matriz. Respostas mínimas são definidas como respostas de alta prioridade que devem ser implementadas o mais rapidamente possível em caso de emergência. Essas respostas podem ser vistas como o apoio mínimo a que populações afetadas têm direito. Para cada intervenção enumerada nesta coluna do meio, há uma Lista de Ações correspondente no Capítulo 3, que detalha as ações que compõem a resposta mínima em muitas situações de emergência.

3. Resposta Abrangente

A coluna da direita na matriz apresenta um resumo das principais intervenções recomendadas que fazem parte de uma resposta abrangente. Essas intervenções devem ser consideradas apenas quando for evidente que a grande maioria das comunidades está recebendo ou está participando da resposta mínima definida para o contexto local. Essas intervenções são geralmente implementadas durante a fase de estabilização e no período de reconstrução inicial após uma emergência.

Saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) em situações de emergência: Matriz de Intervenções

Função ou Esfera de atividade

Preparação para situações de emergências

Parte A. Funções comuns entre diferentes esferas

1 Coordenação

- Identificar as organizações qualificadas e capacitadas
- Desenvolver políticas e planos interagências de SMAPS em escala nacional responder a situações de emergência
- Determinar os mecanismos de coordenação, funções e responsabilidades em níveis locais, regionais, nacionais e internacionais
- Identificar coordenadores de SMAPS em cada região e de várias agências
- Arrecadar fundos para SMAPS, incluindo recursos financeiros para a coordenação
- Integrar a programação de SMAPS em todos os planos setoriais de preparação para emergências
- Promover uma resposta adequada de SMAPS em todas as fases da ação humanitária

2 Diagnóstico da Situação, Monitoramento e Avaliação

- Criação e desenvolvimento de técnicas de diagnóstico da situação, monitoramento e avaliação da SMAPS no país
- Revisar e gerar informações sobre capacidades e vulnerabilidade das comunidades
- Avaliar capacidade de resposta em SMAPS das organizações em situações de emergência
- Desenvolver ferramentas e planos interagências, culturalmente apropriados, e rápidos para o diagnóstico da situação de emergência
- Verificar e disseminar as ferramentas e informações de diagnóstico
- Desenvolver e adaptar estratégias, indicadores e ferramentas para monitorar e avaliar
- Revisar as respostas anteriores de SMAPS e identificar boas práticas, desafios e lacunas

3 Proteção e Normas dos Direitos Humanos

- Promover os direitos humanos, o direito internacional humanitário e as boas práticas relacionadas
- Rever as políticas e leis existentes relacionadas à proteção
- Desenvolver mecanismos de monitorar, reportar e procurar reparação de violações dos direitos humanos
- Trabalhar com pessoas em risco para identificar prioridades e desenvolver capacidades e estratégias de proteção e segurança
- Capacitar as forças armadas sobre as normas internacionais de proteção
- Implementar estratégias para prevenir a violência, incluindo violência baseada em gênero

Resposta Mínima

a ser realizada mesmo em meio a uma emergência, mas também como parte de uma resposta abrangente)

Resposta Abrangente

(possível resposta adicional para a fase de estabilização e etapa inicial de reconstrução)

1.1 Estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial de serviços de saúde mental e apoio psicossocial

- Desenvolver estruturas sustentáveis de coordenação, incluindo governo e atores da sociedade civil
- Desenvolver planos estratégicos interagências e promover atividades conjuntas de programação e captação de recursos para SMAPS
- Melhorar o intercâmbio de informações entre atores os humanitários
- Vincular as atividades de SMAPS em emergências com as atividades de desenvolvimento
- Integrar as atividades de SMAPS em programas, planos e políticas nacionais e assegurar que os programas utilizam as capacidades, planos e políticas existentes.

2.1 Realizar diagnósticos da situação em relação a saúde mental e o apoio psicossocial

2.2 Iniciar sistemas participativos de monitoramento e avaliação

- Realizar regularmente diagnósticos da situação e implementar novas análises em profundidade da situação, conforme o caso
- Monitorar e avaliar todos os programas em relação às atividades programadas com indicadores previamente definidos
- Monitorar e avaliar regularmente as atividades de SMAPS em relação a essas diretrizes
- Divulgar os resultados e as lições aprendidas das atividades de diagnósticos da situação, monitoramento e avaliação
- Desenvolver indicadores interagências para o trabalho de SMAPS na fase de transição

3.1 Aplicar uma estrutura de direitos humanos através de serviços de saúde mental e apoio psicossocial

3.2 Identificar, monitorar, prevenir e responder às ameaças e falhas de proteção através de medidas de proteção social

3.3 Identificar, monitorar, prevenir e responder a ameaças de proteção e abusos através de medidas de proteção jurídica

- Reforçar a capacidade nacional para criar uma conscientização, monitorar, reportar, evitar e procurar reparação por violações dos direitos humanos e de direito humanitário
 - Reforçar a responsabilização por violações dos direitos humanos
 - Reforçar as capacidades de proteção social
 - Analisar lacunas de dados e endereços para pessoas com necessidades específicas (grupos em risco)
 - Apoiar a reintegração comunitária segura para as pessoas afetadas por todas as formas de violência
 - Limitar o acesso a bebidas alcoólicas nos acampamentos
-

- No caso de violência política, facilitar os acordos monitorados entre as partes opositoras para proteger os civis
- Promover a ratificação e apoio para a implementação de direitos humanos internacionais e instrumentos do direito humanitário
- Promover a adoção e implementação de legislações nacionais que apoiem os padrões humanitários e de direitos humanos

4 Recursos Humanos

- Mapear a capacidade de recurso humano e recursos de treinamento existentes, incluindo na população local
- Criar a conscientização sobre a necessidade de contar com trabalhadores que entendem o idioma e a cultura local
- Capacitar todos os trabalhadores sobre os códigos de conduta e os padrões de proteção internacional
- Capacitar os trabalhadores de diferentes setores sobre como integrar a SMAPS em suas tarefas de emergência em conformidade com essas diretrizes
- Expandir o quadro de trabalhadores de emergência disponíveis e que estejam capacitados em SMAPS
- Incentivar as instituições educacionais a incorporarem a capacitação em SMAPS nos programas de formação profissional
- Expandir os temas de SMAPS em cursos de preparação emergencial em todo o mundo
- Desenvolver políticas e planos organizacionais para a prevenção e gestão de problemas de SMAPS em trabalhadores humanitários
- Desenvolver e políticas e planos organizacionais para aumentar a segurança e a proteção dos trabalhadores

Parte B. Esferas básicas de saúde mental e apoio psicossocial

5 Apoio e Mobilização da Comunidade

- Mapear os dados existentes com a participação das comunidades locais (práticas, serviços e recursos disponíveis)
 - Conduzir análises de riscos e desenvolver um plano de resposta comunitário, incluindo um sistema de alerta antecipado, e fortalecer a capacidade local para implementar tais planos
 - Desenvolver mecanismos para a mobilização de recursos internos e integração de recursos externos de SMAPS
 - Capacitar e supervisionar os agentes comunitários existentes sobre como fornecer apoio de SMAPS apropriado em situações de emergência
 - Desenvolver atividades de apoio social, gerenciadas e mantidas pela comunidade
 - Desenvolver planos comunitários sobre a proteção e o apoio no desenvolvimento da primeira infância em emergências
-

Resposta Mínima

(a ser realizada mesmo em meio a uma emergência, mas também como parte de uma resposta abrangente)

Resposta Abrangente

(possível resposta adicional para a fase de estabilização e etapa inicial de reconstrução)

	<ul style="list-style-type: none">• Tomar medidas para prevenir o tráfico humano• Fornecer apoio médico, educacional, econômico, social e psicológico apropriados aos sobreviventes das violações de direitos e suas famílias; bem como a testemunhas, incluindo as testemunhas em processo judiciais• Prestar assistência aos sistemas judiciais na aplicação de leis de acordo com as normas internacionais
4.1 Identificar e recrutar uma equipe e envolver voluntários que entendam a cultura local	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver uma descrição das competências essenciais dos trabalhadores, que seja localmente relevante
4.2 Fazer com que a equipe cumpra os códigos de conduta e diretrizes éticas	<ul style="list-style-type: none">• Institucionalizar, monitorar e obrigar o cumprimento de códigos de conduta e padrões éticos, fortalecendo-os conforme necessário• Mapear a distribuição e extensão de treinamento e supervisão recebidos
4.3 Organizar a orientação e o treinamento de trabalhadores humanitários de serviços de saúde mental e apoio psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Expandir o nível de capacitação e supervisão e criar capacidades sustentáveis de resposta interagências ao institucionalizar o treinamento
4.4 Prevenir e controlar os problemas de saúde mental e bem-estar psicossocial que podem ocorrer com a equipe e com os voluntários	<ul style="list-style-type: none">• Revisar respostas de questões de SMAPS relevantes aos trabalhadores e aderir às políticas de SMAPS de organizações para a equipe e os voluntários
5.1 Facilitar as condições para a mobilização da comunidade, para que se apropriem e tenham controle das respostas de emergência em todos os setores	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar o fortalecimento da propriedade de resposta da comunidade• Fortalecer os meios de sustento e apoiar a implementação de iniciativas comunitárias e o desenvolvimento econômico• Fornecer o espaço para que vítimas e sobreviventes possam discutir questões de reparação (econômica, judicial, simbólica) a ser proporcionado pelas partes responsáveis
5.2 Facilitar a autoajuda e o apoio social na comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar o registro de lembranças históricas sobre como a comunidade lidou com as situações de emergência
5.3 Facilitar as condições para práticas culturais, espirituais e religiosas de recuperação da comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Revisar a mobilização de recursos comunitários e facilitar a expansão e melhoria da qualidade de autoajuda e apoios sociais comunitários
5.4 Facilitar o apoio para crianças (0-8 anos) e seus responsáveis	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecer o sistema de SMAPS, incluindo mecanismos de encaminhamento a serviços mais complexos• Explorar possibilidades para desinstitucionalizar orfanatos e casas de custódia, e facilitar a assistência alternativa de base comunitária

6 Serviços de Saúde

- Fortalecer a capacidade de sistemas de saúde nacionais para fornecer atenção à SMAPS em emergências
- Mapear práticas e recursos formais e não-formais existentes
- Promover sistemas de informação de saúde dissociados de idade e gênero, que incluam os dados essenciais de saúde mental
- Capacitar a equipe para a assistência clínica culturalmente apropriada aos sobreviventes de violência com base em gênero e outros motivos
- Orientar a equipe de saúde sobre primeiros cuidados psicológicos
- Harmonizar a lista de medicamentos nacionais essenciais com a Lista de Medicamentos Essenciais no Modelo da OMS e preparar estoques emergenciais de medicações psicotrópicas
- Desenvolver planos de preparação das instituições para emergência
- Implementar estratégias para reduzir a discriminação e estigma de pessoas com doença mental e/ou deficiência mental
- Promover capacidade de prevenir e abordar os prejuízos relacionados ao álcool e uso de outras substâncias

7 Educação

- Mapear os recursos existentes para práticas educacionais formais e não-formais
 - Determinar níveis de educação e opções vocacionais para meninas, meninos e adultos cuja educação está incompleta
 - Utilizar métodos participativos, treinar e supervisionar os professores no apoio básico psicossocial, direitos da criança, disciplina positiva e códigos de conduta
 - Fortalecer a capacidade de sistemas de educação nacionais sobre os cuidados de SMAPS nas escolas durante situações de emergências
 - Estabelecer planos gerais e de cuidados em crises psicossociais para as escolas
 - Fortalecer as capacidades de educação para emergências, abordando as questões principais de proteção nos programas educacionais
-

Resposta Mínima

(a ser realizada mesmo em meio a uma emergência, mas também como parte de uma resposta abrangente)

Resposta Abrangente

(possível resposta adicional para a fase de estabilização e etapa inicial de reconstrução)

		<ul style="list-style-type: none">• Facilitar a reintegração na comunidade de crianças, recrutadas ou utilizadas por forças armadas ou grupos armados• Exumar valas comuns de maneira culturalmente apropriada, apoiando parentes e amigos• Organizar discussões sobre as práticas tradicionais prejudiciais e úteis• Criar técnica para fornecer assistência de qualidade para crianças e seus cuidadores
6.1	Incluir considerações psicológicas e sociais específicas na prestação de cuidados gerais de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar a atualização de políticas e leis de saúde mental, conforme apropriado
6.2	Fornecer acesso a serviços para pessoas com transtornos mentais graves	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver a disponibilidade de serviços de saúde mental para uma gama ampla de transtornos mentais pré-existentes e relacionados à emergência, através da assistência de saúde geral e serviços de saúde mental na comunidade
6.3	Atender e proteger pessoas com transtornos mentais graves e outras deficiências neurológicas e mentais, vivendo em instituições	<ul style="list-style-type: none">• Trabalhar para garantir a sustentabilidade de serviços de saúde mental estabelecidos recentemente• Continuar a promover as relações colaborativas com os sistemas tradicionais locais de recuperação, conforme apropriado
6.4	Informar-se sobre os sistemas de saúde locais, indígenas e tradicionais e, quando apropriado, estabelecer sistemas de colaboração	<ul style="list-style-type: none">• Para pessoas em instituições psiquiátricas, facilitar a assistência na comunidade e alojamentos alternativos apropriados• Conduzir avaliações regulares da acessibilidade e qualidade de assistência de saúde mental
6.5	Minimizar os danos derivados ao uso de álcool e outras substâncias	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar as medidas para prevenir os danos relacionados ao uso de álcool ou de outras substâncias
7.1	Melhorar o acesso à educação segura e de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar as oportunidades educacionais para meninas e meninos adolescentes, incluindo treinamento vocacional e iniciar cursos de alfabetização de adultos• Garantir que o currículo de ensino seja adaptado em relação às questões de gênero, diversidade e cultura• Monitorar e melhorar a qualidade da educação• Expandir as oportunidades educacionais para meninos e meninas, e iniciar cursos de alfabetização de adultos• Fornecer meios de sustento e outros apoios necessários para permitir a participação na educação e prevenir o abandono escolar• Expandir as técnicas para apoio psicossocial dentro de âmbitos de ensino formal e não-formal• Fortalecer a prevenção e resposta à violência e outras formas de abuso e exploração nas escolas• Integrar habilidades para a vida e de consolidação da paz na educação

**8 Disseminação da
Informações**

- Mapear os recursos existentes relacionados a informações e lacunas nestes recursos
- Instruir a equipe sobre os aspectos éticos de coleta de informação em emergências
- Fazer com que as informações sejam acessíveis para públicos-alvo diferentes
- Preparar uma estratégia de “comunicação sobre riscos” para disseminar as informações essenciais durante as emergências
- Distribuir informações sobre como prevenir problemas, tais como separação familiar em emergências
- Combater o uso da mídia de imagens prejudiciais e a distribuição de informações inadequadas
- Envolver as principais partes interessadas na elaboração, experimentação e distribuição de informações sobre qual a melhor maneira de enfrentar essa situação

Parte C. Considerações sociais em esferas setoriais
**9 Nutrição e
Segurança Alimentar**

- Determinar os hábitos da população de preparação de alimentos, crenças e principais culturas alimentares, bem como os alimentos de maior consumo
- Monitorar o acesso aos principais micronutrientes conhecidos que influenciam o desenvolvimento psicológico das crianças
- Planejar e desenvolver distribuição justa de acordo com as necessidades
- Mapear as dimensões sociais de recursos existentes, lacunas, práticas e grupos em risco referentes ao planejamento local e abrigo

**10 Shelter and
site planning**

- Map social dimensions of existing resources, gaps, practices and at-risk groups regarding shelter and site planning
- Conduct participatory assessments on safety and appropriateness of potential sites
- Plan to provide emergency shelter for all people (with appropriate targeting of people at risk) in a manner that supports safety, dignity, privacy and empowerment
- Plan to prevent people being placed in camps long-term
- Plan for the heating of shelters (in emergencies involving cold climates)

**11 Abastecimento de água e
Saneamento**

- Mapear as dimensões sociais de recursos existentes, deficiências e grupos em alto risco referentes a água e saneamento
 - Planejar o fornecimento de água e saneamento para todas as pessoas (com foco adequado em pessoas em risco) de modo a dar apoio na segurança, dignidade, privacidade e resolução de problemas sem violência
-

Resposta Mínima

(a ser realizada mesmo em meio a uma emergência, mas também como parte de uma resposta abrangente)

Resposta Abrangente

(possível resposta adicional para a fase de estabilização e etapa inicial de reconstrução)

8.1 Fornecer informações à população afetada sobre a situação de emergência, esforços de ajuda, bem como seus direitos legais

8.2 Fornecer acesso a informações sobre métodos de enfrentamento positivo

- Dar apoio aos sistemas confiáveis e acessíveis para disseminação de informações precisas
 - Fortalecer a participação da comunidade na validação e na disseminação das informações
 - Assegurar o acesso constante às informações referente à disponibilidade e o modo de assistência
 - Realizar campanhas de informações sobre saúde mental e problemas psicossociais
 - Monitorar e avaliar o uso de materiais de comunicação
-

9.1 Incluir considerações sociais e psicológicas específicas sobre a segurança do fornecimento de alimentos e apoio nutricional (segurança e dignidade a todos, respeitando as práticas culturais e funções dos membros da família)

- Revisar e realizar diagnósticos regulares sobre os aspectos psicológicos e sociais no fornecimento de nutrição e segurança alimentícia
 - Incentivar e dar apoio a autossuficiência alimentar
-

10.1 Incluir considerações sociais específicas sobre o planejamento do local e o fornecimento de abrigos (segurança, dignidade, assistência cultural e socialmente apropriada a todos)

- Revisar e realizar diagnósticos regulares sobre os aspectos sociais de planejamento local e de abrigos
 - Abordar questões de participação na distribuição de terra e a legislação sobre os direitos de terra
 - Promover capacidades comunitárias e governamentais para integrar aspectos sociais nos abrigos e planejamento do local a longo prazo
-

11.1 Incluir considerações sociais específicas sobre o planejamento do local e o fornecimento de abrigos (segurança, dignidade, assistência cultural e socialmente apropriada a todos)

- Revisar e realizar diagnósticos regulares dos aspectos sociais no fornecimento de água e saneamento
 - Promover capacidades comunitárias e governamentais para integrar aspectos sociais em apoio a longo prazo de abastecimento de água e saneamento
-

CAPÍTULO 3

Listas de Ações para Resposta Mínima

Esse capítulo contém as Listas de Ações para a resposta mínima. Há uma Lista de Ações para cada intervenção mencionada na coluna do meio (Resposta mínima) da matriz fornecida no Capítulo 2.

Função ou Esfera de atividade	Título das Listas de Ações
A. Funções comuns entre as esferas	
1 Coordenação	1.1 Estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial de serviços de saúde mental e apoio psicossocial
2 Diagnóstico da Situação, Monitoramento e Avaliação	2.1 Realizar diagnósticos da situação em relação à saúde mental e ao apoio psicossocial 2.2 Iniciar sistemas participativos de monitoramento e avaliação
3 Proteção e Normas dos Direitos Humanos	3.1 Aplicar uma estrutura de direitos humanos através de serviços de saúde mental e apoio psicossocial 3.2 Identificar, monitorar, prevenir e responder às ameaças e falhas de proteção através de medidas de proteção social 3.3 Identificar, monitorar, prevenir e responder a ameaças de proteção e abusos através de medidas de proteção jurídica
4 Recursos Humanos	4.1 Identificar e recrutar uma equipe e envolver voluntários que entendam a cultura local 4.2 Fazer com que a equipe cumpra os códigos de conduta e diretrizes éticas 4.3 Organizar a orientação e o treinamento de trabalhadores humanitários de serviços de saúde mental e apoio psicossocial 4.4 Prevenir e controlar os problemas de saúde mental e bem-estar psicossocial que podem ocorrer com a equipe e com os voluntários
B. Esferas básicas de saúde mental e apoio psicossocial	
5 Apoio e Mobilização da Comunidade	5.1 Facilitar as condições para a mobilização da comunidade, para que se apropriem e tenham controle das respostas de emergência em todos os setores 5.2 Facilitar a autoajuda e o apoio social na comunidade 5.3 Facilitar as condições para práticas culturais, espirituais e religiosas de recuperação da comunidade

Função ou Esfera de atividade	Título das Listas de Ações	
6 Serviços de Saúde	5.4 Facilitar o apoio para crianças (0–8 anos) e seus responsáveis	
	6.1 Incluir considerações psicológicas e sociais específicas na prestação de cuidados gerais de saúde	
	6.2 Fornecer acesso a serviços para pessoas com transtornos mentais graves	
	6.3 Atender e proteger pessoas com transtornos mentais graves e outras deficiências neurológicas e mentais, vivendo em instituições	
	6.4 Informar-se sobre os sistemas de saúde locais, indígenas e tradicionais e, quando apropriado, estabelecer sistemas de colaboração	
	6.5 Minimizar os danos derivados ao uso de álcool e outras substâncias	
	7 Educação	7.1 Melhorar o acesso à educação segura e de apoio
		8 Disseminação de Informações
	8.2 Fornecer acesso a informações sobre métodos de enfrentamento positivo	

Considerações sociais em esferas setoriais

9 Nutrição e Segurança Alimentar	9.1 Incluir considerações sociais e psicológicas específicas sobre a segurança do fornecimento de alimentos e apoio nutricional (segurança e dignidade a todos, respeitando as práticas culturais e funções dos membros da família)
	10 Abrigos e planejamento dos espaços
11 Abastecimento de água e Saneamento	

Histórico

A programação efetiva dos serviços de saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) exige uma coordenação intersetorial entre diversos atores. Todos os participantes da resposta humanitária têm a responsabilidade de proteger e promover a saúde mental e o bem-estar psicossocial. A coordenação intersetorial de SMAPS deve incluir serviços sociais, educacionais, de proteção e saúde, bem como os representativos para as comunidades afetadas; deve também estar envolvida com a alimentação, proteção, segurança, abrigo, abastecimento de água e saneamento.

A coordenação auxilia na garantia de (a) que todos os atores humanitários respeitem os princípios básicos de ajuda; (b) inclusão de apoios de saúde mental e psicossocial concretos na resposta humanitária. Para isso, os agentes de SMAPS devem adotar uma estratégia geral e uma divisão de tarefas que apoiem de maneira equitativa as comunidades afetadas pela emergência. A coordenação deficiente pode conduzir a uma programação inadequada, ineficiência, ou até mesmo prejudicial aos afetados.

Para garantir uma coordenação apropriada, é preciso superar diversas dificuldades importantes. Diminuir a distância entre as ações de “saúde mental” e “ações psicossociais” (geralmente associadas, respectivamente, com os setores de proteção e saúde) é um desafio-chave em muitas emergências. A coordenação tem sido particularmente desafiadora para emergências de alto perfil que envolvem grande quantidade de atores. As populações afetadas podem estar sobrecarregadas pela presença de estranhos, e as contribuições locais de saúde mental e apoio psicossocial são facilmente marginalizadas. A chave para a coordenação efetiva é estabelecer entendimentos comuns entre os atores que podem ter diversas visões sobre SMAPS (por exemplo, governos nacionais, doadores, organizações internacionais, comunidades locais e ONGs) e garantir uma oportuna resolução de problemas comuns.

Ações principais

1. Ativar ou estabelecer um grupo intersetorial de coordenação de SMAPS.

- Formar um grupo para coordenar a ação de SMAPS e, conjuntamente, desenvolver um plano que indique o que será feito e por quem será feito. Recomenda-se a formação de um grupo único de coordenação intersetorial de SMAPS, incluindo atores tradicionalmente associados a ambos os setores de saúde e proteção.

- Essa é a maneira mais eficiente de reduzir a fragmentação e garantir que todos os aspectos de SMAPS, desde o apoio social na comunidade até o tratamento de transtornos mentais graves, sejam abordados de maneira integrada. No entanto, pode ser útil estabelecer subgrupos que abordem questões específicas (por exemplo, apoio psicossocial em escolas, assistência de saúde mental nos serviços de saúde). O grupo de coordenação de SMAPS deve coordenar junto a todos os setores relevantes ou aos grupos (Clusters) do IASC para garantir que suas atividades sejam realizadas de modo que promovam a saúde mental e o bem-estar psicossocial e que dentro desses grupos sejam realizadas ações pertinentes a SMAPS.
- Incluir no grupo de coordenação de SMAPS os representantes dos principais ministérios governamentais (como ministros de saúde, bem-estar social e educação), as agências da ONU e ONGs. Deve ser incluídos os participantes de outras organizações, entre elas, ministérios governamentais, associações profissionais, universidades, organizações de base comunitária ou religião e movimentos da Cruz Vermelha ou Crescente Vermelho, quando participarem de atividades de SMAPS. É preciso incentivar em todos os níveis de coordenação as considerações e consultas feitas com a comunidade.
- Utilizar grupos existentes de coordenação, se disponível. Em caso contrário, é preciso estabelecer grupos ad hoc. O grupo de coordenação de SMAPS deve coordenar-se com os grupos (Clusters) de Saúde e Proteção e, quando apropriado, com quaisquer mecanismos nacionais e adicionais de coordenação, incluindo sites relevantes (por exemplo, o Centro de Informação Humanitária, www.humanitarianinfo.org).
 - Estabelecer grupos de coordenação de SMAPS em nível nacional e/ou subnacional. Além disso, encorajar a troca de informações entre as organizações em nível internacional. Deve haver comunicação entre os grupos de coordenação nacional e subnacional com uma definição clara de seus respectivos papéis.
 - Os grupos de coordenação de SMAPS devem ser conduzidos, quando possível, por uma ou mais organizações nacionais com o apoio técnico adequado das organizações internacionais. As organizações líderes deverão saber sobre SMAPS e estarem aptas nos processos de coordenação inclusiva (por exemplo, evitar o domínio por um setor ou abordagem; em situações de conflitos armados, devem ser consideradas como imparciais por todos em questão).
 - Trabalhar para reduzir as diferenças de poder entre os membros do grupo de coordenação e facilitar a participação de grupos menos poderosos ou sub-representados (por exemplo, utilizando idiomas locais e estruturando o local das reuniões e lugares de comemorações de acordo com os costumes locais).
 - Todas as organizações têm a responsabilidade de coordenar suas respostas (desde que não

sejam contraditórias ao princípio de “não prejudicar”). As organizações deverão se esforçar para assegurar que seus representantes tenham a autoridade, o conhecimento e as habilidades necessárias para participarem de forma efetiva da coordenação

2. Coordenar a implementação e planejamento de programas.

- O grupo de coordenação é responsável por coordenar a implementação e planejamento de programas em relação a essas diretrizes. Isto inclui a garantia de que as ações mínimas de SMAPS sejam realizadas conforme apropriado para a situação local e que possam alcançar de maneira justa e oportuna as comunidades afetadas por emergências.
 - A facilitação dos processos de planejamento estratégico interagência e intersetorial de SMAPS inclui:
 - Coordenar os diagnósticos de situação e comunicar as conclusões ([ver Lista de Ações 2.1](#));
 - Estabelecer as prioridades geográficas e a programação acordada;
 - Identificar e trabalhar para preencher as lacunas nas respostas;
 - Assegurar uma divisão funcional de trabalho entre os atores;
 - Facilitar a cooperação interagência referente às ações conjuntas (tais como treinamentos conjuntos ou mecanismos de encaminhamento);
 - Coordenar a disseminação de informação sobre a emergência, esforços de ajuda, direitos legais e autoajuda entre a população afetada ([ver as Listas de Ações 8.1 e 8.2](#));
 - Documentar e compartilhar informações das agências sobre suas abordagens, materiais e lições aprendidas e trocar informações a respeito;
 - Monitorar, avaliar e comunicar as conclusões e evidências ([ver Lista de Ações 2.2](#)).
- Caso apropriado, deve ser desenvolvido um plano estratégico interagência.

3. Desenvolver e disseminar as diretrizes e coordenar a tarefa de promoção.

- O grupo de coordenação de SMAPS deve conduzir o processo de adaptar essas e outras diretrizes relevantes ao contexto local. Deve desenvolver políticas ou diretrizes adicionais de SMAPS, quando necessário. Esse processo deve ser o mais inclusivo possível.
- É necessário desenvolver mecanismos para garantir uma ampla conscientização e comprometimento em relação às diretrizes e políticas (por exemplo, adoção formal destas diretrizes pelas organizações e autoridades nacionais que trabalham em SMAPS).
- O grupo deve coordenar a promoção (advocacy) dos serviços de SMAPS. As ações mínimas

principais são: (1) acordar quais são as questões principais de promoção, ao determinar quais fatores têm os maiores impactos nos serviços de SMAPS e quais são os mais prováveis de serem alterados por conta da tarefa de promoção; (2) identificar quais são as principais partes interessadas, tais como governo, grupos armados, mídia, doadores, ONGs, formuladores de políticas e outros órgãos de coordenação, e desenvolver mensagens-chave direcionadas para cada uma delas; e (3) determinar as funções e responsabilidades de promoção entre as diferentes organizações.

4. Mobilizar recursos.

- A coordenação para arrecadação de fundos garante que a SMAPS esteja incluída de forma apropriada em qualquer Processo Consolidado de Recursos, bem como a identificação e mobilização de fundos para as atividades de coordenação e de promoção conjunta aos doadores.

Referências principais

1. Inter-Agency Working Group on Separated and Unaccompanied Children (2005). Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children: Inter-Agency Guiding Principles. <http://www.iicrd.org/cap/node/view/383>
2. The Mangrove: Psychosocial Support and Coordination Unit, Batticaloa, Sri Lanka. <http://www.themangrove.blogspot.com/>
3. Psychosocial/Mental Health Coordination. Inter-governmental Meeting of Experts Final Report, Annex V, Jakarta, 4 e 5 de abril de 2005. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Palestinian Code of Conduct for Psycho-Social Interventions, 4 de outubro de 2001. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
5. World Health Organization (2003). Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors. Geneva: Organização Mundial da Saúde. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf

Exemplo de indicador de processo

- É estabelecido um grupo de coordenação de SMAPS em nível local e/ou nacional, integrando os atores de diversos setores, incluindo saúde, proteção e educação.

Exemplo: Aceh, Indonésia, 2005

- Durante as operações de assistência humanitária posteriores ao tsunami em dezembro de 2004, as agências das Nações Unidas prestaram assistência de forma colaborativa com as autoridades de saúde da província na coordenação de todos os esforços de ajuda em relação à saúde mental e o apoio psicossocial.
- Foi estabelecido um Grupo de Trabalho Psicossocial Interagência de Aceh. Mais de 60 agências que trabalham nos setores de proteção, saúde e social participaram das reuniões semanais. O grupo psicossocial reportou para os dois grupos de coordenação, para o de coordenação de assuntos de saúde e para o grupo sobre proteção da criança.
- O Grupo de Trabalho Psicossocial Interagência de Aceh elaborou o 'Princípios do Programa Psicossocial para Aceh, Indonésia', os quais foram amplamente promovidos e utilizados.

Realizar diagnósticos da situação em relação à saúde mental e ao apoio psicossocial

Função: Diagnóstico da situação, monitoramento e avaliação

Fase: Resposta mínima

Histórico

Os diagnósticos da situação em relação à saúde mental e ao apoio psicossocial (SMAPS) em emergências proporcionam: (a) uma compreensão da situação de emergência; (b) uma análise das ameaças e capacidades para a saúde mental e o bem-estar psicossocial; e (c) uma análise de recursos pertinentes para determinar, em consulta com as partes interessadas, se a resposta é necessária e, caso seja, qual a natureza da resposta.¹

O diagnóstico da situação deve incluir a documentação das experiências das pessoas em relação à emergência, como elas reagem a isso e como isso afeta sua saúde mental e bem-estar psicossocial. Deve incluir como as pessoas, comunidades e organizações respondem à emergência. Deve avaliar os recursos, bem como as necessidades e os problemas. Como recursos incluem-se: habilidades individuais para a vida/para enfrentar a situação, mecanismos de apoio social e as capacidades governamentais, ações comunitárias e ONGs. É essencial compreender qual é o melhor modo de dar apoio às populações mais afetadas, abordando de forma construtiva às necessidades de SMAPS. O diagnóstico da situação também deve fazer parte de um processo contínuo de coleta e análise de dados em colaboração com as principais partes interessadas, particularmente a comunidade afetada, para melhorar a programação.

Ações principais

1. Garantir que os diagnósticos da situação sejam coordenados.

- Coordenar os diagnósticos da situação com outras organizações que estão avaliando as questões psicossociais e de saúde mental.
- A coordenação dos diagnósticos é essencial para garantir a utilização eficiente dos recursos, alcançar o entendimento mais preciso e completo da situação de SMAPS e evitar a sobrecarga desnecessária da população com diagnósticos duplicados.
- As organizações devem primeiramente avaliar quais diagnósticos foram feitos e devem revisar as informações disponíveis (por exemplo, conduzir uma revisão documental, entrevistar outras organizações, revisar as informações existentes no país, tais como dados sobre o sistema de saúde mental e bibliografias etnográficas pré-existentes). É preciso que as organizações façam os diagnósticos de campo somente quando forem necessários.

¹ Definição adaptada do Manual Esfera (2004).

- As organizações devem informar o grupo de coordenação ([ver Lista de Ações 1.1](#)) sobre quais são as questões que estão avaliando da situação, bem como onde e como, e devem estar preparadas para adaptar suas avaliações, se necessário, e para compartilhar seus resultados.
- Na maioria das emergências, diferentes grupos (departamentos governamentais, órgãos das Nações Unidas, ONGs, etc.) coletam informações referentes a diversos aspectos de SMAPS (como ilustrado na tabela das páginas 40 e 41) e em distintas áreas geográficas. O grupo de coordenação deve auxiliar na identificação de quais organizações coletarão quais tipos de informações e onde, e garantir, o mais rapidamente possível, que todas as informações destacadas na tabela estejam disponíveis para a área afetada. Esse grupo deve apoiar as organizações para a realização do indicado de maneira coordenada e apropriada (por exemplo, padronizando as ferramentas principais). Essas informações de avaliação devem ser regularmente coletadas, analisadas e compartilhadas entre as várias organizações envolvidas.
- É necessário incluir considerações sociais específicas nas avaliações da situação realizadas por todos os setores, incluindo serviços comunitários de proteção, saúde, educação, abrigo, alimentação, abastecimento de água e saneamento ([ver a Lista de Ações relevante para cada setor ou tema](#)).

2. Coletar e analisar as principais informações relevantes à saúde mental e ao apoio psicossocial.

A tabela a seguir destaca as principais informações que precisam estar disponíveis para as organizações que trabalham em SMAPS (observe que cada organização vai focar em aspectos específicos particularmente relevantes ao seu trabalho).

- Sempre quando for possível, o diagnóstico da situação deve obter informações discriminando idade, sexo e localização. Isto identifica os grupos em risco na comunidade e suas habilidades ou necessidades particulares. Os grupos normalmente em risco estão descritos no [Capítulo 1](#).
- É preciso abordar tanto as necessidades, como os recursos dos diferentes setores da população afetada, desde as pessoas funcionais até as que não são funcionais devido a um transtorno mental severo.

Tipo de informação	Incluir
Informação demográfica contextual relevante	<ul style="list-style-type: none"> • Tamanho da população e dos subgrupos que podem estar em riscos específicos (e, quando relevante, a localização) (ver capítulo 1) • Mortalidade e ameaças com riscos de mortalidade • Acesso ao atendimento das necessidades físicas básicas (por exemplo, alimentação, abrigo, abastecimento de água e saneamento, assistência à saúde) e educação • Marcos de proteção e violações dos direitos humanos (ver Listas de Ações 3.1, 3.2 e 3.3) • Estruturas e dinâmicas de âmbito econômico, religioso, político e social (por exemplo, questões de conflito e segurança, incluindo divisões étnicas, religiosas, de classe e de gênero dentro das comunidades) • Alterações nas atividades de sustento e vida cotidiana da comunidade • Informações básicas etnográficas sobre atitudes, funções, normas e recursos culturais (por exemplo, rituais de luto, atitudes para o transtorno mental e violência de gênero, comportamento em busca de ajuda)
Experiência da emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências das pessoas em relação à emergência (percepções de eventos e sua importância, percepções das causas, consequências esperadas)
Problemas psicossociais e de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de distúrbio psicológico e social, incluindo problemas emocionais e comportamentais (por exemplo, agressão, isolamento social, distúrbios de sono) bem como outros indicadores de distúrbios psicológicos • Sinais de comprometimento da funcionalidade diária • Ruptura dos mecanismos de solidariedade e apoio social (por exemplo, comprometimento dos padrões sociais de apoio, conflitos familiares, violência, enfraquecimento dos valores compartilhados) • Informações sobre as pessoas com transtornos mentais graves (por exemplo, através dos sistemas de informações dos serviços de saúde) (para mais detalhes ver Lista de Ações 6.2)
Fontes existentes de bem-estar psicossocial e saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Formas das pessoas ajudarem a si mesmas e aos outros, ou seja, maneiras de enfrentamento ou de recuperação (por exemplo, amparar-se em crenças religiosas ou políticas, buscar o apoio da família ou de amigos) • Formas em que a população pode ter lidado com adversidades anteriormente

Tipo de informação	Incluir
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de apoio social existentes (identificando as pessoas chave na comunidade em que se pode confiar) e fontes de solidariedade comunitária (por exemplo, com a continuação de atividades comunitárias normais, adoção de tomadas de decisão, diálogo e respeito entre as gerações, apoio a grupos marginalizados ou em situação de risco etc.)
Atividades e capacidades organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura, localizações, equipe e recursos de programas de apoio psicossocial nos serviços sociais e educacionais, e o impacto sobre esses serviços em situações de emergência • Estrutura, localização, equipe e recursos para a assistência de saúde mental no setor da saúde (incluindo, informação sobre políticas, disponibilidade de medicações, função da assistência primária e impacto sobre esses serviços e hospitais psiquiátricos em situações de emergência etc. Ver WHO Mental Health Atlas para dados de referência em 192 países) • Mapeamento das habilidades psicossociais nos membros da comunidade (por exemplo, trabalhadores da comunidade, líderes religiosos ou conselheiros) • Mapeamento de possíveis aliados e a extensão, qualidade e conteúdo de cursos anteriores de capacitação em SMAPS • Mapeamento de dados sobre programas de SMAPS para emergências
Necessidades de programas e oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações de diferentes atores-chave, especialmente, das pessoas afetadas • Medidas em que se executam as diferentes ações principais destacadas nestas diretrizes do IASC • Grau de funcionalidade dos sistemas de encaminhamento entre e dentro dos setores da saúde, social, educação, comunitários e religiosos

3. Conduzir o diagnóstico da situação de maneira participativa e eticamente apropriada.

- **Participação.** Os diagnósticos devem, o quanto antes, ser um processo participativo e em que as partes interessadas relevantes possam colaborar, incluindo organizações religiosas e comunitárias, ONGs e governamentais, bem como as populações afetadas. Um diagnóstico participativo é o primeiro passo em um diálogo com as populações afetadas, que caso bem feito, não fornece somente informações, mas pode também auxiliar as pessoas no controle de suas situações, colaborando na identificação de problemas, recursos e possíveis soluções ([ver Listas de Ações 5.1 e 5.2](#)).

É preciso solicitar aos participantes o *feedback* sobre os processos e os resultados do diagnóstico da situação. A população afetada deve também ser envolvida na definição dos objetivos de bem-estar que precisam ser alcançados.

- **Inclusão.** O diagnóstico da situação deve envolver os diversos grupos da população afetada, incluindo crianças, jovens, mulheres, homens, idosos e diferentes grupos religiosos, culturais e socioeconômicos. Deve visar a inclusão de líderes da comunidade, educadores e agentes comunitários e da saúde; e a correção sem reforçar padrões de exclusão.
- **Análise.** O diagnóstico deve analisar a situação com um foco na identificação de prioridades para a ação, em vez de simplesmente coletar e relatar informações.
- **Atenção ao Conflito.** Ao operar em situações de conflito, é necessário que o diagnóstico tenha presente as partes envolvidas no conflito e em sua dinâmica. A assistência deve ser prestada mantendo a imparcialidade e a independência, e deve evitar exacerbar conflitos ou tensões sociais, ou colocar a equipe ou membros da comunidade em perigo. O diagnóstico participativo talvez não seja possível em algumas situações, em que ao fazer perguntas, pode colocar em risco o entrevistado.
- **Carácter culturalmente apropriado.** A metodologia de diagnóstico da situação (incluindo indicadores e instrumentos) deve ser sensível e relevante à cultura e ao contexto. A equipe de diagnóstico deve incluir os indivíduos familiarizados com o contexto local que, na medida do possível, merecem a confiança da comunidade, e deve respeitar as práticas e tradições culturais locais. Os diagnósticos devem evitar o uso de terminologia que, no contexto cultural local, pode contribuir para a estigmatização.
- **Princípios Éticos.** Deve-se respeitar a privacidade, confidencialidade e os interesses dos entrevistados. É importante observar o princípio de ‘não prejudicar’, e ter a precaução de não criar expectativas pouco realistas durante os diagnósticos da situação (por exemplo, os entrevistados devem compreender que os avaliadores podem não voltar, caso eles não consigam financiamentos para as propostas). Devem ser evitadas questões invasivas. As organizações devem fazer todo o possível para garantir que a participação de membros da comunidade no diagnóstico da situação seja de fato voluntária. As pessoas que entrevistam crianças ou outros grupos com necessidades específicas (tais como sobreviventes de violência com base em gênero) devem ter experiências e habilidades apropriadas. Sempre que possível, deve-se dar apoio aos consultados que necessitem de acesso aos serviços disponíveis de SMAPS.
- **Equipes de diagnóstico.** Os avaliadores devem ser treinados nos princípios éticos mencionados acima e devem possuir boas habilidades interpessoais e para entrevistas.

As equipes de avaliação devem ter um equilíbrio de gênero apropriado e devem saber sobre SMAPS e o contexto local.

- **Métodos de Coleta de Dados** Os métodos qualitativos relevantes na coleta de dados são: revisão da bibliografia, atividades em grupo (por exemplo, discussões de grupos focais), entrevistas com fontes de informação-chave, observações e visitas no local. Pode ser útil adotar métodos quantitativos, tais como questionários curtos e análises de dados existentes nos sistemas de saúde. Na medida do possível, cabe utilizar fontes múltiplas de dados para fazer verificações cruzadas e validar as informações e análise. As pesquisas que buscam avaliar a prevalência de transtornos mentais causados por emergência (pesquisas epidemiológicas psiquiátricas) tendem a ser desafiadoras, com o uso de muitos recursos e com demasiada frequência, resultando em controvérsias – e, como tal, vão além das respostas mínimas (ver página 45). Uma alternativa útil pode ser utilizar os dados existentes da documentação para efetuar projeções aproximadas (ver a [Lista de Ações 6.2](#) com um exemplo dessas projeções).
- **Dinâmica e Prazo.** Os diagnósticos da situação devem ser suficientemente rápidos para serem eficazes na programação para as emergências. É geralmente adequado ter um processo de avaliação dinâmica e gradual que consiste, por exemplo, em duas fases:

1. *Diagnóstico Inicial (“rápido”)*, com foco principalmente na compreensão das experiências e da situação atual da população afetada, juntamente às capacidades da comunidade para se organizarem, bem como, as deficiências da programação. Isso normalmente deve ser realizado dentro de 1 a 2 semanas.

2. *Diagnósticos detalhados da situação*, conduzidos de forma mais rigorosa. Eles abordam as várias questões destacadas na tabela acima e são realizados conforme o desenrolar da emergência.

4. Compilar e disseminar os resultados da avaliação.

- As organizações devem compartilhar os resultados de seus diagnósticos de maneira oportuna e acessível com a comunidade, com o grupo coordenador e com outras organizações pertinentes. As informações que são privadas – que podem identificar os indivíduos ou determinadas comunidades ou que colocam em perigo os membros da população afetada, ou os membros da equipe - não devem ser divulgadas publicamente. Tais informações devem ser compartilhadas somente para a proteção das pessoas afetadas ou dos membros da equipe, e portanto, somente com as agências pertinentes.

- O grupo coordenador deve documentar, compilar, analisar e disseminar os resultados de diagnósticos a todas as partes interessadas (por exemplo, colocar os resultados na internet e conduzir sessões de feedback com as comunidades).
- Os atores de SMAPS devem utilizar os diagnósticos como recurso e orientação para o planejamento, monitoramento e avaliação dos programas (ver Lista de Ações 2.2).

Referências principais

1. Action by Churches Together (ACT) Alliance, Lutherhjälpen, Norwegian Church Aid and Presbyterian Disaster Services (2005). Community Assessment of Psychosocial Support Needs. Chapter 6, Community Based Psychosocial Services: A Facilitator's Guide. <http://www.svenskakyrkan.se/tcrot/lutherhjalpen/psychosocialservices/pdf/psychosocialservices.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation of Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. Assessments, Chapter 3. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
3. Bolton P. (2001). Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision. <http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.html>
4. Médecins Sans Frontières (2005). Field Assessments. Chapter 1, Part III, Mental Health Guidelines: A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in Areas of Mass Violence. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
5. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mausiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A. and Fonseca Amiral Z. (2004). 'Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation'. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 38:929-32. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
6. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Initial Assessment, pp.29-33. <http://www.sphereproject.org/handbook/>
7. UNICEF East Asia and Pacific Office and Regional Emergency Psychosocial Support Network (2005). Handbook of Psychosocial Assessment for Children and Communities in Emergencies. <http://www.crin.org/docs/Handbook%20new%20update.pdf>
8. World Health Organization (2005). Mental Health Atlas. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

Exemplos de indicadores de processo

- As organizações estabelecem seus diagnósticos da situação levando em consideração e aproveitando as informações sobre saúde mental e bem-estar psicossocial já coletadas por outras organizações.
- Deve-se compilar e difundir (por exemplo, pelo grupo de coordenação) a informação sobre

os diagnósticos da situação relacionadas a questões de SMAPS elaboradas por diversas organizações (como indicado na tabela das páginas 40 e 41).

Pesquisas epidemiológicas de transtornos mentais e reações de ansiedade

As pesquisas epidemiológicas na população em geral podem (a) fornecer dados sobre a prevalência na população de diferentes transtornos mentais e sinais de ansiedade e (b) identificar fatores de risco associados (por exemplo, ser do sexo feminino), fatores de proteção (por exemplo, ter um trabalho), fatores e taxas de utilização de serviços que afetam a busca por ajuda. Tais pesquisas, caso bem conduzidas, podem ser utilizadas para o planejamento de programas, tarefas de promoção, desenvolvendo uma melhor base de evidência para os programas e avanços do conhecimento científico. Além disso, caso repetido, serve para o monitoramento do processo de recuperação natural (recuperação espontânea sem intervenção planejada) que ocorre em muitas pessoas na população.

No entanto, há muitos desafios na realização de pesquisas epidemiológicas úteis e válidas nas emergências. Até o momento, a grande maioria destas pesquisas não tem sido bem sucedida ao distinguir os transtornos mentais das reações de ansiedade não patológicas. Os instrumentos utilizados em tais pesquisas têm sido geralmente validados somente em situações fora de emergência, para populações clínicas na busca de ajuda, e para aqueles que têm maior probabilidade de que a ansiedade seja um sinal de psicopatologia para uma pessoa comum, membro de uma comunidade em situações de emergência. Em consequência, muitas pesquisas deste tipo aparentam ter números superestimadas de transtorno mental, sugerindo de forma incorreta que proporções substanciais da população se beneficiariam da assistência clínica psiquiátrica ou psicológica. De forma similar, os instrumentos utilizados na maioria das pesquisas anteriores não têm sido validados para a cultura em que elas têm sido aplicadas, criando mais incerteza sobre como interpretar os resultados.

A experiência tem demonstrado que é preciso contar com conhecimentos técnicos consideráveis para conduzir pesquisas psiquiátricas sólidas, de maneira rápida o suficiente para influenciar substancialmente os programas em uma emergência. Embora as pesquisas psiquiátricas bem conduzidas possam fazer parte de uma Resposta Abrangente, tais pesquisas vão além das respostas mínimas, que são definidas nessas diretrizes como respostas de alta prioridade e essenciais que deveriam ser implementadas o mais rapidamente possível em uma emergência (ver o capítulo 1).

Caso as pesquisas epidemiológicas psiquiátricas sejam conduzidas em contextos de emergência, uma atenção especial deve ser dada (a) ao validar os instrumentos para a situação do local (ver referência 3 acima) e (b) ao incluir a avaliação de indicadores que podem ser relacionados com problemas de saúde mental graves (por exemplo, tendências suicidas; impossibilidade sustentar a si mesmo ou a família; comportamentos estranhos ou perigosos para terceiros; e indicadores definidos localmente de impedimentos graves do desempenho) (ver referência 5).

Histórico

O diagnóstico da situação, planejamento, monitoramento e avaliação são partes do mesmo ciclo do programa. O monitoramento de emergências é o processo sistemático de coleta e análise de informações como fontes para as tomadas de decisão relacionadas às novas atividades humanitárias em curso ou às possíveis novas atividades. A avaliação inclui a análise da relevância e eficiência das atividades concluídas ou em andamento. Em resumo, o objetivo do monitoramento e avaliação (sigla em inglês M&E) em emergências é melhorar a ação humanitária ao coletar informações sobre a implementação e o impacto da assistência, e ao utilizar esta informação para melhorar e adaptar os programas em um contexto de mudança.

As atividades de monitoramento e avaliação devem se basear preferencialmente nas abordagens participativas (ver referências principais abaixo). Isso significa que as comunidades afetadas devem participar o máximo possível de todos os aspectos do processo M&E, incluindo a discussão sobre os resultados e suas implicações (ver [Lista de Ações 5.1](#) para uma descrição de diferentes níveis de envolvimento da comunidade).

A [Lista de Ações 2.1](#) foca no diagnóstico da situação e descreve os tipos de dados a serem coletados como parte de um diagnóstico inicial. Essa Lista de Ações aborda as atividades subsequentes de monitoramento e avaliação

Ações principais

1. Definir um conjunto de indicadores para o monitoramento, de acordo com os objetivos e atividades definidos.

- Os critérios exatos de seleção de indicadores dependem dos objetivos do programa e como eles são importantes e viáveis na situação de emergência.
- É preciso formular indicadores de processos, de satisfação e de resultados de maneira coerente com os objetivos definidos inicialmente.
- Os indicadores de processos descrevem as atividades e abrangem a qualidade, quantidade, cobertura e utilização de serviços e programas (por exemplo, número de reuniões comunitárias).

- Os indicadores de satisfação descrevem o grau de satisfação da população afetada com a atividade (por exemplo, o número de pessoas que tem uma opinião positiva, neutra e negativa sobre um programa). Os indicadores de satisfação podem ser vistos como um subgrupo de indicadores de processos.
- Os indicadores de resultados descrevem as mudanças ocorridas na vida das pessoas, de acordo com os objetivos preestabelecidos. Esses indicadores visam descrever o nível de sucesso ou falha da intervenção. Embora determinados indicadores de resultados sejam provavelmente significativos na maioria dos contextos (por exemplo, nível de funcionalidade diária), a decisão de se considerar “sucesso” um programa psicossocial deve ser discutida no diálogo com a população afetada. Embora os indicadores de processos e de satisfação sejam ferramentas úteis para o aprendizado a partir da experiência, os indicadores de resultados fornecem dados mais sólidos para fundamentar a ação.
- A coleta de dados referentes aos indicadores em situações de emergências fornece informações de base não somente para as respostas mínimas (tais como as destacadas neste documento), mas também para a ação humanitária abrangente e a longo prazo.
- Há uma sigla em inglês que resume como devem ser os indicadores: SMART (Específicos, Mensuráveis, Alcançáveis, Relevantes e com Tempo Limitado).
- Geralmente, somente poucos indicadores podem ser viavelmente monitorados ao longo do tempo. Portanto, os indicadores devem ser escolhidos com base no princípio “poucos, mas poderosos”. Eles devem ser definidos de maneira que possam ser obtidos facilmente, sem causar interferências no trabalho diário da equipe ou da comunidade.
- Os dados relativos aos indicadores devem discriminar a idade, gênero e local, quando possível.

2. Realizar os diagnósticos de situação de maneira participativa e eticamente apropriada.

- Para o monitoramento e a avaliação se aplicam os mesmos princípios de medida do diagnóstico da situação. Consulte a Ação principal 3 da [Lista de Ações 2.1](#) para uma análise detalhada das questões relacionadas a participação, inclusão, análise, situações de conflito, princípios éticos, apropriação cultural, equipes de diagnóstico e métodos de coleta de dados, incluindo dados de epidemiologia psiquiátrica.
- Para as intervenções de monitoramento e avaliação, os indicadores precisam ser medidos antes e depois da intervenção para verificarem se houve qualquer mudança. No entanto, é

necessário um projeto muito mais rigoroso para determinar se uma intervenção foi a causa da mudança. Tais projetos tendem a ir além da resposta mínima, que neste documento é definida como respostas de alta prioridade e essenciais, que devem ser implementadas o mais rapidamente possível em uma emergência.

- Os dados quantitativos devem ser complementados com os dados qualitativos pertinentes (por exemplo, testemunhos das experiências das pessoas afetadas).

3. Utilização do monitoramento para reflexão, aprendizagem e mudança.

- Durante uma situação de emergência, podem ser coletados, periodicamente, dados referentes aos indicadores selecionados e fazer um acompanhamento regular nos meses ou anos subsequentes. Por exemplo, caso seja realizado um tipo específico de diagnóstico e análise da situação em uma emergência, o mesmo processo pode ser repetido em intervalos regulares (por exemplo, 6, 12 e 18 meses depois) a fim de investigar mudanças para ajudar as partes interessadas a repensar as ações se necessário.
- As principais conclusões sobre o monitoramento e a avaliação devem ser divulgadas a todas as partes interessadas, inclusive ao governo, órgãos de coordenação e a população afetada. As informações para a população afetada devem ser distribuídas de forma acessível (por exemplo, em idiomas locais e de forma inteligível para pessoas com baixos níveis de alfabetização).
- Para facilitar a reflexão, aprendizagem e mudança, os diálogos participativos são úteis como meio para se distanciar da realidade e refletir sobre o significado dos dados e a maneira de ajustar as atividades, considerando o que já foi aprendido.

Referências principais

1. Action Aid International. Participatory Vulnerability Analysis: A step-by-step guide for field staff. <http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/PVA%20final.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP). Chapter 6: 'Monitoring'; Chapter 7: 'Evaluation'. In Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.193-227. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
3. Bolton P. and Tang A.M. (2002). 'An alternative approach to cross-cultural function assessment'. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37:537-43. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Bragin M. (2005). 'The community participatory evaluation tool for psychosocial programmes: A guide to implementation'. Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict 3, 3-24. http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03_24%20Bragin%20.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- São definidos os indicadores de processos e resultados SMART (específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com tempo limitado) para os programas de saúde mental e apoio psicossocial.
- Os indicadores são avaliados regularmente, conforme apropriado.
- As principais partes interessadas, incluindo a população afetada, participam de todos os aspectos do processo de M&E, incluindo a discussão de resultados e suas implicações.

Exemplo: El Salvador, 2001

- As autoridades locais, uma equipe da comunidade psicossocial proveniente de uma universidade local e uma ONG internacional estabeleceram um sistema de M&E em um acampamento de 12.000 pessoas afetadas por um terremoto.

Exemplo: El Salvador, 2001

- As autoridades locais, uma equipe da comunidade psicossocial proveniente de uma universidade local e uma ONG internacional estabeleceram um sistema de M&E em um acampamento de 12.000 pessoas afetadas por um terremoto.
- Graças ao sistema, foram coletados dados qualitativos e quantitativos sobre o apoio mútuo, solidariedade, segurança, liderança, processos na tomada de decisão, acesso a informações atualizadas, percepção de autoridades, emprego, atividades normalizadoras, percepção da coesão comunitária e percepção do futuro. O sistema envolveu uma pesquisa de base com acompanhamentos regulares de três meses, em uma amostra aleatória de 75 barracas. Em cada ocasião, os dados foram coletados dentro de um período de 24 horas por cinco voluntários.
- Após três meses, o sistema de M&E detectou uma diminuição significativa nas percepções de apoio mútuo e solidariedade. Foram adotadas medidas apropriadas (por exemplo, o reagrupamento das barracas e das cozinhas para facilitar as atividades em grupo). Três meses depois, a pesquisa mostrou um aumento na confiança na liderança e nos processos de tomadas de decisão, indicando que a tendência tinha sido revertida.

Aplicar uma estrutura de direitos humanos através de serviços de saúde mental e apoio psicossocial

Função: Padrões e normas dos direitos humanos Fase:

Resposta mínima

Histórico

Na maioria das emergências, são comuns os casos de violações de direitos humanos. Muitas das características que definem a emergência – deslocamento, desagregação da família e das estruturas sociais, falta de acesso a serviços humanitários, erosão de sistemas tradicionais de valores, cultura de violência, governo deficiente, ausência de mecanismos de prestação de contas e falta de acesso aos serviços de saúde – implicam nas violações dos direitos humanos. O descumprimento das normas internacionais de direitos humanos se encontra frequentemente nas causas e nas consequências do conflito armado. As violações dos direitos humanos e o governo deficiente também podem agravar o impacto dos desastres naturais. [No Capítulo 1](#), destaca-se os grupos que podem correr riscos particulares durante as situações de emergências, incluindo as pessoas que são ameaçadas por razões políticas. Essas pessoas são mais prováveis de sofrerem violações de direitos e correm mais riscos de apresentarem distúrbios emocionais, problemas psicossociais e transtorno mental.

Em situações de emergências, existe uma relação estreita entre a promoção de saúde mental e o bem-estar psicossocial, bem como entre a promoção e a proteção dos direitos humanos. Ao promover o cumprimento das normas de direitos humanos, como os direitos à saúde, educação ou proteção contra a discriminação, contribui-se com a criação de um ambiente de proteção e apoio à proteção social ([ver Lista de Ações 3.2](#)) e à proteção jurídica ([ver Lista de Ações 3.3](#)). A promoção das normas internacionais de direitos humanos estabelece a base para a prestação de contas e a introdução de medidas para eliminar a discriminação, maus tratos e violência. Ao adotar medidas para promover e proteger os direitos humanos, reduzem-se os riscos para as pessoas afetadas pela emergência.

Ao mesmo tempo, a assistência humanitária auxilia as pessoas a perceberem os inúmeros direitos, podendo reduzir as violações de direitos humanos. Por exemplo, ao permitir que os grupos em risco tenham acesso a moradia, abastecimento de água e saneamento, aumentam-se as possibilidades de acesso à distribuição de alimentos, melhora-se a saúde e reduzem-se os riscos de discriminação e abuso. Ao fornecer também apoio psicossocial, incluindo habilidades cotidianas de subsistência para mulheres e meninas, podem ser reduzidos seus riscos ao terem que adotar estratégias de sobrevivência, tais como prostituição, que as expõem a riscos adicionais de violações dos direitos humanos. No entanto, deve-se tomar cuidado para não estigmatizar os grupos vulneráveis, dando assistência exclusivamente a eles.

Dado que a promoção dos direitos humanos anda lado a lado com a promoção da saúde mental e bem-estar psicossocial, os atores destes temas têm uma responsabilidade dupla. Em primeiro lugar, conforme indicado nas ações principais 1 a 3 abaixo, eles devem garantir que os programas de saúde mental e apoio psicossocial apoiem os direitos humanos.

Em segundo lugar, conforme indicado nas ações 4 a 5 abaixo, deve ser responsabilidade de todos os trabalhadores humanitários, independente do setor, promover os direitos humanos e proteger as pessoas em risco de abuso e exploração.

Ações principais

1. Promover a observação das normais de direitos humanos internacionais em todas as modalidades de serviços de saúde mental e apoio psicossocial em emergências.

- Promover a prestação de serviços inclusivos e não discriminatórios, evitar a institucionalização desnecessária de pessoas com transtornos mentais, e respeitar a liberdade de pensamento, consciência e religião na saúde mental e assistência psicossocial.
- Auxiliar os beneficiários de serviços de saúde mental e apoio psicossocial a compreenderem seus direitos.
- Respeitar, a todo o momento, o direito dos sobreviventes de confidencialidade e consentimento informado, incluindo o direito de recusar tratamento.
- Proteger os sobreviventes das violações de direitos humanos contra o risco de serem estigmatizados, incluindo-os em programas de maior alcance.

2. Implementar a saúde mental e o bem-estar psicossocial de modo que promovam e protejam os direitos humanos.

- Incorporar os direitos humanos como componente integral na formação, execução, monitoramento e avaliação dos programas de saúde mental e apoio psicossocial em emergências, especialmente para pessoas consideradas em situação de risco. Incluir a sensibilização de direitos humanos em programas de apoio psicossocial.
- Colaborar com as partes interessadas em diferentes níveis (família, comunidade, ONGs locais e nacionais e governo) para garantir que compreendam suas responsabilidades.
- Quando apropriado, considerar a possibilidade de organizar discussões sobre direitos humanos como meio para mobilizar as comunidades para que reivindiquem seus direitos e fortaleçam o apoio social da comunidade (ver exemplo na página 54).
- Analisar o impacto dos programas sobre as violações dos direitos humanos atuais e futuros (possíveis).

- Quando apropriado, considerar a possibilidade de compartilhar informações destes programas com as organizações de defesa dos direitos humanos. O que pode incluir: comunicar testemunhos anônimos e voluntários para fins de promoção. É imprescindível considerar quais são os riscos para os beneficiários e para a equipe local e internacional, bem como aderir às normas rígidas de privacidade, proteção de dados, confidencialidade e consentimento informado.

3. Incluir no treinamento de todos os trabalhadores relevantes um enfoque nos direitos humanos e na proteção.

- Fornecer treinamento para os trabalhadores humanitários locais e internacionais, em todos os setores, e para a equipe de serviços sociais e de saúde, trabalhando em serviços preexistentes, bem como para os oficiais do governo, incluindo a polícia e as forças armadas.
- Incorporar os direitos fundamentais da população afetada como componentes básicos do treinamento da equipe sobre seus códigos de conduta (ver Lista de Ações 4.2).
- Promover a inclusão do impacto psicossocial das violações de direitos humanos referentes aos sobreviventes no treinamento da equipe das organizações de direitos humanos e dos oficiais do governo. É preciso destacar a necessidade de usar técnicas apropriadas de entrevista, que respeitem os sobreviventes e considerem os impactos psicológicos dos eventos.
- Promover junto às organizações de defesa de direitos humanos a necessidade de oferecer apoio psicossocial para os sobreviventes, fornecendo-os informações sobre as estruturas de apoio disponíveis.

4. Estabelecer – dentro do contexto de serviços humanitários preexistentes – mecanismos para o monitoramento e denúncia de abuso e exploração.

- Prestar atenção particular nas pessoas em situações de maior risco.
- Ver Lista de Ações 4.2 para orientações.

5. Promover e fornecer assessoria específica para os Estados sobre como alinharem as leis, políticas e programas nacionais relevantes com as normas internacionais, e sobre o cumprimento de tais normas pelos órgãos governamentais (instituições, polícia, forças armadas etc.).

As tarefas de promoção devem ser iniciadas o mais logo possível na emergência, e devem levar em consideração a necessidade de adotar medidas de prevenção contra a violência e o abuso, bem como assegurar a prestação de contas nos casos de violações de direitos. É preciso promover políticas que favoreçam o direito à verdade, à justiça e à reparação. Os temas possíveis para promoção são:

- Eliminar os ataques a hospitais, escolas e mercados;
- Eliminar a discriminação contra grupos minoritários;
- Prevenir o recrutamento de crianças para forças armadas ou grupos armados;
- Libertar as crianças dos grupos armados ou detenção ilegal;
- Prevenir a violência sexual (incluindo tráfico e exploração sexual) e adotar as medidas de resposta necessárias;
- Facilitar o acesso à assistência humanitária para apoio e reabilitação.

É necessário considerar qual é a melhor maneira de responder em casos de descon siderações ou violações graves, levantando a questão com as partes envolvidas em nível internacional ou pela mídia, equilibrando o impacto potencial de qualquer intervenção com os riscos para os beneficiários e para a equipe local e internacional.

Referências principais

Instrumentos de direitos humanos universais relevantes

1. Uma visão geral detalhada dos instrumentos universais dos direitos humanos, inclusive informações sobre o seu estatuto de ratificação e textos completos estão disponíveis em: <http://www.ohchr.org/english/law/index.htm>. O site (em inglês) contém:

- Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, das Nações Unidas (1966)
- Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, das Nações Unidas (1966)
- Comentário Geral 14 sobre o direito ao mais alto nível possível de saúde, adotado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de maio de 2000 [E/C.12/2000/4, CESCR, 4 de julho de 2000]
- Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidades Mentais e para o Aprimoramento dos Serviços de Saúde Mental (1991)
- Convenções de Genebra (1949) e seus Protocolos adicionais (ICRC, 1977)
- Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional (1998)
- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (1989) e Protocolos Facultativos para a Convenção (2000)
- Convenção das Nações Unidas sobre o Estatuto dos Refugiados (1951)
- Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965)

- Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) e Protocolos Facultativos para a Convenção (1999).

Diretrizes e manuais

1. Amnesty International, International Human Rights Standards and Organisations, in Campaigning Manual, Chapter 6, www.amnesty.org/resources/pdf/campaigning-manual/chapter6.pdf.
(Para consultar o manual completo: <http://web.amnesty.org/pages/campaigning-manual-eng>).
Health and Human Rights Info. <http://www.hhri.org>
2. OCHA (forthcoming). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual.
3. Slim H. and Bonwick A. (2005). Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/protection/alnap_protection_guide.pdf
4. Tearfund. Setting the Standard: A common approach for child protection in NGOs. <http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Child%20Protection%20Policy.pdf>
5. UN Guiding Principles on Internal Displacement (1998). <http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/principles.htm>
6. UNICEF and the Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2003). Guide to the Optional Protocol on Children in Armed Conflict. http://www.unicef.org/publications/files/option_protocol_conflict.pdf
7. UNICEF. A Principled Approach to Humanitarian Action, e-learning course. www.unicef.org/path

Exemplos de indicadores de processo

- Os programas de saúde mental e apoio psicossocial seguem às normas de direitos humanos internacionais, e foram elaborados visando proteger a população contra a violência, abuso e exploração.
- O treinamento da equipe de programas de saúde mental e apoio psicossocial deve estar centrado nos direitos humanos.
- São estabelecidos mecanismos apropriados para o monitoramento e denúncia de casos de abuso e exploração de civis.

Exemplo: Território Palestino ocupado, 2000

- Uma agência das Nações Unidas desenvolveu oficinas, em que os adolescentes discutiam sobre seus papéis na comunidade contra um histórico de conflito contínuo e que estava deteriorando seus direitos à educação, saúde, participação e proteção contra a violência, entre outros direitos.

- Muitos adolescentes sentiam-se sem esperança e alguns acreditavam que a violência era a única opção, enquanto outros discutiam sobre as maneiras não violentas de protegerem seus direitos.
- Os adolescentes concordaram: em utilizar um fórum de adolescentes para promover seus direitos junto aos tomadores de decisões palestinos; em utilizar a mídia para divulgarem suas situações, direitos e opiniões sobre o que deveria ser feito; em trabalhar como voluntários treinados em serviços de saúde; em conduzir atividades de lazer para crianças mais novas; e em estabelecer um sistema de apoio entre pares.
- Ao proporcionarem opções concretas para que os jovens contribuíssem com sua comunidade e reafirmassem seus direitos, esses programas forneceram objetivos de construção de solidariedade e esperança, e envolveram os adolescentes como modelos de comportamento construtivo respeitados na comunidade

Action Sheet 3.2

Identify, monitor, prevent and respond to protection threats and failures through social protection

Function: Protection and human rights standards

Phase: Minimum Response

Histórico

Em situações de emergência, ocorre uma interação completa entre as ameaças à proteção e a saúde mental e o bem-estar psicossocial. Os sobreviventes geralmente relatam que as maiores fontes de estresse são as ameaças, como ataque e perseguição, deslocamento forçado, violência de gênero, separação ou sequestro de membros da família, pobreza extrema e exploração, bem como maus tratos. Esses problemas de proteção resultam em um sofrimento imediato e podem interferir na reconstrução de redes sociais e no senso de comunidade, ambos os quais apoiam o bem-estar psicossocial. As emergências podem também exacerbar as diferenças de poder dentro da população afetada, aumentando a vulnerabilidade de pessoas já marginalizadas.

Sem prestar atenção nas questões sobre proteção, as atividades de SMAPS podem focar-se demais nos sintomas e consequências, em vez de tratar as causas subjacentes e persistentes. Portanto, a criação de um ambiente de proteção é uma parte integrante do apoio psicossocial. As questões psicossociais e de saúde mental também podem contribuir para ameaças à proteção. Por exemplo, as crianças que perdem seus familiares e que estão extremamente aflitas enfrentam riscos de vida nas ruas, podendo ser exploradas ou, em algumas emergências, participando de grupos armados. Além disso, as pessoas com transtornos mentais graves podem perambular, se expondo a perigos que a maioria das outras pessoas pode evitar.

A proteção exige mecanismos sociais e jurídicos. A proteção jurídica deve aplicar instrumentos de direitos humanos internacionais (ver [Lista de Ações 3.1](#)), e leis nacionais e internacionais (ver [Lista de Ações 3.3](#)). A proteção social, tema desta Lista de Ações, ocorre, em grande medida, ativando e fortalecendo as redes sociais e mecanismos comunitários, que reduzem os riscos e atendem às necessidades imediatas. A proteção é uma responsabilidade coletiva dos Estados, das populações afetadas e a da comunidade humanitária. (ver *The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief* [Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, e as ONGs para Auxílio de Desastres]).

Os trabalhadores humanitários, sejam eles a população afetada, agências externas ou ambos, podem contribuir de inúmeras formas para a proteção. Um passo fundamental é prestar assistência em vários setores chave (ver [Listas de Ações 9.1, 10.1 e 11.1](#)) de forma

que apoie as pessoas vulneráveis, recupere a dignidade e auxilie na reconstrução de redes sociais. Grande parte da proteção social efetiva ocorre quando os residentes locais se organizam entre si para responderem às ameaças à proteção, deste modo percebem que podem cuidar deles mesmos e que podem contar com mecanismos sustentáveis de proteção. Como complemento desse trabalho, deve-se conduzir atividades realizadas por especialistas de proteção. Por exemplo, os trabalhadores qualificados na proteção da criança devem abordar as vulnerabilidades especiais delas, e devem promover capacidades locais para sua proteção. Essa Lista de Ações destina-se tanto aos especialistas, como aos não-especialistas.

Ações principais

1. Com base nos diagnósticos especializados da situação de proteção, determinar se deve-se coletar as informações sobre ameaças à proteção, e quando e como fazer isso.

Muitas atividades de diagnósticos referentes à proteção devem ser realizadas por especialistas de proteção que tenham conhecimento técnico e que entendam sobre o contexto local. Devem adotar medidas para evitar que os não-especialistas conduzam diagnósticos sobre situações delicadas como, violência sexual, tortura ou prisão. No entanto, há um importante papel para o trabalho não especializado. Por exemplo, os educadores devem adquirir conhecimentos sobre os riscos de proteção à criança e como oferecer uma educação segura. A fim de ser eficaz, o trabalho não especializado deve ser baseado na atuação dos especialistas de proteção, procurando:

- Ter conhecimento sobre as ameaças identificadas de proteção;
- Consultar os especialistas de proteção antes de iniciar atividades sociais de proteção;
- Ter conhecimento sobre os motivos pelo quais os canais existem para relatar as questões de proteção social;
- Avaliar quais são os perigos (para os entrevistadores, entrevistados, trabalhadores humanitários e para a população local) relacionados na formulação de perguntas. Perguntar a informantes-chave confiáveis de facções ou subgrupos diferentes:
 - O que é permitido perguntar de forma segura?
 - Quando e onde é seguro fazer perguntas?
 - Quais perguntas devem ser evitadas para não causar danos?

Antes de entrevistar os sobreviventes de tortura, é necessário perguntar se ao fazer isso colocará outros membros de suas famílias em perigo; quem poderia conduzir entrevistas de forma segura; onde e quando conduzir entrevistas; e quais os riscos de represálias contra os sobreviventes depois de tê-los entrevistados.

2. Realizar uma avaliação participativa multidisciplinar para determinar as capacidades e as ameaças à proteção

- Conduzir um diagnóstico da situação das preocupações de proteção:
 - Ver [Lista de Ações 2.1](#) para diretriz sobre a condução de avaliações de maneira participativa apropriada e ética.
 - Incluir na equipe os membros do grupo afetado que tenham recebido treinamento e apoio, desde que eles sejam vistos como imparciais e que isso seja seguro para todos os envolvidos.
 - Determinar se é aceitável discutir questões delicadas sobre proteção, tanto com as pessoas individualmente como em situações de grupo.
 - Identificar em diferentes situações (por exemplo, acampamentos, trajetos de pessoas que coletam água ou lenha, locais de ensino não formal, mercados) as ameaças à proteção, como violência de gênero, ataques a civis, deslocamento forçado, sequestro, recrutamento de menores, tráfico, exploração, trabalho perigoso, minas terrestres, exposição à HIV/AIDS e abandono de pessoas em instituições. No entanto, é preciso evitar a utilização de uma lista de verificação detalhada, que pode limitar as pessoas que fazem o diagnóstico a perceberem apenas ameaças de proteção emergencial ou outros tipos.
- Prestar atenção para que sejam evitados danos, fazendo perguntas como as seguintes:
 - Quais fatores causaram a violência e quem são os culpados?
 - Os culpados ainda se encontram presentes e estão intimidando os residentes locais ou as pessoas que oferecem proteção?
 - Ocorreu separação familiar? Ainda está acontecendo?
 - Onde estão as crianças separadas ou desacompanhadas?
 - O que aconteceu com os idosos/deficientes?
 - O que aconteceu com as pessoas que estavam internadas em instituições e hospitais?
 - Quais são as preocupações atuais quanto à segurança e à proteção?

- Analisar as capacidades locais para proteção, fazendo perguntas como as seguintes:
 - No passado, como os grupos nas comunidades lidaram com as ameaças à proteção similares as atuais, e o que as pessoas estão fazendo no momento?
 - Como a crise afetou os sistemas de proteção e os mecanismos de enfrentamento que estavam em funcionamento anteriormente?
 - Onde estão as pessoas que normalmente forneciam proteção?
 - Alguns dos recursos presumidos de proteção – como a polícia, soldados, pacificadores ou escolas – estão criando ameaças à proteção?
- Sempre que possível, coletar dados discriminados por gênero e idade.
 - Estabelecer protocolos e diretrizes de consentimento informado e sobre a documentação, armazenamento e a comunicação de informações confidenciais.
 - Comunicar todas as equipes setoriais e intersetoriais de avaliação da situação e todos os mecanismos de coordenação quais são as preocupações identificadas em relação à proteção.

3. Ativar ou estabelecer mecanismos de proteção social, construindo capacidades de proteção local quando necessário.

- Conforme apropriado ao contexto, mobilizar as pessoas que tenham ou que tiveram anteriormente um papel na organização da proteção, ou na assistência comunitária, garantindo que as mulheres e outros grupos chave em risco sejam representados.
- Criar uma conscientização local sobre como denunciar as violações de proteção.
- Estabelecer, quando viável, um Grupo de Trabalho de Proteção (GTP) que se baseie nas iniciativas existentes, sempre quando possível, incorpore atores diversos (incluindo organizações de direitos humanos) e sirva como um órgão responsável referente à proteção a atores humanitários. Os GTPs auxiliam no monitoramento e na resposta a questões sobre proteção, podendo ser instituídos em aldeias, acampamentos ou grandes áreas geográficas. Eles devem ter papéis definidos, como identificar e sanar deficiências de proteção e poder compartilhar as melhores práticas.
- Organizar treinamentos realizados por especialistas de proteção para promover a capacitação dos grupos de trabalho de proteção, se necessário, incluindo materiais sobre os riscos enfrentados por pessoas com transtornos mentais.
- Sempre quando possível, vincular o GTP com outros mecanismos de proteção em áreas vizinhas, formando redes de proteção regional que trocam informações sobre as ameaças.

- Fornecer acesso à educação como uma medida de proteção (ver Lista de Ações 7.1), garantindo que os docentes compreendam como garantir segurança na educação.

4. Monitorar as ameaças de proteção, compartilhando informações com os órgãos relevantes e partes interessadas.

- Detectar ameaças de proteção e as mudanças em sua natureza, intensidade, padrão e foco em diferentes lugares, como escolas e mercados.
- Por meio dos GTPs e organizações ativas sobre as questões de proteção, compartilhar regularmente informações com as partes interessadas de proteção, criando, sempre quando possível, uma base de dados central acessível a diferentes agências e oferecendo dados discriminados por idade e gênero.
- Estabelecer lugares para a troca de informações pertinentes às questões de segurança e ameaças de proteção (ver Lista de Ações 8.1), de maneira que os membros da população afetada e os trabalhadores de distintas agências possam fornecer informações confiáveis, e desse modo, reduzir a disseminação de rumores.
- Proteger a confidencialidade e compartilhar informações de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo GTP.

5. Responder às ameaças de proteção adotando medidas apropriadas e guiadas pela comunidade.

- Garantir que as intervenções se baseiem na consulta e, quando possível, na participação das comunidades afetadas.
- Aprender das experiências da comunidade de resposta às ameaças e, quando apropriado, basear-se nessas experiências e apoiar as estratégias que a comunidade (ou um segmento dela) desenvolveu para se proteger.
- Organizar respostas apropriadas de proteção social, como:
 - Organizar espaços protegidos, (ver Lista de Ações 5.1) onde as crianças podem brincar e os adultos podem se encontrar para discutir as medidas que aumentam a proteção e o bem-estar;
 - Estabelecer sistemas para identificação, documentação, rastreamento, reunificação e acordos de assistência temporária de crianças separadas (ver Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children nas referências principais abaixo);
 - Proporcionar apoio de emergência em lugares protegidos, centros ou áreas designadas

para famílias e indivíduos extremamente vulneráveis;

- Ativar os procedimentos locais de resolução de conflitos;
- Ativar os procedimentos locais para auxiliar as pessoas que correm maior risco (ver Lista de Ações 5.2);
- Oferecer pequenos subsídios, quando apropriado, para mitigar as ameaças econômicas contra o bem-estar;
- Apoiar as ações locais para diminuir os riscos expostos por minas terrestres, munições não deflagradas e poços descobertos;
- Impedir que grupos externos levem órfãos, mulheres jovens e solteiras ou outras pessoas vulneráveis em maior risco.
- Organizar apoio para os sobreviventes de abuso que estão em condições de sofrimento psicológico grave (ver as Listas de Ações 5.2 e 6.1).
- Evitar destacar ou identificar determinados subgrupos para receber assistência, a menos que isso tenha importância crítica para prevenir mais danos. Por exemplo, considerar a possibilidade de organizar grupos de mulheres, em vez de grupos de mulheres que foram violentadas sexualmente.
- Integrar os aspectos de proteção em todos os setores de assistência humanitária, adotando medidas como as seguintes:
 - Monitorar a distribuição de assistência alimentícia a fim de garantir que cheguem às crianças e a outras pessoas necessitadas;
 - Monitorar os programas de abrigo para garantir que aqueles que precisam de assistência especial recebam apoio na obtenção de abrigo adequado;
 - Garantir que as instalações sanitárias estejam próximas às acomodações das pessoas, e que sejam iluminadas e seguras para mulheres e crianças;
 - Desenvolver uma estratégia intersetorial relacionada à violência de gênero, quando apropriado.

6. Prevenir as ameaças à proteção através de uma combinação de atividades de programação e de promoção.

- Impor códigos de conduta para trabalhadores humanitários que protejam as crianças e previnam o abuso e a exploração sexual (ver Lista de Ações 4.2).
- Desenvolver uma estratégia de promoção, em colaboração com os residentes locais e grupos de coordenação relevantes, abordando questões fundamentais, como:

- Medidas para proteger a integridade física e a segurança da população;
- Necessidade de contar com um financiamento flexível de longo prazo para responder a ameaças complexas e instáveis;
- Normas de assistência apropriadas para crianças deixadas em orfanatos e instituições.
- Estabelecer procedimentos referentes ao acesso ético da mídia a pessoas vulneráveis, reconhecendo que a atenção da mídia pode conduzir a: (a) represálias contra crianças ex-soldados ou sobreviventes de abuso sexual; (b) um sofrimento relacionado à violação de confidencialidade, a um número excessivo de entrevistas ou ao uso de perguntas inapropriadas; e (c) o estigma por ser individualizado.
- Proporcionar informações de maneira que as pessoas possam compreender, permitindo que elas tomem decisões informadas sobre as principais questões relacionadas à proteção ([ver Lista de Ações 8.1](#)).

Referências principais

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) [2005]. Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. <http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
2. IASC [2002]. Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action. <http://www.icva.ch/files/gstree.pdf>
3. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
4. IASC (2006). Protecting Persons Affected By Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/IASC%20Operational%20Guidelines%20final.pdf>
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Save the Children UK. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/opedoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
6. IFRC and ICRC (1994). The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief. <http://www.ifrc.org/publicat/conduct/index.asp>
7. InterAction (2004). Making Protection a Priority: Integrating Protection and Humanitarian Assistance. http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html
8. OCHA (forthcoming). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan:

A Step-by-Step Manual.

9. UNHCR. Operational Protection in Camps and Settlements: A reference guide of good practices in the protection of refugees and other persons of concern. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=448d6c122>

10. UNICEF. Ethical Guidelines for Journalists. www.unicef.org/ceecis/media_1482.html

Exemplos de indicadores de processo

- Os trabalhadores humanitários sabem que têm a responsabilidade de denunciar violações, e sabem a maneira como devem fazer tais relatos.
- Em acampamentos, aldeias ou áreas de assentamentos, há um grupo ou um mecanismo local de proteção envolvido no monitoramento, nas denúncias e na adoção de medidas de proteção.
- As medidas são tomadas para proteger as pessoas mais vulneráveis, incluindo as que têm deficiências mentais crônicas.

Exemplo: Serra Leoa, 2002

- Depois de uma década de guerra interna, as meninas que foram sequestradas e sexualmente exploradas por grupos armados geralmente viravam objetos de estigma, assédio e de ataques quando voltavam para suas aldeias.
 - Uma ONG internacional organizou diálogos comunitários para auxiliar os residentes locais a entenderem que as meninas foram forçadas a praticar ações indevidas e haviam sofrido intensamente durante a guerra.
 - As aldeias locais organizaram Comitês de Bem-Estar das Meninas que definiram e impuseram multas para o assédio e os maus tratos a elas.
 - Esse mecanismo comunitário de proteção reduziu drasticamente os abusos contra as meninas e promoveram a reintegração na vida civil.
-

Identificar, monitorar, prevenir e responder a ameaças de proteção e abusos através da proteção jurídica

Função: Padrões de proteção e direitos humanos

Fase: Resposta mínima

Histórico

A ruptura da lei e ordem pública que ocorre em muitas emergências aumenta a vulnerabilidade das pessoas para violações dos direitos e das medidas de salvaguardas oferecidas pelos sistemas jurídicos nacionais e internacionais. Em conflitos armados, onde as infrações dos direitos humanos são geralmente difundidas e comprometidas com a impunidade, talvez as pessoas tenham muito medo de relatar os crimes ou, caso elas o façam, de sofrerem represálias. Essas condições roubam a dignidade e o respeito das pessoas, bem como o senso de controle sobre suas vidas e ambiente. Em consequência, é imprescindível a proteção judicial para promover a saúde mental e o bem-estar psicossocial.

A proteção judicial se refere à aplicação de leis de direitos humanos e direito internacional humanitário, que consagram os direitos intrínsecos de todas as pessoas, com medidas especiais de proteção para grupos em situação de risco (ver capítulo 1). Em virtude da lei internacional, os Estados se responsabilizam primordialmente pela proteção das pessoas em seus territórios. Nestas condições, devem-se utilizar as leis consuetudinárias e estatutárias nacionais como base para a proteção jurídica, quando elas forem coerentes com as normas jurídicas internacionais. Quando a proteção sob a lei nacional for deficiente ou não for viável, deve ser feito o possível para fornecer proteção jurídica de acordo com as normas internacionais estabelecidas, reconhecendo que essas são as normas mínimas aplicáveis para as quais a comunidade internacional deveria aderir em uma emergência. As atividades de proteção jurídica devem entrar em vigor desde as etapas iniciais de uma emergência, e tais pessoas envolvidas devem compreender a sensibilidade que tal trabalho pode exigir e a necessidade de considerar cuidadosamente os benefícios e riscos relativos a ele.

A segurança, dignidade e integridade são conceitos fundamentais das leis de direitos humanos e humanitário internacional e são também fundamentais para a abordagem psicossocial da ação humanitária. A proteção jurídica promove a saúde mental e o bem-estar psicossocial, ao proteger as pessoas de prejuízos, promover a dignidade, autoestima e segurança, e fortalecer a responsabilidade social e a transparência de suas ações. No entanto, os esforços de proteção jurídica podem ser prejudiciais quando os aspectos psicossociais forem ignorados. Por exemplo, os sobreviventes de crimes, tais como tortura ou violência sexual podem sentir-se culpados ou estigmatizados, como resultado dos processos judiciais. É importante colocar em prática a proteção jurídica de tal forma que o bem-estar psicossocial seja promovido.

Para atingir a proteção jurídica, é preciso estabelecer métodos de colaboração em nível local, nacional, regional e internacional. Nesta abordagem de parceria, muitos diferentes atores desempenham papéis importantes. Enquanto grande parte do trabalho de proteção jurídica é trabalho dos especialistas, todas as pessoas envolvidas na assistência humanitária têm a responsabilidade de apoiar a proteção jurídica adequada.

Ações principais

1. Identificar as principais ameaças à proteção e a situação dos mecanismos de proteção existentes, especialmente para pessoas que correm maiores riscos.

- Realizar avaliações participativas ([ver Lista de Ações 2.1](#)) com as pessoas que correm riscos mais elevados ([ver capítulo 1](#)) a fim de identificar: os principais riscos de proteção; capacidades e a habilidade das pessoas para prevenir e responder aos riscos; se os mecanismos de proteção locais estiverem disponíveis, até que ponto eles protegem bem ou deficientemente os diferentes grupos; e qual apoio adicional deve ser proporcionado ([ver também Lista de Ações 3.2](#)).
- Considerar os possíveis efeitos nocivos de tais diagnósticos da situação para a população, analisando os possíveis benefícios e riscos.

2. Aumentar a conscientização entre as pessoas afetadas sobre seus direitos jurídicos e suas possibilidades para reivindicar esses direitos da maneira mais segura possível, utilizando métodos de comunicação culturalmente adequados ([ver Lista de Ações 8.1](#)).

As ações podem incluir:

- Trabalhar junto aos líderes da comunidade e às autoridades locais pertinentes (tais como advogados, líderes de acampamentos, polícia etc.) para mobilizar e educar os membros da comunidade sobre os direitos jurídicos e a maneira de alcançar esses direitos de forma segura. As questões prioritárias podem incluir os direitos de acesso à assistência humanitária, a proteção especial para grupos em risco, os mecanismos para denúncias e seus possíveis riscos etc. As ações podem incluir:
- Organizar diálogos em grupo de maneira socialmente aceitável (ou seja, considerando os papéis segundo a idade e gênero, e usando as ferramentas apropriadas de comunicação) para discutir os direitos individuais e comunitários.
- Fornecer informações de acordo com a idade e o gênero em áreas públicas, tais como escolas, clínicas de saúde, locais de distribuição de alimento etc.

- Facilitar o uso de mecanismos jurídicos para garantir o acesso a bens e a serviços humanitários, garantindo que existam sistemas para apresentar denúncias, em caso de infrações graves aos direitos de acesso livre e seguro aos bens e serviços.

3. Apoiar mecanismos para o monitoramento, relato e adoção de medidas para as infrações de normas jurídicas.

- Determinar como e quando é apropriado denunciar as infrações. Reconhecer que, em algumas situações, os mecanismos oficiais, tais como a delegacia, são lugares apropriados para denunciar, considerando que, em outros casos, denunciar para a polícia pode criar um risco de prejuízo.
- Os atores humanitários devem informar sobre as negações de direitos, como o acesso à assistência humanitária ao órgão apropriado (por exemplo, às Comissões de Direitos Humanos ou ao Grupo de Proteção) e solicitar sua assistência para determinar quais são as possíveis ações.
- É preciso que, ao compartilhar informações, seja respeitada a confidencialidade e que sejam controlados os riscos de represálias ou de estigmatização.
- Pode ser apropriado utilizar mecanismos nacionais e/ou internacionais (por exemplo, a Resolução 1612 do Conselho de Segurança relativa a crianças afetadas por conflito armado).

4. Promover o cumprimento do direito internacional, das leis nacionais e consuetudinárias, de acordo com as normas internacionais.

As ações podem incluir:

- Identificar e disseminar as informações sobre os marcos jurídicos nacionais e internacionais (ver [Lista de Ações 4.2](#)) que protegem as pessoas em situações de risco;
- Participar ou apoiar campanhas de educação pública a fim de eliminar determinados abusos, entre eles, detenções ilegais, refoulement (extradição de refugiados), violência por gênero ou recrutamento de crianças;
- Orientar as estruturas jurídicas locais e nacionais para que forneçam proteção jurídica adequada, adotando medidas que promovam uma real capacitação, por exemplo, da polícia e da equipe militar e jurídica;
- Realizar tarefas de proteção jurídica contra situações inapropriadas que, normalmente, acontecem em situações de emergências e que degradam a estrutura social das populações

afetadas, tais como adoção ilegal de menores, institucionalização de pessoas vulneráveis e tráfico de crianças e mulheres.

5. Implementar a proteção jurídica de maneira que promova o bem-estar psicossocial, a dignidade e o respeito.

Entre as medidas importantes incluem-se:

- Ajudar os sobreviventes que optam por denunciar as infrações e que buscam proteção ou reparação, a fim de que compreendam plenamente as implicações de suas ações, para que elas sejam realizadas com um consentimento informado;
- Evitar causar marginalização ao chamar atenção de sobreviventes específicos, especialmente, quando suas experiências provavelmente provocam estigma social;
- Identificar e apoiar os mecanismos que eliminam a impunidade e responsabilizam os culpados por seus atos. Isto inclui reconhecer que a justiça punitiva nem sempre permite o reequilíbrio em nível comunitário, ou incluir sistemas de justiça restaurativa na comunidade, que sejam coerentes com as normas jurídicas internacionais e que possam conduzir ao perdão e a reconciliação (por exemplo, a libertação segura de crianças-soldados e outros combatentes vulneráveis, promovendo a busca e a reunificação de membros de uma família e a promoção de medidas para iniciar o processo de reintegração);
- Orientar as pessoas que atuam dentro do sistema jurídico – por exemplo, advogados, juízes, paralegais e promotores – sobre como seu trabalho afeta o bem-estar psicossocial. Os temas principais podem incluir:
 - Os possíveis impactos, positivos e negativos, que os processos judiciais podem ter no bem-estar psicossocial dos sobreviventes, enfatizando as abordagens que promovem a segurança, a dignidade e a integridade;
 - As técnicas apropriadas e sensíveis para entrevistar testemunhas e sobreviventes, levando em consideração a idade, o gênero e o impacto psicossocial de suas experiências;
 - A importância da confidencialidade ao proteger a segurança e o bem-estar dos sobreviventes (ou seja, a gestão e o armazenamento de informações, sessões fechadas do tribunal etc.);
 - O significado de questões-chave de proteção jurídica em relação ao bem-estar psicossocial de diferentes grupos. Os temas poderão incluir:
 - Processos jurídicos para determinar o paradeiro de pessoas desaparecidas, que é particularmente importante para os processos de luto;

- Garantia de que os processos da lei consuetudinária sobre a responsabilização de culpados sejam seguidos, o que é imprescindível, por exemplo, para a aceitação das comunidades de crianças recrutadas por forças armadas;
- Maneira sobre como os direitos de terra e heranças fornecem um apoio econômico essencial para viúvas e crianças, encorajando a autoconfiança e a resiliência;
- Encaminhamento de pessoas com transtornos mentais graves do sistema jurídico para os serviços sociais e de saúde apropriados.
- Realizar as tarefas de proteção jurídica de modo que sejam respeitadas a confidencialidade, dignidade e integridade, e que mais sofrimentos sejam evitados. Pode ser degradante a exibição pública dos rostos dos sobreviventes, mesmo que seja para comunicar informações sobre assistência humanitária. Devem-se evitar as imagens que mostrem o sofrimento nítido e preponderante, ou que reforcem o sentido de vitimização dos sobreviventes ([ver Lista de Ações 8.1](#)).

6. Proporcionar apoio psicossocial e serviços de proteção jurídica de um modo complementar.

As etapas úteis a serem seguidas são:

- Identificar os apoios psicossociais apropriados para testemunhas e pessoas que desejam relatar denúncias ou buscar reparação jurídica.
- Orientar os agentes comunitários e de apoio social sobre como auxiliar os sobreviventes sobre processos jurídicos e associados (ou seja, exames médicos, exumações, identificação de mortos etc.).
- Estabelecer grupos de apoio e opções de assistência de cuidados a crianças para as testemunhas, defensas e outros envolvidos nos processos jurídicos.
- Identificar como fazer encaminhamentos para os serviços de saúde mental e apoios psicossociais, e para outros serviços especializados, caso necessário.
- Reconhecer a necessidade de encaminhamentos para serviços de proteção jurídica para algumas pessoas que procuram os serviços de saúde mental e apoio psicossocial. Por exemplo, as sobreviventes de violência sexual geralmente recebem apoio médico e psicossocial, mas podem continuar se sentindo em perigo, sendo incapaz de se recuperar completamente, caso saibam que o culpado não será punido.
- Incluir informações essenciais sobre a proteção jurídica em orientações e treinamento sobre

saúde mental e apoio psicossocial (ver [Lista de Ações 4.1](#)), auxiliando os agentes a compreender o que devem fazer ou não, quando se depararem com pessoas que precisam de proteção jurídica, incluindo como fazer encaminhamentos aos serviços apropriados.

Referências principais

Diretrizes e manuais

1. ActionAid (2001). Learning About Rights – Module three: law and rights in emergencies. <http://www.reliefweb.int/library/library/actionaid-rights-2001.htm>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Emergencies. www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm
3. IRIN (2006). Justice for a Lawless World: Rights and Reconciliation in a New Era of International Law (Parts I and II). <http://www.irinnews.org/webspecials/RightsAndReconciliation/default.asp>
4. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'. <http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
5. UNICEF (2003). Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations. http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf

Monitoramento de direitos humanos e ativismo

Amnesty International

<http://www.amnesty.org>

Human Rights Watch

<http://www.hrw.org>

Inter-American Commission on Human Rights

<http://www.cidh.org/DefaultE.htm>

Principais instrumentos jurídicos internacionais

Para uma lista dos principais instrumentos jurídicos internacionais, ver [Lista de Ações 3.1](#).

Exemplos de indicadores de processo

- As principais falhas da proteção jurídica são identificadas e os planos de ação são desenvolvidos para direcioná-las de forma apropriada.
- Os cursos de capacitação e orientações em saúde mental e apoio psicossocial para os agentes de proteção dos direitos humanos incluem informações sobre o bem-estar psicossocial e proteção jurídica, bem como a ligação entre os dois.
- Os sobreviventes de violações dos direitos humanos recebem apoio tanto dos agentes de proteção jurídica, como de pessoas qualificadas para fornecerem serviços de saúde mental e apoio psicossocial

Exemplo: República Democrática do Congo

- Na Província do Kivu do Norte e Kivu do Sul, a violência sexual continua generalizada e as sobreviventes são geralmente rejeitadas por suas famílias e comunidades.
- As ONGs locais e internacionais que oferecem assistência psicossocial para as sobreviventes trabalham em proximidade com as organizações de direitos humanos, compartilhando as informações sobre a prevalência e os tipos de casos, e sensibilizando as comunidades sobre o impacto psicossocial da violência sexual, os direitos das mulheres, e a necessidade de punição para quem comete esses crimes.
- As sobreviventes e as comunidades são encorajadas a denunciarem os casos de maneira segura e apropriada a agentes psicossociais, os quais garantem que a confidencialidade e o consentimento informado são respeitados e que as perguntas ocorram de maneira apropriada.
- Normalmente, as agências defendem mudanças na lei sobre a violência sexual para melhorar a proteção dos sobreviventes.

Identify and recruit staff and engage volunteers who understand local culture

Function: Human resources

Phase: Minimum Response

Histórico

A equipe internacional e os voluntários podem vir de origens geográficas, econômicas e culturais diferentes da população afetada no país anfitrião e podem ter concepções e valores diferentes. Todavia, devem ter a capacidade de respeitar as culturas e valores locais e adaptar suas habilidades para se adequarem às condições locais. O sofrimento psicológico da população afetada pode aumentar com a influência dos trabalhadores humanitários se esses não forem tecnicamente competentes ou se não puderem controlar as tensões previsíveis do serviço de ajuda de emergência. Pode ser que a equipe local e os voluntários estejam familiarizados com as culturas e tradições locais, mas ainda pode haver enormes diferenças socioculturais, por exemplo, entre populações urbanas e rurais e entre grupos étnicos.

O *Código de Boas Práticas de Gestão e Apoio de Pessoal de Assistência da organização People in Aid* fornece princípios globais orientadores para a gestão e apoio das equipes que trabalham em agências humanitárias e de desenvolvimento. Conforme descrito no Código de Boas Práticas, o objetivo do recrutamento é contratar as pessoas certas (equipe e voluntários) para o local certo e no momento certo. Na maioria das emergências esse é um enorme desafio e é comum a concorrência entre as organizações internacionais para contratar a melhor equipe local. As ações fundamentais descritas abaixo fornecem orientações específicas relativas ao recrutamento de trabalhadores em situações de crise para proteger e promover a saúde mental e o bem-estar das populações afetadas.

Ações principais

1. Designar o pessoal com conhecimento adequado e responsável para a realização do recrutamento. Essas pessoas deverão:

- Ser treinadas em gestão de recursos humanos (de acordo com as *Código de Boas Práticas da People in Aid*);
- Ter conhecimento sobre as tensões previsíveis decorrentes do serviço de ajuda humanitária e as políticas e práticas necessárias para mitigá-las (ver [Lista de Ação 4.4](#));
- Compreender os requisitos mínimos de saúde e saúde mental para o desempenho de tarefas de alto risco e de alto estresse (baseado na experiência da própria organização e de agências semelhantes);

- Dependendo do contexto, estar cientes dos possíveis conflitos originados por identidades étnicas, raciais ou nacionais.

2. Aplicar princípios de recrutamento e seleção. O processo de seleção deve ser justo, transparente e coerente para assegurar a contratação do pessoal mais apropriado e capaz.

- Seguir os procedimentos de recrutamento que descrevem em detalhes como o pessoal e os voluntários são recrutados e selecionados.
- Tentar atrair a maior quantidade possível de candidatos adequadamente qualificados.
- Reduzir a evasão de profissionais locais para as organizações internacionais. As agências internacionais devem a) colaborar com as agências locais, reduzindo a necessidade de contratar grandes quantidades de pessoas de organizações internacionais e b) evitar a oferta de salários excepcionalmente altos que atraiam a equipe local para longe das organizações que já trabalham na área.
- Manter uma documentação apropriada e informar os candidatos se eles foram ou não selecionados. Deve-se dar uma resposta aos candidatos que solicitarem.

3. Equilibrar a proporção entre homens e mulheres no processo de recrutamento e incluir os representantes dos principais grupos culturais e étnicos. Os programas de saúde mental e apoio psicossocial requerem a contribuição e participação da comunidade. Mulheres e homens na comunidade frequentemente têm necessidades diferentes. Para avaliar essas diferenças, homens e mulheres geralmente precisam ser entrevistados separadamente por trabalhadores do mesmo sexo que o seu. Isto permite que questões específicas de cada gênero e também pessoais sejam discutidas mais abertamente. Da mesma forma, o recrutamento de representantes dos principais grupos culturais e étnicos facilita a contribuição e a participação destes grupos.

4. Estabelecer os termos e condições para o serviço voluntário. As organizações que trabalham com voluntários, fornecendo apoio psicossocial, devem deixar claras suas expectativas quanto às funções desses voluntários. Da mesma forma, devem criar políticas claras sobre reembolso, direitos, treinamento, supervisão, gestão e apoio aos voluntários. Sempre que possível, os voluntários devem ser recrutados e apoiados por organizações que tenham experiência na gestão de serviço voluntário.

5. Verificar as referências e qualificações profissionais ao recrutar pessoal nacional e internacional, incluindo consultores de curto prazo, tradutores, estagiários e voluntários.

- Contatar as referências para identificar e verificar:
 - Os pontos fortes e fracos do candidato;
 - A capacidade do candidato para tolerar situações de grande estresse;
 - Se o candidato se apresentou honestamente;
 - A habilidade do candidato para se adaptar e respeitar a cultura local;
 - Que o candidato não tem nenhum registro de abuso infantil (especialmente pertinente ao recrutar para serviços que envolva contato com crianças).
- Ao contratar os profissionais, verificar os certificados de qualificações formais (comprovante de conclusão de curso profissionalizante, associação como membro de uma organização profissional, conforme apropriado).
- Se houver tempo, verificar os antecedentes criminais. Considerar o seguinte:
 - Em situações de repressão política, algumas pessoas podem ter um antecedente criminal sem ter cometido nenhum crime.
 - Não contratar pessoas que tenham um histórico de qualquer tipo de violência. Uma exceção deliberada pode ser feita no caso de ex-soldados, com o objetivo de promover sua reintegração na sociedade.

6. Buscar contratar uma equipe que tenha conhecimento e compreensão da cultura local e modos apropriados de comportamento. As tarefas clínicas ou qualquer outra tarefa de apoio psicossocial interpessoal devem ser executadas principalmente por uma equipe local que fale o idioma local e que tenha um entendimento completo das respostas sociais e culturais da situação de emergência.

7. Avaliar cuidadosamente as ofertas de ajuda de profissionais estrangeiros (não afiliados a nenhuma organização) de saúde mental. Profissionais de saúde mental estrangeiros (que não são afiliados a nenhuma organização), ainda que bem intencionados, só devem ser incentivados a viajar para as regiões afetadas por desastre se atenderem aos critérios a seguir:

- Ter trabalhado anteriormente em situações de emergência.
- Ter trabalhado anteriormente fora de seu próprio ambiente sociocultural.

- Ter competência básica em algumas das intervenções indicadas nestas diretrizes.
- Ter um conhecimento de psicologia comunitária ou princípios de saúde pública.
- Ter um convite escrito para trabalhar no país emitido por uma organização nacional ou internacional estabelecida.
- Ter sido convidado a trabalhar como parte de uma organização que provavelmente manterá uma presença contínua na área de emergência.
- Não ter como foco de seu trabalho implementar intervenções (por exemplo, serviço clínico), mas fornecer apoio a programas em nível geral, inclusive a transferência de habilidades para a equipe local, de forma que intervenções e apoios sejam implementados pela equipe local.

Referências principais

1. Antares Foundation (2005). Managing Stress in Humanitarian Workers: Guidelines for Good Practice. <http://www.antaresfoundation.org/download/Managing%20Stress%20in%20Humanitarian%20Aid%20Workers%20-%20Guidelines%20for%20Good%20Practice.pdf>
2. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Action Sheet 4.1: Recruit staff in a manner that will discourage sexual exploitation and abuse, pp.50-52. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf.
3. IFRC (1999). Volunteering Policy: Implementation Guide. Geneva: IFRC. http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubsvol.pl?volpol_impl.pdf
4. Oxfam (2004). Recruitment in Humanitarian Work. http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm
5. People in Aid (2003). Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. <http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf>

Exemplos de indicadores de processo

- As organizações aplicam uma política escrita de recursos humanos que especifica etapas relativas a procedimentos de recrutamento e condições empregatícias.
- As organizações alcançam um recrutamento equilibrado em termos de quantidade de homens e mulheres e possíveis grupos minoritários.

- As agências recusam ajuda oferecida por profissionais de saúde mental estrangeiros que não conhecem os critérios fundamentais descritos acima.
- As tarefas clínicas ou outras tarefas de apoio psicossocial de caráter interpessoal são fornecidas principalmente por uma equipe nacional que está familiarizada com a cultura local.

Exemplo: Sri Lanka, 2005

- Após o tsunami de dezembro 2004, as sociedades Cruz Vermelha nacional e do Crescente Vermelho de vários países trabalharam com a Sociedade Cruz Vermelha do Sri Lanka, utilizando voluntários locais.
- As sociedades Cruz Vermelha nacional e do Crescente Vermelho colaboraram para desenvolver uma estrutura de apoio psicossocial comum para a Sociedade Cruz Vermelha do Sri Lanka.
- Todo o pessoal relevante e voluntários contratados pelo movimento foram treinados com princípios semelhantes, incluindo o treinamento sobre elementos culturais para fornecer apoio à comunidade. Graças aos recursos investidos na contratação e no treinamento do pessoal e dos voluntários, há um entendimento que vem crescendo no país sobre os efeitos positivos do serviço psicossocial comunitário

Histórico

Durante situações de emergência, um grande número de pessoas depende da assistência humanitária para atender suas necessidades básicas. Essa dependência, junto a alteração ou destruição dos sistemas naturais de proteção (por exemplo, redes familiares), contribui para relacionamentos de poderes intrinsecamente desiguais entre os prestadores de serviços e os que os recebem. Consequentemente, o potencial para abuso ou exploração da população afetada é alto; ao mesmo tempo, as oportunidades para detecção e relatos de tal abuso tendem a diminuir. O potencial para atores humanitários causarem dano, seja por abuso de poder ou como uma consequência não intencional de uma intervenção, deve ser explicitamente reconhecido, considerado e abordado por todas as agências humanitárias.

Com o intuito de reduzir danos, os trabalhadores humanitários devem aderir a padrões aceitos de conduta de equipes, particularmente o *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief*. [Boletim do Secretário-Geral sobre as Medidas Especiais de Proteção contra a Exploração e Abuso Sexual]. Esse boletim aplica-se a toda a equipe da ONU, incluindo órgãos e programas administrados separadamente, o pessoal de pacificação e o pessoal de todas as organizações que firmam acordos cooperativos com a ONU. Os doadores cada vez mais exigem que as organizações de ajuda imponham essas medidas.

Além disso, o *Código de Conduta de Auxílio em Caso de Desastres para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e ONGs* descreve as abordagens e padrões de comportamento que promovem a independência, eficácia e impacto aos quais aspiram as ONGs humanitárias e o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Em 2007, esse Código de Conduta já havia sido aceito por 405 organizações.

Questões mais amplas de padrões éticos que norteiam o comportamento esperado dos trabalhadores precisam ser acordadas, explícitas e impostas, setor por setor. Em todas as intervenções, o potencial para causar dano como uma consequência não intencional, porém real, deve ser considerado e ponderado desde o início. Um exemplo crítico é a coleta de dados que é essencial para o projeto e desenvolvimento de serviços efetivos, mas que também requer a avaliação cuidadosa dos benefícios e riscos às pessoas e comunidades. Considerações sobre como não elevar expectativas, como minimizar danos, como obter termo de consentimento livre e informado, como controlar e armazenar dados confidenciais e como fornecer proteções adicionais ao trabalhar com populações em risco (como crianças e jovens) é o requisito inicial, mínimo e

essencial, em qualquer diagnóstico da situação, monitoramento ou pesquisa. A existência de um código de conduta ou padrões éticos aceitos, por si só, não previne o abuso ou exploração. A responsabilidade requer que toda a equipe e comunidades estejam informadas sobre os padrões e que entendam sua relevância e aplicação. Deve haver uma cultura organizacional que apoie e proteja os mecanismos denunciadores e de reclamações que sejam acessíveis e de confiança através dos quais as pessoas, incluindo aquelas mais isoladas e/ou mais vulneráveis (e portanto têm maior risco de abuso), possam relatar problemas confidencialmente.

É preciso haver procedimentos de investigação em funcionamento e equipes treinadas para investigar de forma sensível, porém rigorosa. Os sistemas também precisam estar em funcionamento para informar quando uma ação judicial é segura e adequada e que apoiam pessoas que movem ação judicial contra os supostos criminosos. Do início ao fim, os sistemas precisam levar em conta as necessidades de segurança e proteção de todos os envolvidos em tais incidentes: vítimas, reclamantes, testemunhas, investigadores e o(s) objeto(s) da queixa, o(s) suposto(s) criminoso(s).

Ações principais

1. Estabelecer dentro de cada organização um código de conduta que reúna padrões éticos de conduta amplamente aceitos para trabalhadores humanitários.

2. Informar e relembrar regularmente todos os trabalhadores humanitários atuais e recentemente recrutados sobre os padrões de comportamento mínimos exigidos, com base em códigos de conduta explícitos e diretrizes éticas. Isto se aplica a todos os trabalhadores, equipes internacionais e nacionais, voluntários e consultores, e às pessoas recrutadas dentre a população afetada. A informação aos trabalhadores sobre suas responsabilidades não deverá ser feita apenas por escrito, mas também através do diálogo pessoal para garantir o entendimento e permitir que os trabalhadores façam perguntas.

3. Estabelecer um mecanismo de controle interagências (por exemplo, Rede de Pontos Focais proposta pelo Secretário-Geral das Nações Unidas) para assegurar a conformidade além de simplesmente ter um Código de Conduta. Esse mecanismo deverá:

- Compartilhar informações e dados de experiências adquiridas, para aperfeiçoar o funcionamento de sistemas individuais;
- Disseminar conjuntamente para as comunidades afetadas informações sobre códigos de condutas;
- Coordenar outras atividades, o incluindo treinamento da equipe, mecanismos de

monitoramento, procedimentos de investigação etc. para prevenir e responder a casos de exploração e abuso sexual;

- Estabelecer sistemas que respondam adequadamente quando uma alegação de comportamento impróprio afetar o pessoal de várias organizações diferentes, ou quando o indivíduo e/ou organização não puderem ser identificados imediatamente.

4. Estabelecer mecanismos de queixas acessíveis, seguros e confiáveis que:

- Demonstrem comprometimento com o sigilo;
- Sejam sensíveis à idade, gênero e cultura;
- Levem em conta a segurança e o bem-estar do sobrevivente como principal consideração;
- Encaminhem a vítima/sobrevivente a serviços apropriados e confidenciais, inclusive serviços médicos e jurídicos e que lhes ofereçam apoios psicossociais;
- Preservem a confidencialidade do reclamante.

5. Informar às comunidades sobre os padrões e diretrizes éticas, e sobre como e a quem podem comunicar suas queixas confidencialmente.

6. Assegurar que toda a equipe compreenda que deve informar todas as preocupações assim que surgirem. Sua obrigação é informar possíveis violações, não investigar a alegação.

7. Utilizar protocolos de investigação que cumpram um padrão acordado, como o Modelo de Procedimentos de Denúncias e Investigações do IASC (ver Referências principais).

8. Adotar medidas disciplinares adequadas contra a equipe em caso de violações confirmadas ao código de conduta ou às diretrizes éticas.

9. Estabelecer uma resposta acordada nos casos em que o suposto comportamento constituir um ato criminal no país anfitrião ou no país de origem do suposto criminoso. Isto requer, no mínimo, não tomar nenhuma medida administrativa que comprometa os processos judiciais, exceto nos casos em que a aplicação de procedimentos justos ou humanitários seja muito improvável.

10. Manter registros escritos de trabalhadores que infringiram códigos de conduta,

para aumentar a eficácia das próximas verificações de recomendação e recrutamento.

Referências principais

1. Horizons, Population Council, Impact, Family Health International (2005). Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings.
www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf
2. IASC (2004). Model Complaints Referral Form (Sexual Exploitation and Abuse).
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001187>
3. IASC (2004). Model Information Sheet for Communities.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186>
4. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Focal Points on Sexual Exploitation and Abuse.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185>
5. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Networks on Sexual Exploitation and Abuse.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184>
6. International Council of Voluntary Agencies (forthcoming). Building Safer Organisations. Geneva: ICVA.
7. IFRC, Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief. www.ifrc.org/PUBLICAT/conduct/code.asp
8. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'.
<http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
9. United Nations (2003). Secretary-General's Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse (ST/SGB/2003/13).
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/SGBulletin.pdf>
10. United Nations (2004). Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse: Report of the Secretary-General (A/58/777). <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/58/777>

Exemplos de indicadores de processo

- Cada organização possui sistemas em funcionamento para informar toda a equipe sobre os padrões mínimos de comportamento esperados.
- As comunidades que são atendidas por atores humanitários são informadas sobre os padrões e sobre o modo como podem relatar seguramente suas preocupações sobre possíveis violações.
- As agências possuem equipes treinadas e disponíveis para realizar investigações sobre supostas violações, dentro de um prazo razoável.

Exemplo: Quênia, 2003

- As agências que trabalhavam em Kakuma implementaram um código de conduta comum aplicáveis a todos os trabalhadores.
 - As comunidades receberam informações sobre os padrões de conduta por meio de vários canais, inclusive vídeos.
 - Foi realizado um treinamento interagências sobre como investigar alegações de comportamento impróprio.
-

Organizar a orientação e o treinamento de trabalhadores humanitários de serviços de saúde mental e apoio psicossocial

Função: Recursos humanos Fase:

Resposta mínima

Histórico

Os trabalhadores humanitários nacionais e internacionais desempenham um papel fundamental nos serviços de saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) em situações de emergência. Para estarem preparados, é preciso que todos os trabalhadores tenham o conhecimento e as habilidades necessárias. O treinamento deve prepará-los para fornecerem as respostas consideradas como prioridades no diagnóstico das necessidades (ver as Listas de Ação 1.1 e 2.1).

Embora o conteúdo do treinamento possa ter algumas semelhanças em diferentes tipos de emergências, ele deve ser modificado para se adequar à cultura, contexto, necessidades e capacidades de cada situação e não pode ser transferido automaticamente de uma emergência para outra. As decisões sobre quem pode participar do treinamento e sobre o modo, conteúdo e metodologia de aprendizagem variam de acordo com as condições da emergência e as habilidades dos trabalhadores. Trabalhadores inadequadamente orientados e treinados e sem as atitudes e motivações apropriadas podem ser prejudiciais às populações que buscam ajuda.

O treinamento básico pode ser organizado por meio de **seminários breves e seminários de treinamento, acompanhados por trabalhos contínuos de apoio e supervisão**. Os seminários breves devem acentuar a instrução prática e manter o foco nas habilidades essenciais, conhecimento, ética e diretrizes necessárias para resposta de emergência. Os seminários de treinamento devem ser participativos, adaptados à cultura e contexto locais e devem utilizar modelos de aprendizagem nos quais os participantes estejam ao mesmo tempo aprendendo e ensinando.

Ações principais

1. Preparar um planejamento estratégico, abrangente, oportuno e realístico para treinamento.

Todas as organizações parceiras envolvidas em SMAPS devem ter esse tipo de planejamento, que deve ser coordenado e integrado entre os parceiros e seguir as diretrizes estabelecidas nos diagnósticos gerais de problemas e recursos realizado previamente (ver as Listas de Ação 1.1 e 2.1).

2. Selecionar instrutores competentes e motivados.

Instrutores ou auxiliares locais com experiência anterior e/ou conhecimento sobre a população afetada ganham preferência quando possuem o conhecimento e as habilidades necessárias. Dentre os critérios de seleção importantes para os instrutores destacamos:

- Sensibilidade cultural e conhecimento básico sobre as atitudes e práticas culturais locais e sistemas de apoio social;
- Estabilidade emocional;
- Bom conhecimento sobre resposta a emergências de SMAPS, incluindo uma visão adequada sobre o valor de respostas integradas a outros colaboradores;
- Experiência prática anterior no apoio psicossocial ou comunitário em emergências;
- Bom conhecimento de ensino, considerando as intervenções imediatas e práticas de SMAPS.

3. Utilizar metodologias de aprendizagem que facilitam a aplicação imediata e prática da aprendizagem.

- Utilizar um estilo pedagógico participativo (por exemplo, diálogo, dramatização, resolução de problemas em grupo etc.) que envolva a participação ativa do aprendiz.
- Utilizar modelos de aprendizagem nos quais os participantes aprendam e ensinem ao mesmo tempo.
- Treinar os participantes nos idiomas locais ou, quando isto não for possível, proporcionar serviço de interpretação.
- Utilizar materiais audiovisuais e de referência adaptados às condições locais (por exemplo, evitar apresentações em PowerPoint se não houver eletricidade disponível).
- Utilizar as aulas para aprendizagem teórica e prática inicial de habilidades (por exemplo, dramatização, entre outras técnicas).
- Usar treinamento prático de campo para praticar as habilidades adquiridas em locais iguais ou semelhantes à área afetada pela emergência.
- Distribuir materiais de referência escritos em linguagem acessível, incluindo manuais com diretrizes operacionais específicas (se disponível).
- Realizar avaliações sobre o treinamento imediatas (para os instrutores, aprendizes e populações ajudadas) para se beneficiar das experiências aprendidas.

4. Adaptar as necessidades de aprendizagem dos alunos às formas apropriadas de se aprender. Seminários de orientação breves (seminários de meio dia ou de um dia inteiro)

devem proporcionar conhecimento e qualificações básicos imediatos, essenciais e funcionais relativos às necessidades psicossociais, problemas e recursos disponíveis a todos os que trabalham em cada nível de resposta. Os seminários de orientação devem ser organizados preferivelmente antes que os trabalhadores iniciem suas missões. Possíveis participantes incluem todos os trabalhadores humanitários em todos os setores (particularmente de serviços sociais, de saúde, educação, proteção e setores de resposta a emergências). Isto inclui trabalhadores remunerados e não remunerados, nacionais e internacionais, de organizações humanitárias e do governo. Dependendo da situação, os seminários de orientação também podem incluir líderes comunitários masculinos, femininos e jovens, eleitos ou voluntários, incluindo líderes de clãs, religiosos, tribais e de grupos étnicos.

Seminários de treinamento. As pessoas que trabalham com foco ou especialização em SMAPS precisam de qualificações e de conhecimento mais extensos (consulte os dois níveis superiores da pirâmide na [Figura 1, Capítulo 1](#)).

- A duração e o conteúdo dos seminários de treinamento variam de acordo com as necessidades e capacidades dos aprendizes. Equipes sem experiência precisam de períodos mais longos de treinamento.
- A programação dos seminários não deve interferir no fornecimento de resposta às emergências.
- Recomenda-se o uso de módulos curtos e progressivos de aprendizagem acumulativa, porque: (a) isto limita a necessidade de remover as pessoas de suas tarefas durante longos períodos e (b) permite que a equipe pratique suas habilidades entre as sessões de treinamento. Utilizar módulos curtos significa que eles duram somente algumas horas ou dias (de acordo com a situação) e são seguidos pela prática em campo com apoio e supervisão, antes de o próximo novo módulo ser introduzido em poucos dias ou semanas.
- Os seminários de treinamento sempre devem ser seguidos de apoio e/ou supervisão em campo (ver ação principal 7 abaixo).

5. Preparar o conteúdo para os seminários de orientação e treinamento diretamente relacionado à resposta que se espera realizar para a emergência.

O conteúdo dos seminários de orientação breve pode incluir:

- Revisão dos procedimentos de proteção e segurança;
- Métodos para os trabalhadores lidarem com problemas relacionados ao trabalho (ver [Lista de Ação 4.4](#));

- Códigos de conduta e outras questões éticas (ver [Lista de Ação 4.2](#));
- Direitos humanos e abordagens baseadas em direitos para assistência humanitária (consulte a Carta Humanitária do Projeto Esfera e a [Lista de Ação 3.1](#));
- Importância da autonomia e do envolvimento da população local em atividades de assistência (ver [Lista de Ação 5.1](#));
- Conhecimento básico sobre os impactos das emergências sobre a saúde mental e o bem-estar psicossocial das populações (ver [capítulo 1](#));
- Técnicas para primeiros cuidados psicológicos (ver [Lista de Ação 6.1](#));
- Métodos para promover a dignidade da população afetada, utilizando as experiências aprendidas nas emergências anteriores;
- Conhecimento sobre o contexto sociocultural e histórico local, incluindo:
 - Conhecimento básico sobre a crise e a visão mundial sobre as populações afetadas;
 - Informações básicas sobre as atitudes culturais e práticas e os sistemas de organização social, bem como as práticas tradicionais, os rituais e as estratégias para lidar com as situações que podem ser efetivas ou prejudiciais;
 - Informações básicas sobre os comportamentos dos trabalhadores de assistência que podem ser ofensivos à cultura local;
- Informações sobre serviços disponíveis para encaminhamento (por exemplo: serviços de localização, saúde e proteção, apoios comunitários tradicionais, serviços jurídicos etc.);
- Informações sobre como e onde participar das reuniões de coordenação entre agências.

O conteúdo dos seminários de treinamento pode incluir:

- Todas as informações abordadas nos seminários de orientação;
- Habilidades de diagnóstico da situação psicossocial e de saúde mental de indivíduos, famílias e comunidades em situações de emergência;
- Técnicas de resposta à emergência para os serviços de saúde psicossocial e mental que podem ser ensinadas rapidamente, com base nas capacidades, contextos e culturas existentes dos aprendizes e que sejam de eficácia comprovada em contextos similares;
- Conhecimento e as habilidades necessárias para implementar intervenções que sejam: (a) parte da resposta mínima e (b) identificados conforme necessário no diagnóstico da situação (ver [Lista de Ação 2.1](#)). Isto se aplica ao treinamento de:
 - Trabalhadores de saúde (ver as [Listas de Ação 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5](#))
 - Trabalhadores de proteção (ver as [Listas de Ação 3.2, 3.3 e 5.4](#))

- Trabalhadores comunitários formais e não formais (ver as Listas de Ação 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4)
- Professores (ver Lista de Ação 7.1).

6. Considerar a implantação de Programas de Formação de Instrutores (sigla do inglês, ToT) para preparar os instrutores antes do treinamento.

Programas ToT preparam os futuros instrutores de forma que eles possam oferecer um treinamento competente. Instrutores para seminários de breve orientação e de treinamento podem ser preparados através de um ToT. Esses programas também podem preparar os instrutores para a transferência de informações a grandes grupos de pessoas. Porém, o ToT requer um planejamento cuidadoso e deve ser ensinado por instrutores formados, experientes e qualificados. Programas de formação de instrutores mal preparados - em particular aqueles que envolvem: (a) futuros instrutores sem nenhuma experiência anterior em treinamentos, ou (b) futuros instrutores com experiência limitada no conteúdo de treinamento - tendem a fracassar e podem levar a baixos resultados de SMAPS ou até mesmo prejudiciais. Assim, após um ToT, deve ser oferecido apoio e monitoramento dos futuros instrutores e seus aprendizes, para que o treinamento seja eficaz e proporcione uma resposta solidária de boa qualidade.

7. Após qualquer treinamento, estabelecer um sistema de acompanhamento para monitorar, apoiar, avaliar e supervisionar todos os aprendizes, conforme apropriado para a situação.

A supervisão é importante para garantir que o treinamento seja, de fato, colocado em prática. Muitos treinamentos fracassam devido a um acompanhamento insuficiente. Todos os seminários de treinamento devem ter monitoramento contínuo e treinamento complementar, apoio, *feedback* e/ou supervisão de campo. Essas atividades de acompanhamento devem ser planejadas adequadamente antes do início de qualquer treinamento. O acompanhamento pode ficar a cargo de instrutores ou, alternativamente, de profissionais experientes, colegas bem treinados, uma rede de colegas ou instituições profissionais relacionadas (conforme disponível). É essencial que haja uma supervisão atenta para as equipes recentemente contratadas e em contato direto com a população.

8. Documentar e avaliar a orientação e o treinamento para identificar as experiências aprendidas, que podem ser compartilhadas com parceiros e aprimorar as respostas

futuras.

Referências principais

1. Baron N. (2006). 'The "TOT": A global approach for the Training of Trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4, 109-126. <http://www.interventionjournal.com/index1.html>
2. Jensen S.B. and Baron N. (2003). 'Training programs for building competence in early intervention skills'. In: *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Editors: Ørner R. and Schnyder U. Oxford: Oxford University Press. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. Psychosocial Working Group (2006). CD dos manuais de treinamento de diversas agências. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
4. Sphere Project (2004). *The Humanitarian Charter. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. Van der Veer G. (2006). 'Training trainers for counsellors and psychosocial workers in areas of armed conflict: some basic principles'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4, 97-108. <http://www.interventionjournal.com/index1.html>
6. Weine S. et al. (2002). *Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings*. http://www.who.int/mental_health/resources/training_guidelines_for_trauma_interventions.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- O conteúdo dos seminários de treinamento baseia-se no diagnóstico de necessidades.
- Os trabalhadores humanitários em todos os setores podem participar de seminários breves e relevantes, que proporcionam conhecimentos e habilidades funcionais essenciais sobre a saúde mental e o apoio psicossocial.
- Os instrutores possuem conhecimento anterior e habilidades no serviço relacionado.
- O treinamento é acompanhado de apoio e supervisão de campo.

Exemplo: Sri Lanka, 2005

- Uma ONG local com uma longa história de trabalho de apoio psicossocial a populações afetadas por guerra, temporariamente, mudou o foco de seu trabalho para ajudar sobreviventes do tsunami.
- A ONG organizou seminários breves voltados à ação com o intuito de ensinar à equipe de campo psicossocial existente as habilidades essenciais para melhor apoiar as pessoas com problemas de saúde mental e psicossociais, especificamente causados pelo tsunami, utilizando métodos práticos de intervenção.
- Após os seminários, um acompanhamento foi fornecido por meio de um sistema próprio da ONG local, com sessões semanais de supervisão.

Lista de Ação 4.4

Prevenir e manejar os problemas de saúde mental e bem-estar psicossocial que podem ocorrer com a equipe e com os voluntários

Função: Recursos humanos

Fase: Resposta mínima

Histórico

Membros da equipe que trabalham em situações de emergência tendem a trabalhar muitas horas sob pressão e, em algumas ocasiões, sob ameaças a sua segurança. Muitos trabalhadores humanitários dispõem de apoio administrativo e organizacional insuficiente e tendem a relatar esta situação como seu maior fator de estresse. Além disso, o contato com situações de horror, perigo e miséria humana é emocionalmente desgastante e tem o potencial de afetar a saúde mental e o bem-estar de trabalhadores humanitários remunerados e voluntários, sejam eles nativos ou estrangeiros.

O oferecimento de apoio para mitigar as possíveis consequências psicossociais do serviço em situações de crise é uma obrigação moral e uma responsabilidade das organizações que expõem suas equipes a condições extremas. Para que as organizações sejam mais eficazes, os gerentes precisam manter seu pessoal saudável. Uma abordagem sistêmica e integrada dos cuidados com as equipes é necessária em todas as fases da contratação - incluindo em emergências - e em todos os níveis da organização para manter seu bem-estar e eficiência organizacional. A palavra “equipe” nesta Lista de Ações refere-se a trabalhadores nacionais e internacionais remunerados e voluntários, incluindo motoristas e interpretes, afiliados a uma organização humanitária. A princípio, as medidas de apoio devem ser iguais para as equipes nacionais e internacionais. Porém, existem algumas diferenças estruturais entre os dois tipos.

Por exemplo, as equipes nacionais são geralmente recrutadas da área de crise e têm mais probabilidade de exposição a eventos ou condições extremamente estressantes. Além disso, essas pessoas e seus familiares geralmente não podem deixar a área de crise quando a situação de segurança piora, ao contrário dos trabalhadores humanitários internacionais que tendem a ter bom acesso a operações de evacuação. Por outro lado, para os trabalhadores internacionais, os fatores estressantes em particular incluem a separação de sua base de apoio, choque cultural e adequação a condições de vida difíceis. Essas e outras diferenças são frequentemente esquecidas ou não são abordadas em sistemas de apoio da equipe. As organizações humanitárias devem trabalhar para aprimorar seu desempenho no apoio às equipes e reduzir práticas de apoio diferenciadas para as equipes nacionais e internacionais.

Ações principais

1. Assegurar a disponibilidade de um planejamento concreto para proteger e promover o bem-estar da equipe em situações específicas de emergência.

- Enquanto a maioria das agências possui uma *política geral* sobre bem-estar de equipes em emergências, para cada emergência específica também devem possuir um *planejamento* concreto para o apoio proativo às equipes. As atividades dentro do planejamento devem fazer parte do orçamento de emergência global e devem ser consistentes com os pontos descritos abaixo.

2. Preparar a equipe para suas tarefas e para o contexto da emergência.

- Assegurar que as equipes nacionais e internacionais recebam informações sobre: (a) suas tarefas (ver ação principal 4 abaixo); e (b) as condições predominantes ambientais e de segurança e possíveis mudanças futuras nestas condições. Fornecer informações à equipe internacional (e, quando apropriado, à equipe nacional) sobre o contexto sociocultural e histórico local, incluindo:
 - Conhecimento básico sobre a crise e a visão mundial sobre a população afetada;
 - Informações básicas sobre as atitudes culturais e práticas locais e os sistemas de organização social;
 - Informações básicas sobre os comportamentos de equipe que podem causar ofensa no contexto sociocultural local.
- Assegurar que toda a equipe receba treinamento adequado sobre proteção e segurança.
- Assegurar que toda a equipe seja informada sobre vários fatores de identificação de estresse (incluindo, mas não restrito a, estresse traumático) e técnicas de administração de estresse e sobre qualquer política organizacional existente para apoio psicossocial da equipe.
- Assegurar que uma equipe de gestão de campo experiente esteja disponível.

3. Facilitar um ambiente de trabalho saudável.

- Implementar a política de apoio de equipe da organização, incluindo o fornecimento de repouso e recuperação (R&R). Quando o ambiente não fornecer nenhuma oportunidade para atividades não relacionadas ao serviço, então deve-se considerar uma frequência mais alta de oportunidades de R&R.
- Assegurar que a alimentação e higiene sejam apropriadas para a equipe, levando em conta sua religião e cultura.

- Chamar a atenção para os hábitos excessivos e não saudáveis, como o consumo exagerado de álcool por trabalhadores.
- Definir horários de trabalho e monitorar as horas extras. Procurar dividir a carga de trabalho entre o pessoal. Se um padrão de trabalho de 24 horas, sete dias por semana for essencial nas primeiras semanas de uma emergência, é necessário considerar um rodízio da equipe em turnos, preferencialmente de oito horas, mas se isso não for possível, os turnos devem ser de no máximo 12 horas. Doze horas de trabalho e 12 horas de descanso é tolerável para uma semana ou duas durante situações de emergência, mas seria útil adicionar meio dia extra ao calendário de descanso a cada cinco dias. Quanto mais quente ou mais frio for o ambiente, ou quanto mais intenso for o estresse, maior a necessidade de pausas.
- Facilitar a comunicação entre a equipe e suas famílias e outros mecanismos de apoio preexistentes.

4. Abordar os possíveis fatores estressantes relativos ao trabalho.

- Assegurar que as descrições de tarefas sejam claras e estejam atualizadas:
 - Definir os objetivos e as atividades;
 - Confirmar com a equipe se suas funções e tarefas estão claras;
 - Assegurar linhas claras de gestão e comunicação.
- Avaliar diariamente o contexto de segurança e outras fontes potenciais de estresse que possam surgir da situação.
- Assegurar que haja suprimentos suficientes para a segurança da equipe (coletes à prova de balas, equipamento de comunicação etc.).
- Garantir a igualdade dentro da equipe (nacional, internacional, de baixo e alto escalão) na decisão pessoal para aceitar riscos de segurança. Não forçar a equipe nacional a assumir riscos que a equipe internacional não tem permissão ou não está disposta a assumir.
- Organizar regularmente reuniões e instruções específicas para o pessoal e equipes.
- Assegurar uma supervisão técnica adequada e culturalmente sensível (por exemplo, supervisão clínica) para a equipe de saúde mental e apoio psicossocial ([ver também a Lista de Ação 4.3](#)).
- Promover o trabalho em grupo, facilitar a integração entre as equipes nacionais e internacionais, abordando possíveis conflitos entre elas e outras dinâmicas negativas da dinâmica em grupos.

- Assegurar apoio logístico e suprimento de materiais adequados.
- Assegurar que os responsáveis pela coordenação visitem os projetos de campo regularmente.

5. Assegurar o acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial para a equipe.

- Treinar algumas pessoas da equipe para oferecer apoio entre pares, incluindo gestão de estresse e primeiros cuidados psicológicos básicos (PCP) (para uma descrição de PCP básico, [ver Lista de Ação 6.1](#)).
- Para a equipe nacional, que talvez não possa deixar a área de emergência, organizar o acesso a serviços culturalmente adequados de saúde física e mental (incluindo psiquiátrica) ou apoio psicossocial.
- Proporcionar apoio permanente de especialistas para tratar de queixas psiquiátricas urgentes na equipe (como pensamentos suicidas, psicoses, depressão grave e reações de ansiedade agudas que afetam o desempenho cotidiano, podendo causar uma perda significativa de controle emocional etc.). Considerar o impacto de um possível estigma e a disposição da equipe em recorrer à assistência de saúde mental e ajustar o apoio adequadamente (por exemplo, pessoas da equipe internacional podem ter medo de serem enviadas de volta para casa se buscarem assistência psicológica).
- Garantir que a equipe receba medidas profiláticas, como vacinações e antimaláricos, preservativos e (quando apropriado) acesso a profiláticos de pós-exposição e garantir a disponibilidade adequada de medicamentos para doenças físicas comuns dentro a equipe.
- Providenciar para que procedimentos de evacuação ou encaminhamento a outros serviços por motivos médicos (incluindo saúde mental) estejam funcionando, incluindo equipe médica treinada apropriada para acompanhar a evacuação.

6. Proporcionar apoio aos trabalhadores que sofreram ou testemunharam eventos extremos (incidentes críticos, eventos potencialmente traumáticos).

- Para todos os sobreviventes de incidentes críticos, disponibilizar primeiros cuidados psicológicos básicos (PCP) *imediate* (para uma descrição de PCP básico, [ver Lista de Ação 6.1](#)). Como parte do PCP, avaliar e tratar das necessidades básicas e preocupações dos sobreviventes. Embora devam ser oferecidas oportunidades para que os sobreviventes falem sobre o que ocorreu, eles não devem ser forçados a descrever eventos em detalhes, nem a compartilhar ou a ouvir detalhes das experiências de outros sobreviventes. Deve haver uma discussão sobre os métodos existentes para lidar com a situação (positiva e negativamente) e, para isso, o consumo

de álcool e medicamentos deve ser explicitamente desaconselhado, uma vez que os sobreviventes sempre têm o risco de desenvolver vícios.

- Disponibilizar materiais apropriados de autocuidado (ver [Lista de Ação 8.2](#) para orientações sobre o desenvolvimento de materiais adequados à cultura). Os materiais devem incluir informações de contato de um profissional de saúde mental da equipe, caso os sobreviventes desejem buscar ajuda para qualquer nível de estresse.
- Quando o estresse dos sobreviventes for tão grave que limita seu desempenho básico (ou quando forem considerados um risco para si mesmos ou para os outros), eles devem deixar de trabalhar e receber cuidado imediato por um profissional de saúde mental treinado em tratamento de estresse traumático agudo com base em evidência. Pode ser necessária uma evacuação médica acompanhada.
- Assegurar que um profissional de saúde mental contate todos os membros da equipe nacional (incluindo intérpretes, motoristas, voluntários etc.) e internacional que sobreviveram a um incidente crítico entre um a três meses após o evento. O profissional deve avaliar como está o desempenho do sobrevivente e como ele se sente e indicar tratamento clínico para aqueles que enfrentam problemas graves que não desapareceram ao longo do tempo.

7. Disponibilizar apoio após a missão.

- O coordenador deve oferecer uma reunião de informação técnica e uma avaliação de desempenho para a equipe após terem finalizado suas tarefas.
- Os membros de equipe devem obter um exame de saúde geral, inclusive uma revisão e avaliação de estresse.
- Mecanismos de apoio de equipe devem ser disponibilizados quando solicitados.
- Devem ser fornecidos materiais informativos resumidos para ajudar as pessoas a entenderem e a administrarem o possível estresse. Esse material deve incluir uma lista atualizada de referência de profissionais de saúde mental, bem como oportunidades de receberem apoio de seus colegas.

Referências principais

1. Action Without Borders/Idealist.org (2004). Website com recursos sobre gestão de estresse para trabalhadores humanitários, gerentes e suas famílias (em inglês). <http://www.psychosocial.org>
2. Antares Foundation (2005). Managing Stress in Humanitarian Workers. Guidelines for Good Practice. Amsterdam: Antares Foundation. www.antaresfoundation.org
3. Headington Institute (2005). Vários recursos e módulos de treinamento on-line gratuitos sobre como entender e lidar com o estresse associado ao serviço humanitário. <http://www.headington-institute.org>

4. McFarlane C. (2004). 'Adjustment of humanitarian aid workers'. Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. ISSN: 1174-4707, Volume 2004-1.

<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm>

5. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide [Second edition]. http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf (Uma possível limitação deste recurso é que ele foi desenvolvido especificamente para situações de desastre em países ocidentais. O guia descreve uma forma avançada de primeiros cuidados psicológicos porque foi desenvolvido para uso por profissionais de saúde mental previamente treinados.)

6. People in Aid (2003). Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. <http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf>.

Exemplos de indicadores de processo

- A organização financiou projetos para proteger e promover o bem-estar das equipes que atuam em situações de emergência.
- Os trabalhadores que sobrevivem a um incidente crítico têm acesso imediato a primeiros cuidados psicológicos.
- Os trabalhadores que sobrevivem a um incidente crítico são sistematicamente avaliados para detectar problemas de saúde mental entre um e três meses após o incidente, sendo-lhes oferecido apoio apropriado quando necessário.

Exemplo: país não especificado, 1999

- Após uma situação violenta de sequestro, envolvendo a equipe de uma ONG internacional, todo o pessoal nacional e internacional recebeu informações técnicas e operacionais da missão e informações sobre como e onde receber apoio de um médico nacional ou estrangeiro ou de um profissional de saúde mental a qualquer momento em que fosse necessário.
 - Nos dias seguintes ao incidente, um técnico de apoio psicossocial organizou duas reuniões para discutir com a equipe como eles se sentiam. Foi providenciada assistência (e evacuação médica) para uma pessoa com graves problemas de ansiedade.
 - Um mês depois, um voluntário treinado contactou toda a equipe nacional e internacional individualmente para verificar seu bem-estar e ofereceu apoio na medida em que foi necessário.
-

Lista de Ação 5.1

Facilitar as condições para a mobilização da comunidade, para que se apropriem e tenham controle das respostas de emergência em todos os setores

Função: Apoio e mobilização da comunidade

Fase: Resposta mínima

Histórico

Na medida do possível, a população afetada deve apropriar-se e controlar os processos de resposta a uma emergência e deve fazer uso de suas próprias estruturas de apoio, incluindo as estruturas do governo local. Nestas diretrizes, o termo “mobilização da comunidade” refere-se a esforços realizados dentro e fora da comunidade para envolver seus membros (grupos de pessoas, famílias, parentes, colegas, vizinhos ou outros que tenham um interesse comum) em todas as discussões, decisões e ações que afetam seus futuros. À medida que as pessoas se tornam mais envolvidas, é provável que fiquem mais esperançosas, mais confiantes para lidarem com os problemas e mais ativas na reconstrução de suas próprias vidas e comunidades. Em cada etapa, as atividades de ajuda devem promover a participação, aproveitar o que as pessoas locais já estão fazendo para se ajudarem e evitar fazer para elas o que podem fazer por si mesmas.

Existem vários graus de participação da comunidade:

- A comunidade controla em grande medida o processo de assistência e decide quais são as respostas de intervenções, com organizações governamentais e não governamentais que promovem e dão apoio direto.
- A comunidade ou seus representantes têm um papel de participação igualitária em todas as principais decisões e atividades realizadas em parceria com várias organizações governamentais e não governamentais e agentes comunitários.
- A comunidade ou seus representantes são consultados em todas as principais decisões.
- A comunidade atua como parceira de implementação (por exemplo, apoia a distribuição de alimentos ou atividades de autoajuda), enquanto as principais decisões são tomadas por organizações governamentais e não governamentais.
- Os membros da comunidade não participam da formulação das atividades de ajuda e apenas são envolvidos minimamente na implementação delas.

Etapas críticas na mobilização da comunidade

- Reconhecimento pelos membros da comunidade de que eles têm interesses comuns e que serão mais eficazes se trabalharem em conjunto (ou seja “precisamos apoiar uns aos outros para enfrentar a situação”).
- Desenvolvimento do senso de responsabilidade e de apropriação que vem com esse reconhecimento (“isto é algo que nos afeta e podemos fazer algo a respeito”).
- Identificação dos recursos próprios e conhecimentos da comunidade, e também das habilidades e talentos individuais (“quem pode fazer ou o que já está fazendo; quais recursos temos; o que mais podemos fazer?”).
- Identificação das questões de prioridade (“o que nos realmente preocupa é...”).
- Os membros da comunidade planejam e administram atividades utilizando seus recursos internos.
- Desenvolver a capacidade dos membros da comunidade para continuar e aumentar a eficácia desta ação.

Adaptado de Donahue and Williamson (1999), Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS, Displaced Children and Orphans Fund

É importante notar que as comunidades tendem a incluir múltiplos subgrupos com necessidades diferentes e que frequentemente competem por influência e poder. Para facilitar a participação genuína da comunidade é necessário compreender a estrutura de poder local e padrões de conflito da comunidade, trabalhando com diferentes subgrupos e evitando privilegiar grupos particulares.

Os aspectos políticos e de emergência da situação determinam a extensão de participação que é mais apropriada. Em situações muito urgentes ou perigosas, pode ser necessário proporcionar serviços com pouca contribuição da comunidade. O envolvimento da comunidade quando há uma combinação inadvertida de criminosos e vítimas também pode levar ao terror e a massacres (como ocorreu, por exemplo, na crise dos Grandes Lagos em 1994). Porém, na maioria das circunstâncias, é possível e desejável que haja níveis mais altos de participação. A experiência sugere que muitos membros da comunidade têm maior probabilidade de desempenhar bem funções de liderança na organização de tarefas de assistência e que a vasta maioria pode ajudar a implementar atividades de assistência. Embora algumas agências de assistência externa muitas vezes digam que não têm tempo para conversar com a população, elas têm a responsabilidade de dialogar e aprender com os residentes locais e normalmente há tempo para esse processo.

Entretanto, é necessário que haja uma abordagem crítica. Processos externos geralmente

induzem as comunidades a adaptarem-se à agenda das agências de assistência. Isto é um problema, especialmente quando as agências externas trabalham sem coordenação. Por exemplo, um ano após o tsunami de 2004 que afetou o sudeste da Ásia, uma comunidade de 50 famílias do norte do Sri Lanka, em uma pesquisa psicossocial de porta em porta, identificou 27 ONGs diferentes que estavam oferecendo ou fornecendo ajuda. Um entrevistado afirmou: “Nunca tivemos líderes aqui. A maioria de nós somos parentes. Quando alguém enfrentava um problema, os vizinhos vinham ajudar. Mas agora algumas pessoas agem como se fossem líderes para negociar as doações. Os parentes não se ajudam mais”.

Como indica esse exemplo, pode ser prejudicial se as agências facilitarem a participação da comunidade em graus mais altos, cada um com suas próprias agendas oferecendo ajuda, sem um vínculo de confiança ou sem entender a comunidade. É particularmente importante facilitar as condições para que as comunidades possam organizar entre si mesmas as respostas de assistência, em vez de forçar a comunidade a aderir a uma agenda externa preestabelecida.

Ações principais

1. Coordenar as atividades para mobilização comunitária.

- Identificar e coordenar com os processos existentes de mobilização da comunidade (ver [Lista de Ações 1.1](#)). A população local geralmente tem líderes formais e não formais e também estruturas organizacionais que podem ser úteis na coordenação, embora seja necessário tomar cuidado para que determinadas pessoas não sejam excluídas.
- É importante trabalhar em parceria com o governo local, onde serviços de apoio governamental estejam presentes.

2. Avaliar o quanto antes o ambiente político, social e de segurança.

Além de revisar e coletar informações gerais sobre o contexto (ver [Lista de Ações 2.1](#)):

- Observar e conversar informalmente com várias pessoas representantes de diversos setores da comunidade afetada;
- Identificar e conversar com informantes chave do sexo masculino e feminino (líderes, professores, curandeiros etc.) que podem compartilhar informações sobre: (a) estruturas de poder, organização e processos de tomada de decisão na comunidade, (b) quais regras culturais devem ser seguidas e (c) quais dificuldades e perigos devem ser levados em consideração na mobilização da comunidade.

3. Conversar com vários informantes-chave e com grupos formais e informais, para saber como os residentes locais estão se organizando e como diferentes agências podem participar dos esforços de assistência. As comunidades incluem subgrupos que diferem em interesses e poderes e esses diferentes subgrupos devem ser considerados em todas as fases de mobilização da comunidade. Geralmente é útil reunir-se separadamente com subgrupos definidos por religião ou etnia, afinidade política, gênero e idade ou casta e classe socioeconômica. As perguntas que devem ser feitas aos grupos incluem:

Em emergências anteriores, como os residentes locais enfrentaram a crise?

- De que maneira as pessoas estão se ajudando agora?
- Como as pessoas aqui participam da resposta a emergências?
- Quem são as pessoas ou grupos chave que poderiam ajudar a organizar serviços de saúde, abrigo etc.?
- Como cada área de um acampamento ou aldeia pode “personalizar” seu espaço?
- Seria útil ativar estruturas e processos preexistentes de tomada de decisão? Em caso positivo, o que pode ser feito para permitir que as pessoas em um acampamento sejam agrupadas (por exemplo, por aldeia ou clã)?
- Se houver conflitos sobre recursos ou instalações, como a comunidade poderia reduzi-los? Qual é o processo para resolver as diferenças?

4. Facilitar a participação de pessoas marginalizadas.

- Ter ciência dos problemas envolvendo poder e injustiça social.
- Incluir as pessoas marginalizadas no planejamento e fornecimento de assistência.
- Iniciar discussões sobre as formas de fortalecer os grupos marginalizados e evitar ou reduzir a estigmatização ou discriminação.
- Assegurar, se possível, que em tais discussões sejam observadas as estruturas de autoridade existentes, incluindo estruturas de governo locais.
- Envolver os jovens que em geral são vistos como um problema, mas que podem ser um valioso recurso para resposta a emergências, pois eles podem adaptar-se rapidamente e de forma criativa a mudanças de situações.

5. Estabelecer desde o início espaços seguros para ajudar nas discussões de planejamento e na disseminação de informações sobre as ações planejadas.

Espaços seguros, que podem ser cobertos ou abertos, permitem que os grupos se reúnam

para planejar a participação na resposta a emergências e conduzir atividades de autoajuda (ver [Lista de Ações 5.2](#)) ou atividades religiosas e culturais (ver [Lista de Ações 5.3](#)). Espaços seguros podem ser utilizados também para proteger e apoiar as crianças (ver [as Listas de Ações 3.2 e 5.4](#)), para atividades de aprendizagem (ver [Lista de Ações 7.1](#)), e para comunicar informações fundamentais aos membros da comunidade (ver [as Listas de Ações 8.1 e 8.2](#)).

6. Promover processos de mobilização comunitária.

- Se as condições de segurança permitirem, organizar discussões sobre o contexto social, político e econômico e as causas da crise. Proporcionar um senso de propósito e significado pode ser uma fonte poderosa de apoio psicossocial.
- Facilitar as condições para um processo de reflexão coletivo, envolvendo os atores chave, os grupos comunitários ou a comunidade como um todo considerando:
 - Vulnerabilidades a serem abordadas no momento e cenários que podem ser previstos para o futuro;
 - Capacidades e habilidades a serem ativadas e construídas;
 - Possíveis fontes de resiliência identificadas pelo grupo;
 - Mecanismos que no passado ajudaram membros da comunidade a lidarem com tragédia, violência e perda;
 - Organizações (por exemplo, grupos de mulheres locais, grupos de jovens ou organizações profissionais, trabalhistas ou políticas) que poderiam estar envolvidas no processo de levar ajuda;
 - Como outras comunidades tiveram êxito durante situações de crises.
- Uma das principais atividades de um processo de mobilização participativa é ajudar as pessoas a fazerem conexões entre o que a comunidade tinha antes, onde seus membros estão agora, aonde querem chegar e os modos e meios para se alcançar isso. Facilitar esse processo significa criar condições para que as pessoas alcancem seus objetivos sem imposições externas e com o mínimo de intromissão possível. Se necessário, pode ser útil organizar atividades (por exemplo, usando metodologias de educação popular) que facilitem o diálogo produtivo e o intercâmbio. Esse processo de reflexão deve ser registrado, se os recursos permitirem, para ser transmitido a outras organizações que trabalham na mobilização da comunidade.
- O processo acima deve levar a uma discussão de “planos de ação” para a emergência que coordenem atividades e distribuam deveres e responsabilidades, levando em conta as prioridades acordadas e a viabilidade das ações. O planejamento também poderia prever cenários de prazo

mais longo e identificar ações possivelmente frutíferas com antecedência. É preciso compreender claramente se a ação é responsabilidade da comunidade ou de agentes externos (como o Estado). Se for da comunidade, um plano de ação da comunidade pode ser desenvolvido. Se a responsabilidade for dos agentes externos, então um plano de promoção da comunidade pode ser colocado em ação.

Referências principais

1. Action on the Rights of the Child. Community Mobilisation. http://www.savethechildren.net/arc/files/f_commmob.pdf
 2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/g_s_handbook.pdf (English); <http://www.psicossocial.net> (Espanhol)
 3. Donahue J. and Williamson J. (1999). Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS. Displaced Children and Orphans Fund. http://pdf.dec.org/pdf_docs/pnacj024.pdf
 4. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revisado em 2007). Camp Management Toolkit. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
 5. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). Journey of Life – A Community Workshop to Support Children. <http://www.repssi.org/home.asp?pid=43>
 6. Segerström E. (2001). 'Community Participation' in The Refugee Experience, Oxford Refugee Studies Centre. http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/commpart/com_int.htm
 7. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response, Common standard 1: participation, pp. 28-29. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
 8. UNHCR (2002). Guide for Shelter Planning (capítulos sobre a Participação da Comunidade e Organização da Comunidade). <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/opendoc.pdf?tbl=PARTNERS&id=3c4595a64> (Inglês); http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792 (Espanhol)
 9. UNHCR (2006). Tool for Participatory Assessment in Operations. <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/450e963f2.html>
-

Exemplos de indicadores de processo

- Espaços seguros foram estabelecidos e utilizados para reuniões de planejamento e de compartilhamento de informações.
- Os residentes locais realizam reuniões regulares sobre como organizar e implementar a resposta a emergência.
- Homens, mulheres e jovens locais – incluindo aqueles que pertencem a grupos marginalizados – estão envolvidos na tomada de decisões chave na emergência.

Exemplo: México, 1985

- Em 1985, após um terremoto devastador na Cidade do México - onde já haviam organizações comunitárias fortes – os membros da comunidade local organizaram os esforços de ajuda de emergência.
 - Os residentes locais fizeram a maior parte do serviço de limpeza, distribuíram alimentos e outros suprimentos, organizaram abrigos temporários e projetaram novas residências.
 - A resposta local à emergência desencadeou um movimento social que ajudou a população afetada durante um período de cinco anos.
 - Os estudos realizados três e cinco anos após o terremoto não relataram nenhum aumento na prevalência de problemas de saúde mental.
-

Função: Apoio e mobilização da comunidade

Fase: Resposta mínima

Histórico

Em todas as comunidades o apoio psicossocial, os mecanismos para lidar com problemas e a resiliência ocorrem de forma efetiva e natural. Em quase todos os grupos de pessoas afetadas por uma emergência há pessoas que são fonte de apoio psicossocial em tempos de crises. Nas famílias e comunidades é preciso tomar medidas o quanto antes para acionar e fortalecer o apoio local e incentivar um espírito de autoajuda na comunidade.

Uma abordagem de autoajuda é vital, pois adotar medidas de controle sobre alguns aspectos da vida promove a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas após experiências de grande sofrimento psicológico. Os grupos de pessoas afetadas geralmente possuem estruturas formais e informais através das quais se organizam para atender às necessidades coletivas. Mesmo que essas estruturas sejam rompidas, podem ser reativadas e usadas como apoio como parte do processo de possibilitar uma resposta efetiva a emergência. O fortalecimento e a ampliação de sistemas de apoio local e estruturas existentes permitirá respostas sustentáveis e culturalmente adequadas para a comunidade, a qual se apropriará delas. Ao adotar esse enfoque, o papel das agências externas já não é principalmente o de fornecer serviços diretos, mas sim facilitar apoios psicossociais que desenvolvam as capacidades dos recursos localmente disponíveis.

Para facilitar o apoio social e os mecanismos de ajuda mútua da comunidade é necessário ter sensibilidade e pensamento crítico. As comunidades frequentemente têm subgrupos diversificados e competitivos com diferentes agendas e níveis de poder. É essencial evitar o fortalecimento de determinados subgrupos em detrimento de outros, e promover a inclusão de pessoas que são normalmente “invisíveis” ou excluídas das atividades do grupo.

Ações principais

1. Identificar recursos humanos na comunidade local.

Exemplos de tais recursos são os anciãos, líderes da comunidade (incluindo os líderes de governo locais), curandeiros tradicionais, líderes ou grupos religiosos, professores, profissionais de saúde e de saúde mental, assistentes sociais, grupos de jovens e de mulheres, grupos de bairro, líderes sindicais e líderes empresariais por terem uma participação significativa na comunidade. Uma valiosa estratégia é mapear os recursos locais ([ver também a Lista de Ações 2.1](#)) perguntando aos membros da comunidade sobre as pessoas de quem eles buscam apoio em momentos de crise. É

provável que determinados nomes ou grupos de pessoas sejam informados repetidamente, indicando potenciais fontes de apoio dentro da população afetada.

- É preciso reunir-se e conversar com as pessoas identificadas com potencial para ajudar, incluindo aquelas pertencentes a grupos marginalizados e perguntar se estão disponíveis.
- Identificar grupos sociais ou mecanismos que funcionavam antes da emergência e que poderiam ser reavivados para ajudar a atender às necessidades imediatas como, por exemplo, grupos de trabalho coletivo, grupos de autoajuda, grupos de poupança e crédito rotativo, sociedades funerárias e grupos de jovens e mulheres.

2. Facilitar o processo comunitário de identificação das ações prioritárias mediante a avaliação participativa e outros métodos com a participação dos interessados.

- Identificar os mecanismos de apoio profissionais ou não profissionais disponíveis que poderiam ser ativados ou fortalecidos imediatamente.
- Promover um processo coletivo de reflexão sobre o passado, presente e futuro das pessoas que permita o planejamento, listando os apoios que estavam presentes no passado, mas que foram interrompidos pela emergência e tentar reativar apoios úteis. Refletir sobre as perspectivas a longo prazo e tomar medidas para alcançá-las.
- Discutir com os atores ou grupos chave da comunidade sobre:
 - Organizações que já trabalharam para enfrentar crises e cuja reativação possa ser útil;
 - Mecanismos (rituais, festivais, grupos de discussão de mulheres etc.) que no passado ajudaram os membros da comunidade a lidar com tragédias, violências ou perdas;
 - Como a situação atual atrapalhou as organizações sociais e os mecanismos de superação;
 - Como as pessoas foram afetadas pela crise;
 - Quais prioridades as pessoas devem adotar ao avançar em direção a sua perspectiva para o futuro;
 - Que ações possibilitariam as pessoas a alcançarem suas metas prioritárias;
 - Quais experiências bem-sucedidas das organizações foram vistas em suas comunidades e em comunidades vizinhas.
- Compartilhar os resultados desse processo de identificação com o grupo de coordenação ([ver as Listas de Ações 1.1 e 2.1](#)).

3. Apoiar iniciativas da comunidade, incentivando ativamente as que promovem o apoio familiar e comunitário a todos os membros da população afetada pela emergência, incluindo pessoas em maior risco.

- Determinar o que os membros da população afetada já estão fazendo para se ajudarem e procurar modos para reforçar esses esforços. Por exemplo, se os residentes locais estão organizando atividades educacionais, mas precisam de recursos básicos, como papel e itens de escritório, apoiar suas atividades fornecendo os materiais necessários (prestando atenção para não criar dependência). Perguntar regularmente o que pode ser feito para apoiar as ações locais.
- Apoiar iniciativas comunitárias sugeridas pelos membros da população durante o diagnóstico participativo da situação, conforme apropriado.
- Incentivar, quando apropriado, a formação de grupos, particularmente os que se baseiam em grupos preexistentes, para realizar diversas atividades de organização e planejamento de ajuda mútua.

4. Incentivar e apoiar outras atividades que promovam o apoio à família e à comunidade para todos os membros da população afetada pela emergência e, especificamente, para as pessoas em maior risco.

Além de apoiar as iniciativas da própria comunidade, várias outras iniciativas relevantes podem ser consideradas. Facilitar a contribuição da comunidade: (a) na escolha de quais atividades receberão apoio, (b), no projeto, implantação e monitoramento das atividades escolhidas, e (c) no apoio e facilitação dos processos de encaminhamento a outros serviços. No quadro abaixo há exemplos de atividades potencialmente relevantes.

Exemplos de atividades que promovem o apoio à família e à comunidade para membros da população afetada pela emergência e, especificamente, para as pessoas em maior risco

- Organizar discussões em grupo sobre como a comunidade pode ajudar os grupos em risco, identificados no diagnóstico da situação como necessitando de proteção e apoio ([ver Lista de Ações 2.1](#));
 - Estabelecer comitês comunitários de proteção infantil que identificam crianças vulneráveis, monitorem riscos, intervenham quando possível e encaminhem os casos às autoridades de proteção ou serviços comunitários, quando apropriado ([ver Lista de Ações 3.2](#));
-

- Sempre que possível, providenciar acolhimento familiar estruturado e monitorado, em vez de orfanatos para crianças separadas de suas famílias (ver [Lista de Ações 3.2](#));
- Procurar e reunir membros familiares separados de todas as faixas etárias (ver [Lista de Ações 3.2](#));
- Proteger crianças de rua e crianças anteriormente associadas a forças combatentes e grupos armados, e reintegrá-las na comunidade;
- Organizar atividades que facilitam a inclusão de pessoas isoladas nas estruturas sociais (órfãos, viúvos, idosos, pessoas com graves distúrbios mentais ou incapacidades ou que perderam suas famílias);
- Organizar grupos de apoio e de atividade para mulheres, quando apropriado;
- Formular programas de apoio à criação de filhos;
- Apoiar clubes desportivos e de jovens e outras atividades recreativas, por exemplo: para adolescentes em risco de consumo de drogas ou de outros problemas sociais e comportamentais;
- Restabelecer eventos culturais e religiosos comuns a todos (ver [Lista de Ações 5.3](#));
- Estabelecer grupos permanentes de discussão sobre a saúde mental e o bem-estar psicossocial dos membros da comunidade;
- Criar redes que vinculem as comunidades afetadas às agências de assistência, entidades governamentais e outros serviços;
- Aproveitar as práticas comunitárias de recuperação (ver [Lista de Ações 5.3](#));
- Propiciar outras atividades que ajudem os membros da comunidade a obterem ou a recuperarem o controle de suas vidas;
- Realizar atividades que promovam a solução não violenta de conflitos, por exemplo: discussões, representações teatrais e canções, atividades conjuntas com membros de lados opostos etc.;
- Propiciar atividades estruturadas para crianças e jovens (incluindo a educação não formal e espaços acolhedores para as crianças: ver [Lista de Ações 7.1](#));
- Organizar o acesso à informação sobre o que está acontecendo, serviços disponíveis, pessoas desaparecidas, segurança etc. (ver [Lista de Ações 8.1](#));
- Organizar o acesso a abrigos e a serviços básicos (ver [Listas de Ações 9.1, 10.1 e 11.1](#));

5. Oferecer sessões breves e participativas de treinamento, conforme apropriado (ver [Lista de Ações 4.3](#)), combinadas a um acompanhamento.

Sempre que os sistemas de apoio locais forem incompletos ou muito fracos para alcançarem determinadas metas, pode ser útil treinar os trabalhadores da comunidade, incluindo os voluntários, para executarem tarefas como:

- Identificar e responder às necessidades especiais dos membros da comunidade que não estão funcionando bem;
- Desenvolver e fornecer apoios culturalmente apropriados;
- Proporcionar apoio básico, ou seja, primeiros cuidados psicológicos, para pessoas com sofrimentos psicológicos intensos após a exposição a situações traumáticas extremas (ver Lista de Ações 6.1);
- Criar grupos de mães e filhos para discussões e proporcionar estímulos às crianças menores (ver Lista de Ações 5.4);
- Ajudar as famílias, quando apropriado, com estratégias de resolução de problemas e conhecimento sobre criação de filhos;
- Identificar, proteger e garantir que crianças separadas de suas famílias sejam cuidadas;
- Incluir pessoas com necessidades especiais em diversas atividades;
- Fornecer apoio a sobreviventes de violência de gênero;
- Facilitar a libertação e integração de meninos e meninas que foram recrutados por forças combatentes ou grupos armados;
- Estabelecer grupos de autoajuda;
- Envolver os jovens, por exemplo, em atividade de liderança positiva, organizando clubes de jovens, atividades esportivas, diálogos para a resolução de conflitos, educação sobre saúde reprodutiva e outros treinamentos de habilidades da vida;
- Envolver os adultos e adolescentes em atividades concretas de interesse comum e com propósitos claros, por exemplo, na construção e organização de abrigos, organização de buscas de familiares desaparecidos, distribuição de alimentos, culinária, saneamento, imunizações, ensino de crianças;
- Encaminhar as pessoas afetadas aos serviços jurídicos, de saúde, nutrição e sociais que sejam pertinentes, apropriados e que estejam disponíveis.

6. Quando necessário, promover dentro da comunidade e foram dela que se atenda as pessoas marginalizadas e vulneráveis.

É comum que pessoas que já eram marginalizadas antes do início de uma crise recebam pouca atenção e continuem invisíveis e sem assistência durante e depois da crise. Os trabalhadores humanitários podem tratar deste problema, vinculando seu serviço à justiça social, representando

as pessoas que, de outro modo, seriam negligenciadas e dando a elas a chance de falarem por si mesmas.

Referências principais

1. IASC (2005). Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf
2. IFRC (2003). 'Promoting community self-help', in Community-based Psychological Support: A Training Manual, pp.57-65. Geneva: International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies. Disponível em inglês, árabe, francês e espanhol: <http://psp.drk.dk/sw2995.asp>
3. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). Camp Management Toolkit. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
4. Pretty J.N. and Vodouhê D.S. (1997). 'Using rapid or participatory rural appraisal'. FAO: New York. <http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm>
5. Refugee Studies Centre and UNICEF (2002). 'Addressing the needs of children, their families and communities', in Working with Children in Unstable Situations – Principles and Concepts for Psychosocial Interventions (draft), pp.47-79. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/1Disaster-general/WorkWithChild.UnstableSitua.pdf>
6. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). The Journey of Life (awareness and action workshops). <http://www.repssi.org/>
7. Save the Children (1996). Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and approaches. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychsocwellbeing2.pdf>

Exemplos de indicadores de processo

- São tomadas medidas para identificar, ativar e fortalecer recursos locais que apoiem a saúde mental e o bem-estar psicossocial.
- Os processos e iniciativas da comunidade incluem e apoiam as pessoas em maior risco.
- Quando necessário, um breve treinamento é fornecido para desenvolver a capacidade de apoios locais.

Exemplo: Bósnia, década de 1990

- Na Bósnia, após as guerras dos anos noventa, muitas mulheres de áreas rurais que tinham sido vítimas de violência sexual e de perdas precisavam de apoio psicossocial, mas não queriam falar com psicólogos ou psiquiatras porque sentiam vergonha e estigma.
 - Seguindo uma prática que existia antes da guerra, as mulheres se juntaram em grupos para tricotar, tomar café e também para apoiar umas às outras.
 - As agências externas desempenharam uma função facilitadora fornecendo pequenos fundos para a compra de lã e desenvolvendo apoios de orientação.
-

Facilitar as condições para práticas culturais, espirituais e religiosas de recuperação da comunidade

Função: Apoio e mobilização da comunidade

Fase: Resposta mínima

Histórico

Em emergências as pessoas podem sofrer tensões culturais, espirituais e religiosas coletivas que podem exigir atenção imediata. Os prestadores de ajuda, que vêm de fora da cultura local, normalmente pensam em termos de sintomas e reações individuais, como depressão e estresse pós-traumático, mas muitos sobreviventes, particularmente em sociedades não-ocidentais, podem viver grandes sofrimentos em termos espirituais, religiosos, familiares e comunitários.

Com frequência, os sobreviventes sentem estresse significativo devido à sua incapacidade de executar rituais de enterro culturalmente apropriados, em situações onde os corpos dos falecidos não estão disponíveis para o enterro ou onde há falta de recursos financeiros ou espaços privados necessários para realizar tais rituais. Da mesma forma, as pessoas podem sofrer estresse intenso se não puderem realizar práticas religiosas, espirituais ou culturais normais. Essa Lista de Ações trata dos apoios gerais, religiosos e culturais (incluindo espirituais) para os grupos de pessoas que não precisam necessariamente buscar cuidados, enquanto a Lista de Ações 6.4 abrange cuidados tradicionais especializados para as pessoas e famílias que procuram ajuda.

Para abordar esses tipos de estresses coletivos é preciso possibilitar a realização de práticas culturais, espirituais e religiosas apropriadas. A realização de rituais fúnebres ou enterros favorecem o processo de luto e podem aliviar o sofrimento. Em algumas situações, cerimônias de purificação e cura contribuem para a recuperação e reintegração. Para populações devotas, a fé ou práticas como rezar fornecem apoio e significado em circunstâncias difíceis. Compreender e, conforme o caso, permitir ou apoiar práticas de recuperação culturais pode aumentar o bem-estar psicossocial para muitos sobreviventes. Por outro lado, ignorar tais práticas de recuperação pode prolongar o sofrimento e potencialmente causar danos por marginalizar formas culturais úteis de lidar com essas situações. Em muitos contextos, trabalhar com líderes e recursos religiosos é uma parte essencial do apoio psicossocial em emergências.

Envolver-se com a religião ou cultura local muitas vezes desafia os trabalhadores não-locais a considerar visões de mundo muito diferentes das suas. Haja vista que algumas práticas locais causam danos (por exemplo, quando se mistura a espiritualidade com a política), os trabalhadores humanitários devem pensar criticamente e apoiar recursos e práticas locais somente se eles se enquadrarem às normas internacionais de direitos humanos.

Ações principais

1. Aproximar-se de líderes religiosos e espirituais locais e outras fontes de informação cultural para saber suas opiniões sobre como as pessoas foram afetadas e as práticas que podem apoiar a comunidade.

Etapas úteis a serem seguidas:

- Rever os diagnósticos da situação existentes (ver Lista de Ações 2.1) para evitar o risco de questionamentos repetitivos;
- Aproximar-se dos líderes religiosos e espirituais locais, de preferência por meio de um intermediário do mesmo grupo étnico ou religioso, para aprender mais sobre seus pontos de vista (ver Ação Principal 3 abaixo). Uma vez que diferentes grupos e orientações podem estar presentes na população afetada, é importante abordar todos os principais grupos religiosos ou orientações. O ato de pedir ajuda destaca questões espirituais e religiosas, e o conhecimento aprendido pode orientar o uso de auxílios destinados a apoiar os recursos locais que melhoram o bem-estar.

2. Exercitar a sensibilidade ética.

Usar um interprete qualificado, se necessário, para trabalhar no idioma local, fazendo perguntas que um guia cultural (pessoa bem informada sobre a cultura local) tenha indicado como apropriadas. Pode ser difícil para os sobreviventes compartilharem informações sobre sua religião ou espiritualidade com estranhos, particularmente em situações de conflito armado, onde suas identidades étnicas e/ou crenças religiosas tenham sido agredidas.

A experiência indica que é possível para os trabalhadores humanitários conversarem com os líderes religiosos e espirituais se demonstrarem respeito e comunicarem-lhes que sua finalidade é aprender como melhor apoiar as pessoas afetadas e evitar práticas prejudiciais. Em muitas emergências, líderes religiosos e espirituais foram parceiros-chave na educação dos trabalhadores humanitários sobre como apoiar pessoas afetadas. É necessário ter sensibilidade ética e tato porque algumas práticas espirituais, culturais e religiosas (por exemplo, a prática da imolação de viúvas) são nocivas. É importante manter uma perspectiva crítica, apoiando as práticas culturais, religiosas e espirituais, somente se elas respeitam as normas de direitos humanos. A cobertura da mídia sobre práticas locais pode ser problemática e deve ser permitida somente com o pleno consentimento dos membros da comunidade envolvidos.

3. Aprender sobre os mecanismos locais de enfrentamento e apoios culturais, religiosos e espirituais.

Uma vez que tenha sido estabelecido um relacionamento de respeito com os líderes, faça perguntas como:

- Quais foram os efeitos culturais e espirituais da emergência nas pessoas?
- Quando as pessoas morrem, quais são as providências apropriadas?
- Há rituais ou práticas culturais que poderiam ser realizados? E qual seria o momento apropriado para realizá-los?
- Qual a pessoa mais indicada para fornecer orientação sobre como realizar esses rituais e providenciar o enterro dos corpos?
- Quem na comunidade se beneficiaria grandemente de rituais específicos de purificação ou de recuperação e por quê?
- Você está disposto a instruir os trabalhadores internacionais presentes nesta área sobre como apoiar espiritualmente as pessoas e como evitar danos espirituais?

Se for viável, é interessante que se façam repetidas visitas para criar um vínculo de confiança e aprender mais sobre as práticas religiosas e culturais. E também, se possível, confirmar as informações coletadas, discutindo-as com antropólogos ou outros guias culturais locais que tenham profundo conhecimento da cultura e das práticas locais.

4. Disseminar as informações coletadas entre os atores humanitários nas reuniões setoriais e de coordenação.

Compartilhar as informações coletadas com os colegas de diferentes setores, incluindo-as em reuniões de coordenação intersetorial de SMAPS e em outras oportunidades, para aumentar a consciência sobre questões e práticas culturais e religiosas. Mostrar os possíveis danos causados, por exemplo, por enterros em massa sem cerimoniais ou entrega de alimento ou outros materiais considerados ofensivos por questões religiosas.

5. Facilitar as condições para práticas apropriadas de recuperação.

A função dos trabalhadores humanitários é facilitar o uso de práticas que sejam importantes para as pessoas afetadas e que sejam compatíveis com os padrões de direitos humanos internacionais. As principais medidas são:

- Trabalhar com líderes selecionados na identificação de como facilitar práticas apropriadas;
- Identificar obstáculos (por exemplo, falta de recursos) para a realização destas práticas;
- Remover os obstáculos (por exemplo, proporcionar espaço para rituais e recursos como

alimentação para os convidados do funeral e materiais para enterros);

- Aceitar as práticas combinadas existentes (por exemplo, práticas locais e ocidentalizadas) quando apropriado.

Referências principais

1. PAHO/WHO (2004). 'Sociocultural aspects'. In: Management of Dead Bodies in Disaster Situations, pp.85-106. Washington: PAHO.

<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf>

2. Psychosocial Working Group (2003). Psychosocial Intervention in Complex Emergencies:

A Conceptual Framework. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf>

3. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Mental and social aspects of health, pp.291-293. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

Exemplos de indicadores de processo

- Identificação de apoios culturais, religiosos e espirituais locais e compartilhamento de informações com os trabalhadores humanitários.
- Identificação, remoção ou redução de obstáculos para a realização de práticas apropriadas.
- Tomada de medidas para facilitar o uso de práticas valorizadas pelas pessoas afetadas e que sejam consistentes com os padrões internacionais de direitos humanos.

Exemplo: Angola, 1996

- Um garoto ex-soldado disse que estava angustiado e tinha medo porque o espírito de um homem que ele havia matado o visitava à noite. O problema era comunitário, uma vez que sua família e a comunidade o viam como contaminado e temiam retaliação pelo espírito, caso ele não fosse purificado.
 - Trabalhadores humanitários consultaram curandeiros locais que disseram que poderiam expelir o espírito irado realizando um ritual de purificação que o menino disse que precisava.
 - Uma ONG internacional forneceu o alimento necessário e os animais oferecidos em sacrifício e o curandeiro realizou um ritual que acreditava purificar o menino e proteger a comunidade. Depois disso, o menino e os moradores da comunidade relataram sentirem-se melhor.
-

Facilitar o apoio para crianças (0 a 8 anos) e seus cuidadores

Função: Apoio e mobilização comunidade

Fase: Resposta mínima

Histórico

A primeira infância (0 a 8 anos) é o período mais importante para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social do ser humano. Durante esse período, o desenvolvimento do cérebro ocorre rapidamente e depende de que haja proteção e estímulos adequados e cuidado efetivo. Perdas na infância (por exemplo, a morte de um dos pais), o testemunho de violência física ou sexual e outros eventos dolorosos podem afetar a possibilidade de estabelecer vínculos emocionais estáveis e abalar o desenvolvimento social e emocional saudável durante toda a vida. Porém, a maioria das crianças consegue recuperar-se de tais experiências, especialmente se receber o cuidado e o apoio apropriado.

Em situações de emergências, o bem-estar de crianças de tenra idade depende em grande parte de sua família e da situação da comunidade. Elas podem ter seu bem-estar comprometido caso suas mães ou cuidadores venham a sofrer opressão, esgotamento ou depressão ou caso sejam física ou emocionalmente incapazes de proporcionar cuidado, rotina e apoio efetivos. Crianças que são separadas de seus pais podem ser colocadas sob cuidado temporário, o qual nem sempre é satisfatório. Na comunidade, pais e filhos podem estar em risco devido a falta de serviços médico, nutrição inadequada e várias ameaças à proteção.

Em emergências, os programas voltados para a primeira infância (ver [Lista de Ações 1.1](#)) devem ser coordenados e baseados em diagnósticos apropriados da situação (ver [Lista de Ações 2.1](#)), incluindo dados que avaliam a quantidade e as idades das crianças abaixo de 8 anos, a quantidade de mulheres grávidas e de mulheres com recém-nascidos. Os programas voltados para a primeira infância devem oferecer apoio para o cuidado das crianças pequenas exercido por suas famílias e outros cuidadores. As atividades na primeira infância devem proporcionar estímulo, facilitar a nutrição básica (em situações de escassez extrema de alimento), possibilitar a proteção e promover o vínculo entre crianças e cuidadores. Essas atividades visam satisfazer as necessidades básicas das crianças e ajudar a reduzir o sofrimento psicológico causado pela emergência, criando ambientes seguros, protegidos e estruturados, proporcionando apoio e ajuda aos cuidadores.

Ações principais**1. Manter as crianças com suas mães, pais, família ou outros cuidadores familiares.**

(a) Evitar a separação. Em emergências onde é provável o deslocamento da população, é preciso apoiar as comunidades e famílias no desenvolvimento de métodos culturalmente aceitáveis e apropriados para evitar a separação.

- Priorizar que as mães em fase de amamentação e seus filhos permaneçam juntos.
- Ensinar às crianças maiores canções que incluam seus sobrenomes, informação de contato e de sua aldeia.
- Colocar crachás de identificação nas crianças para minimizar os riscos de uma separação.
- **(b) Reunir pais e filhos** (ver *Lista de Ações 3.2*). Caso as crianças sejam separadas:
 - Contatar a organização adequada para reunificação familiar.
 - Facilitar o rastreamento e a reunificação. Registrar a data e local sempre que crianças separadas forem encontradas e coletar informações das próprias crianças, utilizando métodos apropriados para a idade, como pedir-lhes que levem até o lugar onde moravam ou que falem sobre si.
 - Manter a criança com a roupa que estava ao ser encontrada, pois é uma forma importante de identificar e reunir as crianças separadas com seus pais.

(c) Facilitar a organização de cuidados alternativos. Em crises e emergências onde não há outras opções de cuidado disponíveis, pode ser necessário organizar centros temporários para proteger as crianças separadas até que uma solução de longo prazo seja identificada. Enquanto esperam ser reunidas com suas famílias, as crianças separadas podem ser cuidadas por uma pessoa ou família que pode fornecer cuidado e proteção apropriados. Orfanatos devem ser vistos como último recurso, pois normalmente não proporcionam apoio apropriado.

- Escolher soluções de cuidado de acordo com os *melhores interesses da criança dentro do contexto cultural local*.
- Manter a criança dentro da família estendida e/ou comunidade sempre que possível e evitar a separação de irmãos.
- Sempre que possível, providenciar acolhimento familiar contínuo, evitando a troca de famílias adotivas.
- Em caso de recém-nascidos que perderam suas mães ou que foram separados de seus pais, atender às necessidades básicas de alimentação, aquecimento e cuidado, lembrando que em algumas culturas as meninas podem correr maior risco de serem negligenciadas.
- Caso as crianças já tenham sido colocadas em orfanatos ou outras instituições, deve haver uma rápida avaliação para identificar sua condição e orientar possíveis medidas para promover atividades de desenvolvimento na primeira infância (DPI).

2. Promover a continuidade da amamentação.

A amamentação é excelente para o bem-estar físico, psicossocial e cognitivo de recém-nascidos e de bebês. Também ajuda no desenvolvimento e conforto da criança, fortalece os laços entre mãe e filho, é prático, não tem custo e normalmente é muito seguro (com relação aos cuidados para segurança, ver UNICEF (2002) sob o título *Key resources for guidance on breastfeeding and HIV/AIDS* [Recursos fundamentais para orientação sobre amamentação e HIV/AIDS]).

- Incentivar a amamentação por meio do apoio individual e diálogos na comunidade.
- Aconselhar as mães de recém-nascidos (e parentes) quanto aos cuidados com o recém-nascido, com respeito a amamentação exclusiva, agasalhamento e aquecimento, banho e higiene do bebê.
- Evitar a distribuição rotineira de fórmulas de leite, pois isto desencoraja a amamentação.
- Tornar a suplementação alimentar das mulheres grávidas e lactentes uma alta prioridade.
- Evitar a pressão excessiva sobre as mães para amamentar. Mães que se recusam a amamentar, que acham isto muito difícil ou que não podem amamentar devem receber apoio adequado.

3. Facilitar brincadeiras e jogos como forma de promover cuidado e apoio social.

Essas atividades podem incluir educação de pais, visitas a lares, assistência à infância compartilhada e grupos de jogos comunitários, “espaços lúdicos”, brinquedotecas e espaços informais seguros para encontros de pais e mães (ver [Lista de Ações 5.1](#)).

- Organizar oportunidades apropriadas ao local para jogos ativos, estimulação e socialização para ajudar a mitigar o impacto psicossocial negativo da emergência.
- Adequar as atividades à idade, gênero e cultura das crianças. Para minimizar o desconforto, é necessário que as crianças tenham um senso de rotina e participação em atividades de normalização que devem refletir suas atividades diárias habituais (por exemplo, para uma criança de origem nômade que nunca foi à escola, a educação formal não é normalizadora nem confortante). Ao planejar e implementar um programa, é preciso levar em conta etapas de desenvolvimento culturalmente pertinentes, como ritos de passagem, que podem ser mais apropriados do que os modelos ocidentais de desenvolvimento infantil.
- Incluir em espaços seguros (ver [Listas de Ações 5.1](#) e [7.1](#)) atividades especiais que apoiem as crianças muito pequenas. Se as condições permitirem, organizar grupos de atividades por idade ou estágio de desenvolvimento das crianças: 0 a 12/18 meses (pré-verbal, sensório-motor), 12 a 18 meses e 3 anos, e 3 a 6 anos (atividades durante 6 a 8

anos são abordadas na [Lista de Ações 7.1](#)). Treinar os pais, irmãos, avós e jovens para trabalhar com a equipe disponível, e também levar o aprendizado até suas casas para que suas famílias aprendam como podem ajudar no desenvolvimento saudável de crianças de tenra idade. Considerar envolver mulheres mais velhas e moças de confiança como voluntárias em espaços seguros.

- Considerar o uso de brincadeiras, canções e danças conhecidas e também brinquedos de fabricação caseira, pois são muito práticos em uma emergência.
- Incluir uma área para que os cuidadores brinquem com as crianças e oferecer interação em todos os serviços para crianças menores, como programas de alimentação terapêutica, hospitais e clínicas, bem como em áreas para distribuição de alimento e itens não alimentícios.
- Facilitar as atividades para crianças pequenas que promovam o desenvolvimento social em comunidade e a não violência nas comunidades afetadas pela violência.
- Incluir crianças com necessidades especiais em atividades de cuidados, jogos e apoio social no nível da comunidade.
- Para obter orientação específica sobre como estimular crianças pequenas durante crises alimentares, consulte a referência à OMS (2006) em Referências principais.

4. Cuidado para cuidadores.

Em emergências, é importante organizar encontros nos quais os cuidadores de crianças pequenas possam discutir o passado, presente e futuro, compartilhar solução de problemas e apoiarem-se no cuidado eficaz de suas crianças.

- Em espaços seguros ([ver Listas de Ações 5.1 e 7.1](#)), organizar grupos de apoio onde pais/mães possam conversar sobre seu próprio sofrimento.
- Instruir os pais a não falarem sobre os detalhes de eventos traumáticos quando seus filhos estiverem por perto.
- Durante as atividades de pequenos grupos para famílias e seus filhos pequenos, os pais têm a oportunidade de ver como outros pais interagem com os filhos. Quando acontece uma interação positiva entre pai e filho, é importante valorizar isto e incentivar que outros pais interajam com seus próprios filhos de modo semelhante.
- Ajudar os pais e cuidadores a entenderem as mudanças que ocorrem com seus filhos após uma crise. Explicar que comportamentos como o medo acentuado dos outros e o isolamento ou o aumento das brigas com outras crianças são reações comuns ao estresse e não refletem nenhuma falha por parte do cuidador.

- Compartilhar informações com os pais e cuidadores sobre como identificar problemas e apoiar a saúde psicossocial de seus filhos, incluindo como controlar, regular e modificar o comportamento agressivo dos filhos por meio de disciplina consistente e estabelecimento de limites.
- Identificar respostas prejudiciais ao estresse de uma criança, como bater, abandonar ou estigmatizar e sugerir estratégias alternativas aos pais e líderes da comunidade.
- Os pais que têm dificuldades em cuidar de seus filhos por causa de graves problemas de saúde mental devem ser encaminhados para receber apoio adequado do pessoal de serviços de saúde (caso esses sejam treinados em serviços de saúde mental; ver Lista de Ações 6.2). Em particular, a depressão grave pode interferir na capacidade de cuidar dos filhos.

Referências principais

1. Bernard van Leer Foundation (2005). Early Childhood Matters. Volume 104: Responding to young children in post-emergency situations. http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/Early_Childhood_Matters_104/file
2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence. http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace:_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf
3. Emergency Nutrition Network Online (2006). Infant Feeding in Emergencies. <http://www.enonline.net/ife/index.html>
4. Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), Emotional Behaviour Book. http://www.hsrc.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other_resources.html
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Save the Children UK. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
6. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers. <http://www.infoforhealth.org/infoforhealth/breastfeeding/inforpt5.pdf>
7. Save the Children UK (2006). ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans. <http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources§ion=policy&subsection=details&pagelang=en>
8. UNESCO and IIEP (2006). Guidebook for Planning Educação in Emergencies and Reconstruction. <http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm>
9. UNICEF and Macksoud M. (2000). Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers. http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf
10. UNICEF (2002). HIV and Infant Feeding. http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf

11.WHO (2006). Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

12.Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs.

http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- Implantação dos Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children [Princípios Interagências Orientadores sobre Crianças Desacompanhadas e Separadas].
- Organização de atividades de desenvolvimento na primeira infância (DPI) para meninas e meninos (0 a 8 anos) e seus cuidadores.
- Incentivo à amamentação.
- Encontros de cuidadores em espaços seguros para discutir os desafios e proporcionar apoio mútuo.

Exemplo: Angola, 1999–2000

- As crianças pequenas em campos de pessoas deslocadas tinham poucas atividades disponíveis e seus pais passavam pouco tempo interagindo com elas.
- Após se reunirem com os adultos, os quais os residentes locais procuravam para receber conselhos e ajuda com crianças pequenas, uma ONG internacional forneceu-lhes treinamento sobre como organizar atividades adequadas para cada gênero e idade que ofereciam estímulo e promoviam uma interação social positiva.
- Embora não houvesse nenhuma escola ou outros centros, os participantes locais realizaram atividades sob a sombra das árvores, envolveram as mães nas atividades e encaminharam as crianças que precisavam de assistência especial. Essas atividades beneficiaram milhares de mães e crianças.

Lista de Ações 6.1

Includes specific psychological and social considerations in provision of general health care

Domain: Health services

Phase: Minimum Response

Histórico

Na maioria das emergências, há uma lacuna entre os serviços de saúde geral e saúde mental e os apoios psicossociais (SMAPS). Porém, o modo como o serviço de saúde é fornecido frequentemente afeta o bem-estar psicossocial das pessoas que vivem uma situação de emergência. Cuidados que mostram empatia e apoio emocional protegem o bem-estar dos sobreviventes, enquanto o tratamento desrespeitoso ou a comunicação deficiente ameaça a dignidade, inibe as pessoas de buscarem serviços de saúde e diminui a aderência a regimes de tratamento, incluindo em caso de doenças fatais como HIV/AIDS. Problemas de saúde físicos e mentais geralmente ocorrem juntos, especialmente entre sobreviventes de emergências. No entanto, a forte relação entre os aspectos sociais, mentais e físicos de saúde é geralmente ignorada na pressa de organizar e fornecer serviços de saúde.

Frequentemente os serviços de saúde em geral - como Atenção Primária à Saúde (APS) - oferecem o primeiro ponto de contato para ajudar pessoas com problemas de saúde mental e psicossocial. Prestadores de serviços de saúde geral frequentemente se deparam com problemas emocionais nos sobreviventes ao tratar doenças e lesões, especialmente ao tratar consequências de saúde em caso de violações de direitos humanos, como tortura e violência sexual. Algumas formas de apoio psicológico (como, primeiros cuidados psicológicos básicos) para pessoas em angústia psicológica aguda não requerem conhecimento avançado e podem ser facilmente ensinadas a trabalhadores que não teve nenhum treinamento anterior em saúde mental.

Essa Lista de Ações trata das considerações psicológicas e sociais no fornecimento global de serviços de saúde geral em emergências. A [Lista de Ações 6.2](#) descreve a gestão de distúrbio mental grave em emergências. As ações abaixo aplicam-se a serviços de saúde preexistentes e relacionados à emergência.

Ações principais

1. Incluir considerações sociais específicas ao fornecer serviços de saúde geral.

Desenvolver serviços de saúde equitativos, adequados e acessíveis, que sejam ajustados às normas mínimas de saúde para preservar a vida com dignidade. São aplicáveis as seguintes considerações sociais:

- Maximizar a participação da população afetada, masculina e feminina, no planejamento,

implementação, monitoramento e avaliação de qualquer tipo de serviço

de saúde de emergência (para orientação, consulte as referências a ALNAP sob Referências principais e as Listas de Ações 2.1, e 51).

- Maximizar o acesso a serviços de saúde, posicionando os novos serviços a uma distância a pé e segura das comunidades. É necessário haver um equilíbrio entre os gêneros, incluir representantes das principais minorias e agrupar idiomas entre a equipe de saúde para maximizar o acesso dos sobreviventes aos serviços de saúde. Fazer uso de intérpretes se necessário.

- **Proteger e promover os direitos dos pacientes:**

- Garantir termos de consentimento informado (para ambos os sexos) antes de procedimentos médicos e cirúrgicos (é imprescindível dar explicações claras sobre os procedimentos, especialmente quando os serviços de saúde de emergência são fornecidos por uma equipe internacional que pode ter enfoques médicos diferentes);

- Preservar a privacidade (o máximo possível, por exemplo: utilizar cortina ao redor da área de consulta);

- Manter sigilo nas informações relacionadas ao estado de saúde dos pacientes. É necessário precaução, especialmente quanto a dados relacionados a violações de direitos humanos (por exemplo, tortura, violência sexual).

- Usar medicamentos essenciais de acordo com a *WHO Model List of Essential Medicines* [Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS] para facilitar a disponibilização e, portanto, o cuidado sustentável. Utilizar medicamentos genéricos localmente disponíveis, sempre que possível.

- Registrar e analisar dados discriminados por gênero e idade em sistemas de informação de saúde.

- Comunicar à população afetada as informações de saúde relacionadas à emergência que forem importantes (ver [Lista de Ações 8.1](#)).

2. Providenciar certidões de nascimento e óbito (se necessário).

A certidão de óbito é importante para solicitações (incluindo reivindicações de herança) dos membros familiares sobreviventes. A certidão de nascimento é geralmente essencial para meios de identificação e cidadania e, portanto, para acesso aos serviços do governo (por exemplo, educação) e para proteção contra a adoção ilegal, recrutamento forçado e tráfico. Se as autoridades regulares não puderem fornecer esses documentos, os trabalhadores de serviços de saúde devem fornecê-los.

3. Facilitar o encaminhamento a serviços essenciais fora do sistema de saúde:

- Serviços sociais localmente disponíveis e mecanismos comunitários de apoio e proteção (ver as Listas de Ações 3.2, 3.3 e 5.2);
- Serviços de apoio jurídico e/ou para sobreviventes que testemunharam violações de direitos humanos, sempre que possível e apropriado;
- Agências de localização de sobreviventes para as pessoas que não conseguem encontrar parentes perdidos.

4. Orientar a equipe de saúde geral e a equipe de saúde mental sobre componentes psicológicos de serviços de saúde de emergência.

Consulte também a [Lista de Ações 4.3](#) para saber mais sobre como organizar sessões de orientações. Oferecer seminários de orientação de meio-dia ou, preferivelmente, de um dia inteiro para as equipes de saúde nacionais e internacionais. Considerar o seguinte conteúdo:

- Educação psicológica e informação geral, que inclua:
 - A importância de se tratar com respeito os sobreviventes de desastres para proteger sua dignidade;
 - Informações básicas sobre o conhecimento atual, sobre o impacto das emergências na saúde mental e bem-estar psicossocial ([ver o capítulo 1](#)), bem como uma compreensão das respostas psicossociais locais a uma emergência.
 - Principais conclusões extraídas dos diagnósticos da situação em relação à saúde mental e apoio psicossocial local ([ver a Lista de Ações 2.1](#));
 - Necessidade de evitar uma tipificação inadequada como patologia ou problema médico (ou seja, distinguindo entre angústia não patológica e transtornos mentais que requerem tratamento e/ou encaminhamento a outros serviços);
 - Conhecimento sobre os tipos de apoio social local e os mecanismos de proteção disponíveis na comunidade para permitir encaminhamentos apropriados ([ver as Listas de Ações 5.2 e 3.2](#));
 - Conhecimento sobre outros serviços de saúde mental disponíveis na região para possibilitar o encaminhamento apropriado para pessoas com transtornos mentais graves ([ver a Lista de Ações 6.2](#));
- Comunicação com os pacientes, oferecendo informações claras e precisas sobre o estado de saúde deles e sobre serviços relevantes, como o de reunificação familiar. Uma atualização sobre

as habilidades de comunicação pode incluir:

- Escuta ativa;
- Conhecimento básico sobre como dar notícias ruins de uma maneira apoiadora;
- Conhecimento básico sobre como lidar com pacientes agitados, muito ansiosos, suicidas, psicóticos ou totalmente apáticos;

Conhecimento básico sobre como responder a uma pessoa que compartilha eventos extremamente particulares e emocionais, como violência sexual;

- Como apoiar a gestão de problemas e autonomia, ajudando as pessoas a esclarecerem seus problemas, reunindo ideias sobre formas de lidar, identificar escolhas e avaliar o valor e a consequência dessas escolhas;
- Técnicas básicas de gestão de estresse, incluindo técnicas locais (tradicionais) de relaxamento;
- Tratamento não medicamentoso e encaminhamento a outros serviços de tratamento de problemas somáticos sem explicação médica, após a exclusão de causas físicas (ver *Forum for Research and Development* [Fórum de Pesquisa e Desenvolvimento] sob Referências principais).

5. Disponibilizar apoio psicológico para sobreviventes de fatores extremamente estressantes (também conhecidos como estresse traumático).

• A melhor forma de apoiar a maioria das pessoas que passam por sofrimento psicológico agudo após a exposição a eventos extremamente estressantes é sem o uso de medicação. Todos os trabalhadores humanitários e, especialmente, os profissionais de saúde, devem estar aptos a prestar primeiros cuidados psicológicos (PCP) básicos. Os PCPs geralmente são vistos erroneamente como uma intervenção clínica ou uma emergência psiquiátrica. No entanto, é a descrição de uma resposta humanitária e encorajadora a outro ser humano que está sofrendo e que pode precisar de apoio. O PCP é muito diferente de uma entrevista psicológica, já que não necessariamente envolve uma discussão sobre a situação que causou o sofrimento. O PCP engloba:

- Proteger os sobreviventes de danos maiores (em situações raras, as pessoas muito angustiadas podem tomar decisões que as colocam em maior risco). Quando apropriado, deve-se informar os sobreviventes em sofrimento psicológico sobre seu direito de recusarem a discutir os eventos com (outros) trabalhadores humanitários ou com jornalistas;
- Proporcionar aos sobreviventes a oportunidade de falar sobre os eventos, mas sem pressão. Respeitar o desejo de não falar e evitar insistir para obter mais informações do que a pessoa estiver disposta a fornecer;

- Ouvir pacientemente de maneira acolhedora e sem emitir julgamento;
- Transmitir compaixão genuína;
- Identificar quais são as necessidades práticas básicas e assegurar que elas sejam atendidas;
- Perguntar às pessoas quais são suas preocupações e tentar abordá-las;
- Desaconselhar formas negativas de enfrentar os problemas (especificamente o consumo de álcool e outras substâncias, explicando que as pessoas muito angustiadas correm risco muito mais elevado de desenvolverem vícios);
- Encorajar a participação nas rotinas diárias normais (se possível) e o uso de meios positivos de lidar com a situação (por exemplo, métodos de relaxamento culturalmente apropriados, buscar apoios culturais e espirituais úteis);
- Encorajar, mas não forçar, a buscar a companhia de um ou mais membros da família ou amigos;
- Conforme apropriado, oferecer à pessoa a possibilidade de retornar para receber mais apoio;
- Conforme apropriado, encaminhar a pessoa a mecanismos de apoio localmente disponíveis (ver [Lista de Ações 5.2](#)) ou de profissionais com formação clínica.
- Em casos excepcionais, quando estresse agudo e grave limitar o funcionamento básico de uma pessoa, provavelmente será necessário um tratamento clínico (para orientação, ver *Where There is No Psychiatrist* [Quando não há um psiquiatra] sob Referências principais). Se possível, deve-se encaminhar o paciente a um profissional com formação adequada e supervisionado no auxílio de pessoas com transtornos mentais (ver [Lista de Ações 6.2](#)). O tratamento clínico deve ser proporcionado em combinação com (outros) apoios formais ou não formais (ver [Lista de Ações 5.2](#)).
- Com relação ao tratamento clínico de estresse agudo, há um exagero na prescrição de benzodiazepina na maioria das emergências. Porém, esta medicação pode ser prescrita adequadamente durante um período muito curto para certos problemas clínicos específicos (por exemplo, insônia grave). Entretanto, é necessário cautela, pois em alguns casos o uso de benzodiazepina pode levar rapidamente à dependência, especialmente entre pessoas muito aflitas. Além disso, vários especialistas têm discutido que a benzodiazepina pode reduzir o processo de recuperação após a exposição a fatores extremamente estressantes.
- Na maioria dos casos, o estresse agudo tende a diminuir naturalmente, sem intervenção externa, com o passar do tempo. Porém, em uma minoria de casos, um transtorno crônico de humor ou ansiedade (incluindo o transtorno de estresse pós-traumático grave) acaba se

desenvolvendo. Quando o transtorno for grave, então deve ser tratado por um especialista clínico treinado como parte da resposta mínima a emergência (ver Lista de Ações 6.2). Se o transtorno não for grave (por exemplo, a pessoa pode trabalhar e tolerar o sofrimento), então a pessoa deve receber o cuidado apropriado como parte de uma resposta de assistência médica integral. Quando apropriado, o apoio a esses casos pode ser dado por profissionais de saúde treinados e clinicamente supervisionados da comunidade (por exemplo, assistentes sociais, conselheiros) vinculados a serviços de saúde.

6. Coletar dados sobre saúde mental nos contextos de Atenção Primária à Saúde (APS).

Toda a equipe de APS deve documentar os problemas de saúde mental em seus dados de morbidade, utilizando categorias simples, autoexplicativas (ver a Lista de Ações 6.2, Ação principal 1 para orientação mais detalhada).

Referências principais

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation and health programmes. In: Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.315-330. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Forum for Research and Development (2006). Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
3. Médecins Sans Frontières (2005). Mental Health Guidelines. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
4. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide (Second edition). http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf [Uma possível limitação desse recurso é que ele foi especificamente desenvolvido para situações de desastre ocidentais. O guia descreve uma forma avançada de primeiro socorro psicológico porque foi desenvolvido para uso por profissionais de saúde mental previamente treinados.]
5. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
6. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Health Services, pp.249-312. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
7. WHO/UNHCR/UNFPA (2004). Clinical Management of Survivors of Rape: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons (revised edition). Geneva: WHO/UNHCR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/

Exemplos de indicadores de processo

- A equipe de saúde geral sabe como proteger e defender os direitos à dignidade de seus pacientes, obtendo um termo de consentimento informado, quando necessário, e preservando o sigilo e privacidade dos serviços.
- A equipe de saúde geral pode fornecer os primeiros cuidados psicológicos (PCP) a seus pacientes como parte de seu atendimento.
- A equipe de saúde geral faz encaminhamentos apropriados a: (a) apoios sociais comunitários fora do sistema de saúde, (b) profissionais da comunidade clinicamente treinados e supervisionados (profissionais de apoio, conselheiros) vinculados a serviços de saúde (se disponível) e (c) especialistas treinados e supervisionados no cuidado clínico de problemas de saúde mental.

Exemplo: Macedônia, 1999

- Um grande número de refugiados de Kosovo foi acomodado em acampamentos provisionais. Agentes comunitários de saúde (ACSS) receberam um breve treinamento sobre como identificar (medicamente e socialmente) casos vulneráveis e a quem encaminhá-los. O conhecimento básico incluía o treinamento sobre a gestão de estresse.
- Os ACSS trabalharam sob a supervisão de uma equipe especialista em instalações de Atenção Primária à Saúde em emergência. Eles foram recrutados dentre a população local e de refugiados e eram responsáveis por monitorar, identificar as pessoas vulneráveis nos acampamentos, encaminhar essas pessoas a organizações médicas e sociais, fornecer acompanhamento em casos de problemas médicos e de saúde mental (programas de alcance) e fornecer informações para as pessoas que chegavam.
- Os serviços de saúde mental (apoio psiquiátrico e apoio psicológico em emergências) eram vinculados ao serviço de Atenção Primária à Saúde e tratavam os encaminhamentos da equipe de APS. Quando a emergência foi estabilizada, os agentes comunitários de saúde receberam treinamento intensivo e supervisão e tornaram-se conselheiros de acampamentos.

Provide access to care for people with severe mental disorders

Domain: Health services

Phase: Minimum Response

Histórico

Das dez principais causas de incapacidade ao redor do mundo, quatro são transtornos mentais, porém a saúde mental está entre as áreas de serviços de saúde que mais carecem de recursos. Poucos países atendem a suas necessidades clínicas de saúde mental em épocas normais, e muito menos em situações de emergência. Os serviços clínicos de saúde mental que existem em países de baixa e média renda tendem a ser serviços hospitalares em cidades grandes e, geralmente, eles não são acessíveis à maioria da população.

De acordo com as projeções, a porcentagem média das pessoas que apresentam distúrbio mental grave em emergências (por exemplo, psicose e transtornos de humor e ansiedade graves e incapacitantes) aumenta em 1% durante emergências, acima de uma linha de base estimada entre 2% e 3%. Além disso, a porcentagem das pessoas com transtornos mentais leves ou moderados, incluindo a maioria dos transtornos de humor e ansiedade (como transtorno de estresse pós-traumático, ou TEPT), pode aumentar de 5% a 10% acima de uma linha de base estimada de 10% (ver WHO 2005a sob Referências principais). Na maioria das situações, a recuperação natural com o passar do tempo (ou seja, recuperação sem intervenção externa) ocorre para muitos - mas não todos - sobreviventes com distúrbios leves e moderados.

Essa Lista de Ações descreve a resposta humanitária mínima necessária para o tratamento de transtornos mentais graves. Embora a linguagem utilizada refira-se principalmente ao cuidado de transtornos mentais graves, convém observar que muitas das ações indicadas também se aplicam ao cuidado de alguns distúrbios neurológicos em países onde o tratamento de tais distúrbios é responsabilidade dos profissionais de saúde mental.

Os transtornos graves abordados nesta Lista de Ações podem ser **preexistentes ou causados pela emergência** e incluem as condições a seguir:

- Psicoses de todos os tipos;
- Quadros de transtornos de humor e de ansiedade gravemente incapacitantes (incluindo TEPT gravemente incapacitante);
- Transtornos mentais graves causados pelo consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas (ver a [Lista de Ações 6.5](#) para orientação sobre problemas relacionados ao uso de drogas);

- Transtornos comportamentais e emocionais graves em crianças e jovens;
- Incapacidades causadas por transtornos graves de desenvolvimento preexistente;
- Distúrbios neuropsiquiátricos incluindo epilepsia, delírio e demência e transtornos mentais resultantes de lesão cerebral ou outros problemas médicos subjacentes (por exemplo, substâncias tóxicas, infecção, doença metabólica, tumor, doença degenerativa);
- Qualquer outro problema grave de saúde mental, incluindo: (a) distúrbios graves localmente definidos, que não se adequam aos sistemas de classificação internacionais estabelecidos ([ver Lista de Ações 6.4](#)) e (b) comportamentos de risco geralmente associados a distúrbios mentais (por exemplo, tendências suicidas, comportamento autodestrutivo).

As pessoas com transtornos mentais podem inicialmente comparecer a unidades de serviços de atenção primária à saúde (APS) buscando ajuda para problemas somáticos sem explicação médica. Já as pessoas com transtornos mentais graves, talvez, não procurem os serviços de APS devido ao estigma, medo, autonegligência, incapacidade ou dificuldade de acesso. Essas pessoas são duplamente vulneráveis, primeiro por causa de seu distúrbio grave e, depois, porque a emergência pode privá-las dos apoios sociais que possuíam antes. Em tempos normais, as famílias frequentemente sofrem estresse e estigma por cuidar desses pacientes. Isto põe tais pessoas em um risco elevado de abandono em emergências que envolvam deslocamento. Entretanto, quando são identificadas, é possível adotar medidas imediatas para fornecer proteção e socorro e apoiar os cuidadores. Devem ter prioridades de atendimento aqueles que se encontram em maior risco de sobrevivência ou que estão vivendo em ambientes onde sua dignidade e direitos humanos estão sendo negligenciados, ou onde o apoio social é fraco e onde membros familiares estão lutando para lidar com o problema.

O tratamento e apoio das pessoas com transtornos mentais graves geralmente requer uma combinação de intervenções biológicas, sociais e psicológicas. A falta de tratamento e o excesso de medicação podem ser evitados por meio do treinamento e supervisão da equipe. As pessoas passando por sofrimento psicológico subclínico causado pelo desastre não devem receber medicação, mas devem receber os primeiros cuidados psicológicos ([ver Lista de Ações 6.1](#)) e apoio social individual e comunitário ([ver Lista de Ações 5.2](#)). Além disso, alguns transtornos mentais podem ser tratados de forma eficaz apenas por meio de intervenções psicológicas práticas e sem a prescrição de medicação, exceto se tais intervenções falharem.

Enquanto as ações descritas abaixo são a resposta mínima necessária para tratar das necessidades das pessoas com transtornos mentais graves em emergências, elas também podem fornecer as primeiras etapas em uma resposta mais abrangente.

As recomendações são destinadas às autoridades de saúde locais, agentes de serviços de saúde locais e organizações médicas locais e internacionais. Se no início não houver nenhuma infraestrutura de saúde local ou capacidade local, as agências externas devem fornecer serviços de saúde mental de emergência. Porém, esses serviços precisam ser estabelecidos de forma a não deslocar os meios existentes de se lidar com a situação, e posteriormente, devem ser integrados aos serviços de saúde administrados pelo governo.

Ações principais

1. Diagnosticar a situação.

Determinar quais os diagnósticos da situação que foram feitos e quais informações estão disponíveis. Elaborar diagnósticos adicionais, se necessário. Para orientação quanto ao processo de diagnóstico e o que precisa ser avaliado, ver [Lista de Ações 2.1](#). Com respeito a presente Lista de Ações, é importante:

- Determinar as estruturas, locais, pessoal e recursos preexistentes para serviços de saúde mental no setor de saúde (incluindo políticas, disponibilidade de medicações, função dos serviços de atenção primária à saúde, hospitais psiquiátricos etc.) e serviços sociais pertinentes (ver *Mental Health Atlas* [Atlas de Saúde Mental] da OMS para dados sobre recursos de serviços formais de saúde mental em todos os países do mundo);
- Determinar o impacto da emergência sobre os serviços pertinentes;
- Determinar se as autoridades locais e as comunidades planejam abordar as necessidades das pessoas com transtornos mentais graves que foram afetadas pela emergência, e determinar o que pode ser feito e quais apoios podem ser necessários;
- Identificar as pessoas com transtornos mentais graves que requerem assistência:
 - Pedir a todas as agências governamentais e não governamentais pertinentes (particularmente as que cobrem saúde, abrigo, gestão de acampamento e proteção) e líderes da comunidade que alertem os prestadores de serviços de saúde quando se depararem ou forem informados sobre pessoas que aparentam estar muito confusas ou desorientadas, incoerentes, com ideias estranhas, comportamento esquisito ou que pareçam incapazes de cuidar de si mesmas e que transmitam essa informação;
 - Visitar e, quando apropriado, colaborar com os curandeiros tradicionais existentes. Eles são frequentemente bem informados sobre a localização de doentes e podem fornecer informações culturais aos médicos que não são do local (ver [Lista de Ações 6.4](#));
 - Visitar instituições formais ou informais para avaliar as necessidades e assegurar os

direitos básicos das pessoas ali internadas (ver [Lista de Ações 6.3](#));

- Treinar a equipe de APS nacional e internacional para documentar problemas de saúde mental nos registros desse serviço, utilizando categorias simples que requeiram pouca instrução de reconhecimento. Por exemplo, em geral, um agente de saúde primária requer pouco treinamento adicional para utilizar as quatro categorias a seguir:
- Sintomas somáticos sem explicação médica
- Sofrimento emocional grave (por exemplo, sinais de aflição grave ou grande estresse)
- Comportamento anormal grave (descrito na forma de APS em termos localmente compreendidos como “loucura”)
- Alcoolismo e uso indevido de drogas.
- Compartilhar os resultados dos diagnósticos da situação com o grupo de coordenação de saúde mental e apoio psicossocial (ver [as Listas de Ações 1.1 e 2.1](#)) e com o grupo de coordenação geral do setor de saúde.

2. Assegurar o fornecimento adequado de medicamentos psiquiátricos essenciais em todos os kits de medicamento de emergência.

- A provisão mínima consiste em: um antipsicótico genérico, um medicamento antiparkinsoniano (para lidar com potenciais efeitos extrapiramidais), um antidepressivo, um anticonvulsivo/antiepiléptico e um ansiolítico (para uso em casos graves de dependência química e convulsões), todos em forma de comprimidos e de acordo com a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS.
- O Kit de Saúde de Emergência Interagências [*The Interagency Emergency Health Kit*] (OMS 2006) não inclui: (a) um antipsicótico em forma de comprimido, (b) um ansiolítico em forma de comprimido, (c) um antiparkinsoniano nem (d) um antidepressivo. Caso esse kit seja utilizado, serão necessárias providências para a compra destes quatro medicamentos localmente ou para importação.
- Os medicamentos gerais e genéricos da Lista Modelo da OMS são recomendados, pois tendem a ser tão eficazes quanto os medicamentos de marcas conhecidas recentemente desenvolvidos, porém são muito mais baratos e dessa forma favorecem a sustentabilidade do programa.

3. Garantir que no mínimo um membro da equipe de APS possa oferecer atenção inicial para problemas de saúde mental. Os possíveis mecanismos para que isto aconteça incluem:

- Agregar às equipes de APS governamentais e/ou de ONGs profissionais de saúde mental nacionais ou internacionais. Os trabalhadores internacionais precisam ser orientados quanto à cultura e condições locais (ver as Listas de Ações 4.3 e 6.1), e devem contar com intérpretes competentes;
- Treinar e supervisionar a equipe de APS local para integrar serviços de saúde mental, incluindo o uso racional de psicotrópicos, à prática normal e dedicar tempo a isto (ver Ação principal 4 abaixo e a Lista de Ações 4.3);
- Treinar e supervisionar um membro da equipe de APS local (um médico ou um enfermeiro) para prestar serviços de saúde mental de tempo integral junto a outros serviços de APS (ver Ação principal 4 abaixo e a Lista de Ações 4.3).

4. Treinar e supervisionar a equipe disponível de APS de linha de frente quanto ao cuidado de distúrbio mental grave (ver também a Lista de Ações 4.3).

- O treinamento deve envolver teoria e prática e pode ser iniciado logo no início da emergência por um supervisor de saúde mental nacional ou internacional, trabalhando em colaboração com as autoridades de saúde locais. Esse treinamento deve continuar mesmo quando a emergência for concluída, como parte de uma resposta mais abrangente; e deve incluir todas as habilidades mencionadas na Ação principal 4 da Lista de Ações 6.1 e:
 - Tratamento de todos os usuários de serviço e seus cuidadores com dignidade e respeito;
 - Exame de estado mental;
 - Reconhecimento e tratamento de primeira linha para todos os distúrbios graves mencionados na seção de histórico acima;
 - Fornecimento de diretrizes e protocolos para o tratamento dos referidos distúrbios (ver Referências principais);
 - Habilidades de gestão de tempo, com foco em como integrar o serviço de saúde mental ao serviço clínico normal;
 - Intervenções psicológicas práticas simples, conforme abordado em Where There is no Psychiatrist [Quando não há Psiquiatra] (ver Referências principais);
 - Manter registros clínicos adequados. Se possível, fornecer cópias aos cuidadores, à medida

que a população possa se mobilizar;

- Preservar a confidencialidade. Quando o anonimato tiver que ser quebrado por razões de proteção, abordar as questões de tutela do paciente e de âmbito médico-legal e informar os usuários de serviço e cuidadores;
- Definir os canais adequados de encaminhamento de pacientes aos serviços de apoio na comunidade (ver as Listas de Ações 5.2 e 6.4) e para serviços secundários e terciários se existirem e forem acessíveis.
- Para o pessoal autorizado a utilizar medicamentos no país afetado, as boas práticas de prescrição incluem:
 - Uso racional de medicamentos psiquiátricos essenciais em kits de emergência, de acordo com as diretrizes sobre Medicamentos Essenciais em Psiquiatria [Essential Drugs in Psychiatry] e consistente com o modelo Quando não há Psiquiatra [Where there is no Psychiatrist] (ver Referências principais);
 - Como facilitar o acesso contínuo e aderência à medicação prescrita para pessoas com distúrbios crônicos (por exemplo, psicose crônica, epilepsia);
 - Como evitar a prescrição de psicotrópicos a pessoas com transtornos não patológicos, causados pelo desastre (ver Lista de Ações 6.1) desenvolvendo estratégias não farmacológicas para a gestão do estresse;
 - Como evitar a prescrição de medicamentos de placebo para queixas somáticas sem explicação médica;
 - Compreender os riscos e benefícios da benzodiazepina, particularmente o risco de dependência da prescrição de longo prazo;
 - Como minimizar a prescrição desnecessária de múltiplos medicamentos.
- A gestão e apoio para pessoas com transtornos mentais graves fisicamente restringidas ou isoladas por cuidadores envolvem as etapas a seguir:
 - Primeiramente, facilitar os meios básicos de cuidado psiquiátrico e social, por exemplo, provisão de medicamentos adequados, orientação e apoio para a família;
 - Promover condições humanas de vida.
 - Segundo, considerar tirar a pessoa da restrição ou isolamento, porém, nos casos raros onde a pessoa tem um histórico de comportamento violento, garantir a segurança básica dos outros antes de fazê-lo.

5. Evitar a sobrecarga dos trabalhadores de APS com muitas múltiplas sessões de treinamento.

- Os aprendizes devem ter tempo para integrar o treinamento de saúde mental em sua prática diária de forma que possam fornecer serviços de saúde mental.
- Os aprendizes não devem ser treinados em muitas áreas de habilidade diferentes (por exemplo, saúde mental, tuberculose, malária, aconselhamento sobre HIV) sem planejar como essas habilidades serão integradas e utilizadas.
- O treinamento teórico em breves cursos é insuficiente e pode resultar em intervenções prejudiciais. Ele sempre deve ser acompanhado com extensa supervisão da prática (ver a [Lista de Ações 4.3](#) e exemplo na página 131).

6. Estabelecer serviços de saúde mental em pontos de acesso lógicos adicionais.

Utilizar os critérios gerais de saúde pública (por exemplo, cobertura de população, volume esperado de usuários de serviço com distúrbios graves, potencial sustentabilidade dos serviços) para determinar onde estabelecer serviços de saúde mental. APS móvel ou equipes de saúde mental comunitária podem ser um modo efetivo de estabelecer cuidados de emergência em locais diferentes dentro de uma área. Exemplos de pontos de acesso lógicos são:

- Salas de emergência;
- Clínicas ambulatoriais em serviços de saúde secundários e terciários;
- Centros de atendimento de saúde mental sem consulta marcada;
- Alas hospitalares com alto número de hospitalizações relacionadas a emergências;
- Visitas domiciliares (incluindo visitas a barracas, centros de acolhimento, centros coletivos ou qualquer local de habitação temporária);
- Escolas e espaços desenvolvidos para crianças.

7. Evitar a criação de serviços paralelos de saúde mental e exclusivos para determinados diagnósticos (por exemplo, TEPT) ou grupos específicos (por exemplo, viúvas). Isto pode resultar em serviços fragmentados e insustentáveis e perpetuar o abandono de pessoas que não pertencem a uma categoria ou grupo de diagnóstico específico. Também pode contribuir para a rotulagem e estigmatização daqueles que pertencem a tal categoria ou grupo. Isto não impede de ampliar o benefício a determinadas populações (como clínicas de extensão para crianças nas escolas) como parte de um serviço integrado.

8. Informar a população sobre a disponibilidade dos serviços de saúde mental.

- Anunciar a existência desses serviços utilizando meios de informação pertinentes, como rádio (ver Lista de Ações 8.1).
- Assegurar que todas as mensagens sejam transmitidas com cuidado e que não encarem certos comportamentos e respostas normais ao estresse como um indicativo de distúrbio mental grave.
- Informar a liderança da comunidade e, caso apropriado, diferentes instituições oficiais locais sobre a disponibilidade de serviços de saúde mental.

9. Colaborar com as estruturas locais da comunidade, para descobrir, visitar e oferecer assistência para as pessoas com transtornos mentais graves (ver as Listas de Ações 5.2 e 6.4).

10. Participar de todas as atividades de coordenação interagências sobre saúde mental (ver Lista de Ações 1.1). Participar dos processos de planejamento estratégico de longo prazo para os serviços de saúde mental. Em geral, as emergências são fatores catalisadores que impulsionam reformas nos serviços de saúde mental e podem ocorrer melhorias rapidamente.

Referências principais

1. Forum for Research and Development. (2006). Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsri Lanka.org/joomla/>
2. Médecins Sans Frontières (2005). 'Individual treatment and support'. In Mental Health Guidelines, pp. 40-51. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
3. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO (1993). Essential Drugs in Psychiatry. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf
5. WHO/UNHCR (1996). 'Common mental disorders'. In Mental Health of Refugees, pp.39-61. Geneva: WHO/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
6. WHO (1998). Mental Disorders in Primary Care: A WHO Educational Package. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf
7. WHO (2001). The Effectiveness of Mental Services in Primary Care: View from the Developing World. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf
8. WHO (2003), Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed

to Extreme Stressors. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf

9. WHO (2005a). Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia. http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index.html

10. WHO (2005b). Mental Health Atlas. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

11. WHO (2005c). Model List of Essential Medicines. Geneva: WHO. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/

12. WHO (2006). The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months. Geneva: WHO.

<http://www.who.int/medicines/publications/mrhealthkit.pdf>

Exemplos de indicadores de processo

- Número de trabalhadores de APS treinados e supervisionados, número de horas de treinamento, número de sessões de supervisão do trabalho.
- São adquiridos os medicamentos psicotrópicos essenciais em cada categoria terapêutica (antipsicóticos, antiparkinsonianos, antidepressivos, ansiolíticos, antiepilépticos) e são estabelecidos os canais de fornecimento sustentável.
- Número e tipos de problemas de saúde mental vistos em clínicas de APS e outros serviços de saúde mental.
- Número de encaminhamentos feitos a serviços especializados de saúde mental.

Exemplo: Aceh, Indonésia, 2005

- Uma ONG internacional iniciou serviços de saúde mental de emergência em APS após uma discussão com as autoridades pertinentes, órgãos de coordenação e organizações nacionais e internacionais.
- A equipe de APS nacional que trabalhava em clínicas fixas e móveis recebeu treinamento e supervisão de saúde mental. Um enfermeiro nacional treinado e supervisionado foi acrescentado a cada equipe de APS para realizar os serviços de saúde mental. Foi necessário um treinamento de seis meses para permitir que a equipe trabalhasse sem supervisão. O treinamento e supervisão continuaram durante um ano após a fase aguda da emergência.
- A ONG participou do planejamento estratégico de saúde mental da província. Posteriormente, a estratégia de saúde mental da província incluiu o modelo de treinamento de saúde mental para enfermeiros vinculados às unidades de APS.

Histórico

As pessoas que vivem em instituições estão entre as pessoas mais vulneráveis da sociedade e estão especialmente em risco quando enfrentam situações de emergências. O caos das emergências agrava sua vulnerabilidade geral. Essas pessoas podem ser abandonadas pelos funcionários e deixadas sem proteção contra os efeitos de desastres naturais ou conflitos.

O transtorno mental grave é geralmente encarado com estigma e preconceito, resultando em negligência, abandono e violações de direitos humanos. A vida em uma instituição isola as pessoas da possível proteção e apoio familiar, que pode ser essencial para a sobrevivência em situações de emergências. Algumas pessoas com transtornos mentais graves que vivem em instituições (também) dependem do pessoal dessas instituições para se deslocarem de um lugar para outro durante uma emergência. Essa total dependência pode criar mais ansiedade, agitação ou apatia total. Dificuldades em reagir adequadamente ao ambiente de rápidas mudanças de uma emergência podem limitar os mecanismos de autoproteção e sobrevivência das pessoas com transtornos mentais graves.

Sempre que possível, os profissionais locais devem conduzir a resposta à emergência. A intervenção deve ser focada na proteção e no restabelecimento do cuidado básico preexistente. Cuidado básico e dignidade incluem roupa adequada, alimentação, abrigo, saneamento, cuidado físico e tratamento básico (incluindo medicamentos e apoio psicossocial). Devem receber atenção especial os casos onde os níveis preexistentes de cuidados com a saúde estão abaixo dos padrões médicos e de direitos humanos. Nestes casos, a intervenção de emergência não deve ter foco em reinstaurar os cuidados preexistentes, mas em atender aos padrões e práticas mínimas de cuidado psiquiátrico. Na maioria dos países, após a fase crítica da emergência, recomenda-se a intervenção que prioriza o desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade.

O foco desta Lista de Ações é principalmente as necessidades relacionadas a emergências das pessoas com transtornos mentais que moram em instituições psiquiátricas. No entanto, convém observar que essas instituições tipicamente não mantêm apenas pessoas com transtornos mentais graves, mas também mantêm pessoas com outras incapacidades mentais e neurológicas crônicas e graves, a quem também se aplica esta Lista de Ações. Além disso, muitas das mesmas necessidades e ações indicadas nesta Lista aplicam-se a pessoas com transtornos mentais graves ou outras incapacidades mentais e neurológicas e que vivem em prisões, instituições de bem-estar social e outras instituições residenciais, incluindo em tratamentos tradicionais de saúde ([ver também a Lista de Ações 6.4](#)).

Ações principais

1. Assegurar que ao menos uma agência envolvida em serviços de saúde aceite a responsabilidade pelo cuidado e proteção continuada de pessoas com transtornos mentais que vivem em instituições.

- A responsabilidade primária para esta ação pertence ao governo, mas o grupo de coordenação de saúde mental e apoio psicossocial ([ver a Lista de Ações 1.1](#)) e o grupo de coordenação de saúde/Health Cluster devem ajudar a identificar uma agência se houver um déficit nos serviços por parte do governo.
- É preciso preparar planos de ação de emergência para as instituições, em conformidade com as ações principais 2, 3 e 4 abaixo. Se esses planos não foram desenvolvidos antes da emergência, devem ser desenvolvidos durante a emergência, conforme apropriado.

2. Se os funcionários tiverem abandonado as instituições psiquiátricas, mobilizar recursos humanos da comunidade e do sistema de saúde para fornecer apoio às pessoas com transtornos mentais graves que foram abandonadas. Quando a condição do paciente permitir, esse deve receber cuidado fora da instituição.

- Discutir com os líderes comunitários sobre o dever da comunidade em fornecer uma rede de apoio e proteção. Os grupos a seguir podem ser mobilizados:
 - Profissionais de saúde e, se possível, profissionais de saúde mental;
 - Quando apropriado, prestadores de serviços de saúde não alopatas (por exemplo, líderes religiosos, curandeiros tradicionais: [ver a Lista de Ações 6.4](#));
 - Assistentes sociais e outros mecanismos de base comunitária (por exemplo, grupos de mulheres, organizações voltadas à saúde mental);
 - Membros familiares.
- Fornecer treinamento básico sobre assuntos como o uso ético de protocolos de restrição de pacientes, gestão de crise (incluindo agressão), cuidado contínuo e formas simples de melhorar o autocuidado dos pacientes.
- Assegurar a supervisão contínua e rigorosa das pessoas que foram mobilizadas para fornecer cuidado básico e proporcionar acesso à informação sobre como manter sua própria saúde emocional ([ver a Lista de Ações 8.2](#)).

3. Proteger a vida e a dignidade das pessoas que vivem em instituições psiquiátricas.

- Proteger os pacientes contra a autoagressão ou abuso por terceiros (por exemplo, visitantes, funcionários, outros pacientes, saqueadores, facções guerrilheiras). Abordar as questões de

violência sexual, abuso, exploração (por exemplo, tráfico, trabalho forçado) e outras violações de direitos humano em níveis adequados (ver as Listas de Ações 3.1 e 3.3).

- Assegurar que as necessidades físicas básicas dos pacientes sejam atendidas. Essas necessidades básicas incluem água potável, higiene, alimentação adequada, abrigo e saneamento e acesso ao tratamento de transtornos físicos.
- Monitorar o estado de saúde geral dos pacientes e implementar ou fortalecer a vigilância de direitos humanos. Isto deve ser feito por órgãos externos de controle (se disponível), organizações de defesa de direitos humanos ou especialistas em proteção.
- Assegurar que existam planos de evacuação para pacientes em instituições ou fora delas e que a equipe seja treinada em procedimentos de evacuação. Caso a instituição contenha unidades trancadas, estabelecer uma hierarquia de responsabilidades pelas chaves para garantir que as portas possam ser destrancadas a qualquer momento.
- Caso ocorra uma evacuação, manter os pacientes com suas famílias enquanto possível. Se isto não for possível, manter as famílias e cuidadores informados sobre o local para onde as pessoas estão sendo removidas. É preciso manter registros detalhados.

4. Possibilitar serviços de saúde básica e de saúde mental durante toda a emergência.

- Realizar exames médicos regulares (físicos e psiquiátricos).
- Fornecer tratamento para transtornos físicos.
- Fornecer serviços de saúde mental básica continuada:
 - Assegurar que os medicamentos essenciais, incluindo psicotrópicos, estejam disponíveis em quantidades suficientes durante toda a emergência. A descontinuação súbita de psicotrópicos pode ser prejudicial e perigosa. Assegurar que os medicamentos sejam prescritos racionalmente, avaliando as prescrições regularmente (no mínimo semanalmente).
 - Garantir o armazenamento seguro de medicamentos.
 - Facilitar a disponibilidade de apoios psicossociais aos pacientes.
- Embora a restrição física e o isolamento sejam definitivamente desaconselhados, isto geralmente ocorre em muitas instituições. É necessário implementar um protocolo que regularmente inspeções frequentes, alimentação, tratamento digno dos pacientes e avaliação regular da necessidade de manter essas pessoas isoladas.

Referências principais

1. WHO (2003). 'Custodial hospitals in conflict situations'. Geneva: WHO. <http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html>
2. WHO (2003–2006). WHO Mental Health Policy and Services Guidance Package. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/policy/en/. (Esse pacote é relevante para resposta abrangente pós-emergência. Em particular o módulo "Organisation of Services for Mental Health" [Organização de Serviços de Saúde Mental].) http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf
3. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Geneva: WHO/ICRC. http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- As necessidades físicas básicas das pessoas em instituições psiquiátricas continuam sendo atendidas.
- Pessoas que vivem em instituições psiquiátricas continuam recebendo serviços de saúde básica e de saúde mental.
- São monitorados e respeitados os direitos humanos das pessoas que vivem em instituições psiquiátricas.
- São formulados planos adequados de evacuação e de emergência.

Exemplo: Serra Leoa, 1999

- No meio do conflito, toda a equipe de uma instituição psiquiátrica havia partido, com exceção de dois enfermeiros psiquiátricos. O edifício foi parcialmente destruído e os pacientes perambulavam pela comunidade; alguns retornavam à noite para dormir. Os pacientes estavam sendo usados para realizar serviços para outras pessoas através da linha de frente e contrabandear alimentos.
- Os líderes da comunidade foram reunidos para discutir a situação. A comunidade concordou em ajudar identificar os pacientes, com orientação dos dois enfermeiros psiquiátricos remanescentes. Foi organizado o fornecimento de alimento regular para a comunidade e para a instituição.
- Uma ONG médica internacional ajudou com o exame médico dos pacientes e garantiu o suprimento de medicamentos.
- Os familiares dos pacientes foram abordados para ajudar a apoiar esses pacientes, sob a supervisão dos enfermeiros psiquiátricos e da equipe de saúde da ONG.
- Foram feitos alguns reparos básicos e um plano de emergência foi preparado no caso de a instituição voltar a ser atacada.

Histórico

Os serviços de saúde mental alopáticos (que aqui significa, serviços de saúde mental convencionais e biomédicos ocidentais) tendem a estar centralizados em hospitais, clínicas e, cada vez mais, nas comunidades. São fornecidos por uma equipe treinada em medicina, ciências comportamentais e psicoterapia formal ou assistência social. Entretanto, todas as sociedades incluem sistemas não alopáticos, ou seja, sistemas locais de recuperação, informais, tradicionais, indígenas, complementares ou serviços de saúde alternativos que podem ser significativos. Por exemplo na Índia, a medicina Ayurveda, um sistema tradicional de medicina, é popular e bem desenvolvida (inclusive com faculdades de medicina para treinar médicos), na África do Sul os curandeiros tradicionais são legalmente reconhecidos. Nas sociedades Ocidentais, muitas pessoas usam medicinas complementares, incluindo psicoterapias não ortodoxas e outros tratamentos (por exemplo, acupuntura, homeopatia, cura com base na fé, automedicação de todos os tipos) apesar da pouca evidência científica. Em muitas comunidades rurais em sociedades de baixa renda, sistemas informais e tradicionais podem ser o principal método de prestação de serviços de saúde.

Até mesmo quando os serviços de saúde alopáticos estão disponíveis, as populações locais podem preferir buscar ajuda local e tradicional para problemas de saúde mental e física. Esse tipo de ajuda pode ser mais barato, mais acessível, mais socialmente aceitável e menos estigmatizante e, em alguns casos, pode ser potencialmente eficaz. Geralmente utiliza modelos de causalidade que são localmente compreendidos. Tais práticas incluem cura por líderes religiosos que usam orações ou recitações; curandeiros especializados aprovados pela comunidade religiosa que usam métodos semelhantes; ou cura por curandeiros especializados que operam dentro da estrutura cultural local. Esses últimos podem envolver o uso de ervas ou outras substâncias naturais, massagens ou outra manipulação física, rituais e/ou magia, bem como rituais que lidam com espíritos.

Embora alguns líderes religiosos possam não aprovar ou combatam ativamente essas práticas, esses curandeiros locais são geralmente populares e às vezes bem-sucedidos. Em algumas culturas, tais convicções e práticas se misturam àquelas de uma religião importante. Além disso, as farmácias locais podem fornecer serviços de saúde dispensando medicações alopáticas e indígenas. Alguns grupos religiosos podem oferecer formas de apoio a seus seguidores baseadas na fé.

Convém observar que algumas práticas tradicionais são prejudiciais. Elas podem, por exemplo, incluir informações falsas, golpes, jejum prolongado, restrição física prolongada ou

rituais de purificação social que envolvem a expulsão de “bruxas” da comunidade. Além disso, alguns rituais são extremamente caros e, no passado, alguns curandeiros utilizaram situações de emergências para converter e explorar populações vulneráveis. O desafio nestes casos é encontrar modos eficazes e construtivos para abordar práticas prejudiciais, na medida em que isto seja realista em um ambiente de emergência. Antes de apoiar ou colaborar com as práticas tradicionais de purificação ou de cura, é essencial determinar o que essas práticas envolvem e se elas são possivelmente benéficas, prejudiciais ou neutras.

Se as práticas curativas tradicionais são clinicamente eficazes ou não, diálogos com curandeiros tradicionais podem levar a resultados positivos, como:

- Maior entendimento da forma como o sofrimento emocional e os transtornos psiquiátricos são expressados e tratados (ver a Lista de Ações 2.1) e um quadro mais inclusivo dos tipos e níveis de sofrimento na população afetada;
- Sistemas aprimorados de encaminhamento;
- Relacionamentos contínuos com os curandeiros de quem muitas pessoas buscam ajuda;
- Maior compreensão do mundo espiritual, psicológico e social das pessoas que eles apoiam;
- Maior aceitação de novos serviços pelos sobreviventes;
- Identificar as oportunidades para possível colaboração e aumentar o número de tratamentos potencialmente eficazes disponíveis para a população;
- Possibilidade de estabelecer serviços alopáticos que possam ser mais adequados culturalmente;
- Possível oportunidade de monitorar e abordar qualquer violação dos direitos humanos que estiver ocorrendo dentro dos sistemas tradicionais de assistência.

Alguns curandeiros locais podem estabelecer uma “distância” física e simbólica de médicos alopáticos, e podem evitar a colaboração. Ao mesmo tempo, as equipes de saúde treinadas em medicina alopática podem ser insensíveis ou hostis às práticas tradicionais ou ignorá-las. Embora, em algumas situações, manter uma distância possa ser a melhor opção, as ações principais descritas nesta Lista de Ações podem ser utilizadas para facilitar uma ponte construtiva entre os diferentes sistemas de assistência.

Ações principais

1. Diagnosticar a situação e mapear o fornecimento de assistência.

Identificar os principais sistemas locais de cura e seu significado, aceitação e função na comunidade. As informações podem não ser oferecidas imediatamente se as pessoas temerem a desaprovação

de estranhos ou considerarem essas práticas secretas ou acessíveis somente a pessoas aprovadas pela comunidade. Os “estranhos” (equipes internacionais e nacionais) devem assumir uma postura não crítica e respeitosa que enfatize o interesse em compreender as convicções religiosas e espirituais do local, bem como a possível cooperação com o modo de funcionamento desta cultural. As situações de emergência nunca devem ser utilizadas para promover as convicções religiosas ou espirituais de pessoas alheias à comunidade.

- Perguntar aos representantes locais da comunidade, de ambos os gêneros, onde eles buscam ajuda quando surgem dificuldades e a quem procuram para receber apoio.
- Perguntar aos prestadores de serviços de atenção primária à saúde e parteiras quais são os sistemas tradicionais existentes.
- Visitar farmácias locais para avaliar quais medicamentos e recursos estão disponíveis e como ocorre seu fornecimento.
- Perguntar às pessoas que procuram ajuda em pontos de serviço de saúde como elas entendem a natureza e origem de seus problemas e a quem mais elas buscam ou buscaram anteriormente para receber assistência.
- Perguntar aos líderes religiosos locais se eles fornecem serviços de acompanhamento emocional e quem mais na comunidade o faz.
- Perguntar a qualquer dos anteriores se eles podem fazer uma apresentação aos curandeiros locais e preparar um encontro.
- Lembrar que pode existir mais de um sistema de assistência alternativo, e que os médicos de um sistema podem não reconhecer ou discutir os demais.
- Estar ciente de que os curandeiros locais podem concorrer entre si por “pacientes” ou entrar em conflito sobre o enfoque apropriado. Isto significa que os processos anteriores podem precisar ser repetidos frequentemente.
- Conversar com os antropólogos/sociólogos/pessoas locais com conhecimento das convicções e costumes do local e ler a bibliografia pertinente disponível.
- Observar. Pedir permissão para assistir a uma sessão de tratamento e visitar os santuários locais ou locais religiosos usados para sessões de cura. Podem haver sistemas informais de assistência institucional, incluindo alguns em que os pacientes fiquem internados (ver a Lista de Ações 6.3).
- Visitar locais de adoração que realizam sessões de cura e participar de cultos.
- Discutir com os pacientes seu entendimento sobre os processos envolvidos na doença e cura.
- Determinar se as práticas tradicionais incluem medidas que podem ser prejudiciais ou inaceitáveis.

- Compartilhar os resultados das avaliações com o grupo de coordenação (ver as Listas de Ações 1.1 e 2.1).

2. Conhecer a política nacional relativa aos curandeiros tradicionais.

É preciso reconhecer que:

- Alguns governos e/ou as autoridades médicas desencorajam ou proíbem os prestadores de serviços de saúde de colaborarem com os curandeiros tradicionais;
- Outros governos encorajam a colaboração e possuem departamentos especiais envolvidos no treinamento formal de curandeiros, bem como realizam pesquisas e avaliações das terapias tradicionais. Esse tipo de departamento pode ser um recurso útil.

3. Estabelecer uma boa comunicação com os curandeiros identificados.

- Visitar o curandeiro local, de preferência em companhia de um mediador de confiança (ex-paciente, líder religioso, autoridade local, como um prefeito, ou amigo).
- Apresentar-se; explicar a função da pessoa e desejo de ajudar a comunidade.
- Demonstrar respeito pela função do curandeiro e perguntar se ele pode explicar seu serviço e como esse serviço foi afetado pela emergência (por exemplo, aumento na quantidade de pacientes ou dificuldades em realizar o serviço por falta de materiais necessários ou pela perda de instalações). Alguns curandeiros podem ter receio de revelar detalhes de seus métodos e pode levar tempo para estabelecer vínculos de confiança.
- Caso apropriado, enfatizar o interesse em estabelecer um relacionamento cooperativo e um intercâmbio mútuo de ideias.

4. Incentivar a participação dos curandeiros locais nas sessões de treinamento e de informação.

- Convidar os curandeiros para reuniões da comunidade para troca de informações e sessões de treinamento.
- Considerar a possibilidade de dar aos curandeiros uma função no treinamento, por exemplo: explicando sua interpretação cultural sobre como a doença é causada ou suas definições de doença. Nas situações em que isto for incompatível com a política das organizações locais ou internacionais envolvidas na resposta a emergências, é essencial obter um entendimento sobre os modelos de curandeiros locais ainda para um bom atendimento do paciente, uma vez que

isto pode justificar a própria compreensão do paciente sobre seu problema. Compartilhar os resultados com o grupo de coordenação (ver as Listas de Ações 1.1 e 2.1).

- Tentar encontrar pontos de acordo mútuo e discutir as oportunidades para encaminhamento recíproco de pacientes (ver Ação principal 5 abaixo).
- Estar ciente de que muitos curandeiros tradicionais em muitos países não sabem ler ou escrever.

5. Se possível, estabelecer serviços colaborativos.

- A colaboração ativa (em vez da simples troca de informações, conforme descrito acima) é útil se:
 - Os sistemas tradicionais desempenham um papel significativo para a maioria da população;
 - Os sistemas não são prejudiciais. (Porém, no caso de práticas prejudiciais, um diálogo construtivo ainda é necessário com a finalidade de educação e mudança.)
- Formas úteis de colaboração podem incluir:
 - Convites para consultas;
 - Encaminhamento recíproco de pacientes (por exemplo, problemas como estresse, ansiedade, perda, reações de conversão e angústia existencial podem potencialmente ter melhor resultado se tratados por curandeiros tradicionais, enquanto os profissionais alopáticos estão em melhores condições de oferecer tratamento para transtornos mentais graves e epilepsia);
 - Sessões conjuntas de treinamento;
 - Clínicas conjuntas;
 - Tratamento compartilhado: por exemplo, os curandeiros podem estar dispostos a aprender como monitorar pacientes psicóticos em medicação de longo prazo e providenciar locais para os pacientes ficarem enquanto recebem tratamento convencional. Métodos tradicionais de relaxamento e massagem podem ser incorporados na prática alopática.

Referências principais

1. Center for World Indigenous Studies. www.cwis.org
2. International Psychiatry, Vol 8, 2005, pp.2-9. Thematic papers on traditional medicines in psychiatry. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ip8.pdf>
3. Save the Children [2006]. The Invention of Child Witches in the Democratic Republic of Congo: Social Cleansing, Religious Commerce And The Difficulties Of Being A Parent In An Urban Culture. http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3894_DRCWitches1.pdf

4. WHO (2003). Traditional Medicine: Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
5. WHO (2006). Traditional Medicine. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>.

Exemplos de indicadores de processo

- Diagnósticos da situação dos principais sistemas locais de cura foram realizados e compartilhados com os órgãos de coordenação de assistência pertinentes.
- Os curandeiros não alopáticos recebem uma função nas sessões de treinamento de saúde mental (quando apropriado no contexto local).
- Quantidade de curandeiros não alopáticos que participam de sessões de treinamento de saúde mental.

Exemplo: Leste do Chade, 2005-2006

- Uma ONG internacional, prestando serviços de saúde mental dentro dos serviços de atenção primária à saúde, trabalhou com os curandeiros tradicionais da população de Darfur nos acampamentos de refugiados.
- A equipe da ONG reuniu-se com os curandeiros para discussões nas quais os curandeiros examinaram a credibilidade da ONG. Posteriormente, os curandeiros: (a) explicaram suas dificuldades em realizar seu trabalho por causa da ausência de livros de orações e ervas; (b) identificaram os paradeiros de pessoas com doença mental grave que haviam sido acorrentadas; (c) descreveram suas classificações e intervenções para pessoas com problemas emocionais ou doença mental; e (d) explicaram que a maioria dos refugiados buscava serviços de saúde tradicionais e alopáticos simultaneamente.
- Foram organizados seminários de treinamento onde houve a troca de conhecimento e de habilidades. Durante um período de seis meses, os curandeiros se reuniram regularmente com a equipe da ONG para realizar discussões que incluíam a troca de conhecimento sobre a circuncisão feminina, os aspectos médicos do jejum, nutrição e amamentação, estresse emocional, trauma e reações pós-traumáticas, transtornos mentais graves, dificuldades de aprendizado e epilepsia.

Histórico

Os conflitos e desastres naturais criam situações nas quais as pessoas podem sofrer graves problemas causados pelo uso de álcool e outras substâncias (sigla em inglês AOSU). Esses problemas de grande escala incluem problemas de proteção e saúde psicossocial, mental, médica e socioeconômica.

- O uso indevido de álcool e outras substâncias pode aumentar entre as populações afetadas por emergências, a medida que as pessoas tentam lidar com o estresse. Isto pode levar ao consumo intenso ou a dependência química.
- As comunidades enfrentam dificuldades para se recuperarem dos efeitos de emergências quando:
 - O uso indevido de álcool e outras substâncias inibe os indivíduos e comunidades de abordarem os problemas;
 - Os recursos das famílias e comunidades, que já são limitados, acabam sendo gastos pelo uso indevido de álcool e outras substâncias;
 - O uso indevido de álcool e outras substâncias está associado à violência, exploração, descuido de crianças e outras ameaças à proteção.
- O uso indevido de álcool e outras substâncias está associado a comportamentos que trazem riscos à saúde, como sexo sem proteção quando a pessoa está intoxicada com álcool, e promove a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmitidas. O compartilhamento de seringas é um meio comum de transmissão do HIV e outros vírus transmitidos pela corrente sanguínea.
- As emergências podem interromper o fornecimento de drogas e qualquer tratamento preexistente de problemas relativos ao uso indevido de álcool e outras substâncias, causando a interrupção súbita do uso dessas substâncias pelos dependentes químicos. Em alguns casos, particularmente com o álcool, esta interrupção pode trazer riscos à vida. Além disso, a falta de acesso a drogas geralmente disponíveis pode promover a transição para o uso de drogas injetáveis como uma rota mais eficiente de administração e pode promover o uso de drogas injetáveis sem proteção.

Os danos relacionados ao uso indevido de álcool e outras substâncias vem cada vez mais sendo reconhecido como um problema grave de saúde pública e de proteção que requer uma resposta multissetorial em situações de emergência.

Ações principais

1. Realizar um rápido diagnóstico da situação.

- Coordenar as ações para o diagnóstico da situação. Organizar uma revisão das informações disponíveis sobre o uso indevido de álcool e outras substâncias e identificar uma agência ou agências responsáveis para projetar e administrar outros diagnósticos adicionais que sejam rápidos e participativos, se necessários (ver as Listas de Ações 1.1 e 2.1).
- Como parte dos diagnósticos adicionais, identificar quais são as drogas geralmente utilizadas; os danos associados ao seu uso; fatores que promovem ou limitam esses danos; e o impacto causado pela emergência no fornecimento, equipamento e as possíveis intervenções (ver quadro nas páginas 145 e 146).
- Reavaliar a situação em intervalos regulares. Os problemas associados ao uso indevido de álcool e outras substâncias podem mudar com o tempo, conforme ocorrem mudanças na disponibilidade de drogas e/ou recursos financeiros.
- Compartilhar os resultados dos diagnósticos com os grupos de coordenação pertinentes.

2. Prevenir o consumo prejudicial e dependência de álcool e outras substâncias.

- Com base em toda a informação dos diagnósticos da situação (ver também a Lista de Ações 2.1), promover a implementação de uma resposta multissetorial – por exemplo, como descrito na matriz (Capítulo 2) – para abordar os fatores estressantes subjacentes relativos ao uso prejudicial e a dependência.
- Promover ou facilitar o restabelecimento das atividades educacionais e recreativas e oportunidades geradoras de renda que não sejam relacionadas ao álcool o mais breve possível (ver as Listas de Ações 1.1, 5.2 e 7.1).
- Envolver homens e mulheres da comunidade na prevenção e resposta aos problemas de uso indevido de álcool e outras substâncias (ver as Listas de Ações 5.1 e 5.2), bem como os membros de qualquer grupo de autoajuda ou associações de ex-usuários existentes.
- Treinar e supervisionar os agentes de saúde, professores, trabalhadores da comunidade e outros recursos em:
 - Detecção precoce e as chamadas intervenções breves (ver Referências principais 6 e 9) para identificar e motivar as pessoas em risco de uso prejudicial ou dependente a reduzirem o uso indevido de álcool e outras substâncias;
 - Enfoques não médicos para lidar com a angústia aguda (primeiros cuidados psicológicos:

ver a Lista de Ações 6.1).

- Treinar e supervisionar os agentes de saúde em:
 - Prescrição racional de benzodiazepina e (quando disponível e acessível) fazer uso de alternativas de medicação não viciantes;
 - Detecção de riscos, prejuízos e dependência relativos ao AOSU.
 - Identificação, tratamento e encaminhamento das pessoas com transtornos mentais graves que estão em risco elevado de problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras substâncias (ver Lista de Ações 6.2).
- Discutir o AOSU no treinamento de gestão de estresse dos profissionais de saúde e outros agentes (ver Lista de Ações 4.4 e Referências principais abaixo para obter orientação sobre estratégias de autoajuda).
- Treinar e supervisionar os trabalhadores da comunidade para identificar e focar em grupos de risco para fornecer apoio adicional (por exemplo, sobreviventes de violência, famílias de dependentes químicos), evitando estabelecer um serviço paralelo (ver as Listas de Ações 4.3 e 5.2).

3. Facilitar as intervenções para redução do dano na comunidade.

- Assegurar o acesso e informação sobre o uso de preservativos em locais onde as pessoas afetadas pelo AOSU se reúnem (como pontos de venda de álcool) de uma maneira culturalmente sensível (ver IASC Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings [Diretrizes do IASC para Intervenções sobre HIV/AIDS em Situações de Emergência]).
- Promover perante as autoridades responsáveis e grupos da comunidade a realocação dos pontos de vendas de álcool para minimizar os distúrbios na comunidade.
- Fornecer informações sobre a redução de risco a grupos direcionados (por exemplo, com relação ao uso de drogas injetáveis, uso de álcool ou sexo sem proteção).
- Assegurar o acesso a seringas seguras e ao descarte delas para usuários de drogas injetáveis, se indicado pelo diagnóstico da situação.
- Realizar sessões de conscientização sobre o AOSU e os meios para a redução de danos entre os líderes da comunidade (homens e mulheres), conforme apropriado. Por exemplo, em algumas intervenções, para reduzir o dano causado pelo consumo abusivo de álcool foi incluído o ensino de métodos seguros de destilação para a fabricação de bebida fermentada local, restrição do horário de vendas, exigência de pagamento no momento da entrega e a proibição do porte de armas em locais onde o álcool é vendido ou consumido.

4. Manejo dos sintomas da abstinência de drogas e outros problemas agudos.

- Desenvolver protocolos para clínicas e hospitais sobre como lidar com a abstinência, intoxicação, overdose e outras situações comuns, conforme identificado no diagnóstico.
- Treinar e supervisionar os agentes de saúde para a gestão e encaminhamento de pacientes com sintomas de abstinência e outros sintomas agudos, junto ao fornecimento de medicamento suficiente, incluindo benzodiazepina, para casos de abstinência de álcool. As agências comunitárias devem treinar e supervisionar os agentes comunitários na identificação, tratamento inicial e encaminhamento de pacientes com sintomas agudos comuns de abstinência.
- Em áreas onde a dependência de opiáceo é comum, considerar a possibilidade de estabelecer tratamentos substitutivos de baixas doses (como com metadona ou buprenorfina).
- Restabelecer as terapias de substituição preexistente o mais breve possível.

Diagnóstico da situação relativa ao uso de álcool e outras substâncias (AOSU)

Para obter orientação sobre a metodologia de avaliação, ver [Lista de Ações 2.1](#) e Referências principais abaixo. Entre os dados relevantes incluem-se:

A. Fatores contextuais e disponibilidade de álcool e outras substâncias

- Normas culturais anteriores a emergência e que sejam relativas ao AOSU e ao modo como foi abordado pela comunidade (para populações deslocadas e anfitriãs, homens e mulheres).
- Qualquer dado de referência disponível sobre o uso indevido de álcool e outras substâncias e outros problemas psicológicos, sociais e médicos associados, incluindo a prevalência do HIV.
- Estruturas reguladoras e legislativas relevantes.

B. Padrões e tendências atuais sobre o uso indevido de álcool e outras substâncias

- Disponibilidade e custo aproximado das substâncias psicoativas mais utilizadas e outras informações sobre a rede de fornecimento, incluindo a interrupção no fornecimento como resultado da emergência.
- Substâncias utilizadas e seus métodos de administração (incluindo os padrões variáveis de uso como transição de fumo para injeção, introdução de novas substâncias) por subgrupos (por exemplo, idade, sexo, profissão: agricultores, ex-combatentes, profissionais do sexo; etnia, religião).

C. Problemas associados ao uso indevido de álcool e outras substâncias

- Problemas psicossociais e de saúde mental associados (por exemplo, violência de gênero e outros tipos de violência, suicídio, abuso infantil ou negligência, transtornos mentais e comportamentais induzidos (ou exacerbados) pelo uso de drogas, discriminação, criminalização).
- Comportamentos de alto risco associados (por exemplo, comportamento sexual de risco e/ou uso de drogas injetáveis).
- Problemas médicos associados (como, transmissão de HIV e outros vírus transmitidos pela corrente sanguínea, casos de overdose, síndromes de abstinência, particularmente, a de álcool quando ameaça a vida do usuário).
- Problemas socioeconômicos (como, lugares que vendem itens alimentícios e não alimentícios essenciais, tráfico de drogas/álcool, comércio de sexo relacionado às drogas).

D. Recursos existentes (ver também a Lista de Ações 2.1)

- Serviços de saúde e de apoio psicossocial para a comunidade (incluindo serviços relacionados ao uso indevido de álcool e outras substâncias, esforços de redução de danos e grupos de autoajuda ou associações de ex-usuários, se houver). Documentar a interrupção nos serviços em virtude da emergência.
- Serviços básicos, incluindo o fornecimento de alimentos, água, abrigo.
- Instituições comunitárias e culturais em funcionamento.
- Espaços seguros para pessoas em risco de violência relacionada ao uso indevido de álcool e outras substâncias (se houver).
- Assistência à família e à comunidade para pessoas com dependência química (se houver).
- Oportunidades educacionais, recreativas e de emprego (se houver).

Referências principais

1. Costigan G., Crofts N. and Reid G. (2003). The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia. Melbourne: Centre for Harm Reduction. http://www.rararchives.org/harm_red_man.pdf
2. Inter-Agency Standing Committee [Comissão Permanente Interagências] (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. 7.3 Provide condoms and establish condom supply, 7.5. Ensure IDU appropriate care, pp.68-70, pp.76-79. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO/UNHCR (1996). 'Alcohol and other drug problems'. In Mental Health of Refugees, pp.101-109. Geneva: WHO/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. WHO (1998). Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR). Geneva: WHO.

http://www.who.int/substance_abuso/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf

6. WHO (2001). Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf

7. WHO (2001). What Do People Think They Know of Substance Dependence: Myths and Facts. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuso/about/en/dependence_myths&facts.pdf

8. WHO (2002). SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf

9. WHO (2003). Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care.

Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuso/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf

10. WHO (2003). The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuso/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf

11. WHO (2003). Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuso/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- Foi realizado recentemente um diagnóstico dos danos relacionados ao consumo indevido de álcool e outras substâncias.
- Preservativos são continuamente disponibilizados em áreas onde pessoas que consomem álcool ou outras substâncias se reúnem.
- Proporção estimada de agentes de saúde que foram treinados para realizar intervenções breves em casos de uso indevido álcool e de outras substâncias.

Exemplo: Bam, Irã, 2003–2004

- Um terremoto ocorreu em uma área onde uma grande dependência de opiáceos era conhecida. Informalmente, o governo contactou imediatamente todos os hospitais do país, recomendando que os sobreviventes viciados que haviam sido evacuados recebessem terapia de substituição quando clinicamente indicado.
- Dez dias depois, pesquisadores iranianos realizaram um diagnóstico da situação de consumo de drogas a pedido do Ministério da Saúde.
- A avaliação confirmou que o terremoto tinha interrompido o fornecimento a um grande número de homens dependentes de opiáceos, gerando abstinência.
- Foram disponibilizados protocolos de tratamento padrão para a administração de medicamentos para alívio da dor em dependentes químicos, tratamento clínico dos sintomas de abstinência e terapia de substituição de baixa dose nas unidades de saúde

Domain: Education

Phase: Minimum Response

Histórico

Em situações de emergência, a educação constitui uma área importante de intervenção psicossocial: fornece um ambiente estável e seguro para estudantes e restaura um sentido de normalidade, dignidade e esperança, oferecendo atividades apropriadas, estruturadas e de apoio. Muitas crianças e pais consideram o acesso à educação como a base de uma infância bem sucedida. Os programas educacionais bem elaborados também auxiliam a população afetada a enfrentar a situação, disseminando mensagens-chave de sobrevivência, permitindo o aprendizado sobre autoproteção e apoiando estratégias dos residentes locais para abordar condições de emergência. É importante reestabelecer as atividades educacionais escolares e extracurriculares imediatamente, priorizando a segurança e o bem-estar de todas as crianças e adolescentes, incluindo a dos mais vulneráveis (ver Capítulo 1) ou daqueles que têm necessidades educacionais especiais.

A perda da possibilidade de receber educação geralmente está entre os fatores mais graves para as crianças e suas famílias, que veem educação como um caminho em direção a um futuro melhor. A educação pode ser uma ferramenta essencial para auxiliar as comunidades a reconstruírem suas vidas. O acesso à educação escolar e extracurricular em um ambiente de apoio promove as competências emocionais e intelectuais dos estudantes, fornece apoio social através da interação com colegas e educadores, e fortalece um sentido de controle e autoestima nos estudantes; constrói também habilidades cotidianas que fortalecem as estratégias para lidarem com a situação, facilitam o emprego futuro e reduzem a tensão econômica. Todas as respostas educacionais em uma emergência devem contribuir para alcançar as normas mínimas estabelecidas pelo INEE *Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction* [Normas Mínimas Para Educação em Emergências, Desastres e Reconstrução Inicial] (ver referências principais).

Os educadores – professores, instrutores de educação extracurricular de aprendizagem e facilitadores de atividades educacionais – têm um papel crucial para desempenhar o apoio à saúde mental e bem-estar psicossocial nos estudantes. Com frequência, os educadores se esforçam para ultrapassar os desafios que eles e seus estudantes enfrentam, incluindo seus próprios problemas psicossociais e de saúde mental relacionados com emergência. O treinamento, supervisão e apoio para esses educadores permitem um entendimento claro de seus papéis na promoção do bem-estar dos estudantes, e auxiliam a proteger e promover o desempenho de crianças, adolescentes e estudantes adultos em todo o contexto da emergência.

Ações principais

1. Promover ambientes seguros de aprendizagem.

A educação tem um papel importante de proteção, ao proporcionar um fórum para disseminar mensagens saudáveis e habilidades de proteção dentro de um ambiente sem violência. As medidas imediatas incluem:

- Fazer um diagnóstico das necessidades e capacidades da educação escolar e extracurricular, considerando as questões de proteção, bem como integrar e apoiar as iniciativas locais. A educação escolar e extracurricular devem ser complementares, e estabelecidas simultaneamente sempre quando possível.
- Potencializar a participação da comunidade afetada, incluindo pais e autoridades educacionais apropriadas (por exemplo, funcionários do Ministério da Educação, se possível), ao fazer um diagnóstico preliminar, planejar, implementar, monitorar e examinar o programa educacional.
- Examinar questões de segurança do layout e da localização das estruturas físicas, usadas como escola:
 - Localizar as escolas longe de instalações ou áreas militares;
 - Posicionar as escolas próximas aos centros da população;
 - Fornecer sanitários separados para meninos e meninas e em locais seguros.
- Monitorar as condições de segurança ao redor dos centros educacionais/escolas (por exemplo, atribuindo uma função de segurança a um coordenador da escola) e responder às ameaças que os grupos armados possam fazer aos alunos.
- Assegurar que os centros educacionais/escolas sejam zonas de paz:
 - Exigir aos grupos armados que não incluam as escolas como objetivos militares, e se abstenham de recrutar soldados dali;
 - Proibir armas nos centros educacionais/escolas;
 - Fornecer escoltas às crianças quando irem e voltarem de atividades escolares.
- Identificar as principais ameaças à segurança fora do sistema educacional (por exemplo, conflito armado) e as ameaças internas (bullying, ataques violentos):
 - Identificar as principais ameaças provenientes do sistema educacional, tais como violência de gênero, recrutamento de crianças ou violência no âmbito educacional;
 - Incorporar mensagens sobre como prevenir e responder a essas e outras questões de proteção (como medidas de apoio a crianças separadas de suas famílias com base na

comunidade: [ver Lista de Ações 3.2](#)) no processo de aprendizagem;

- Estabelecer medidas de monitoramento da proteção e da educação de cada criança, a fim de identificar e apoiar os estudantes em risco de ameaças à proteção;
- Utilizar o IASC Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings para prevenir a violência de gênero e ao redor dos centros educacionais.
- Organizar rapidamente a educação extracurricular, com espaços acolhedores para crianças e adolescentes (“espaços lúdicos”) ou grupos educacionais com base na comunidade. Os membros das comunidades, trabalhadores humanitários e educadores podem auxiliar na organização sem uma infraestrutura física, tais como os centros, enquanto o sistema de educação escolar está sendo reestabelecido ou reativado. A equipe dos espaços lúdicos para as crianças deve ter boas habilidades interpessoais, habilidade de utilizar as abordagens ativas de aprendizagem e experiência de trabalho com educação extracurricular ou programas comunitários. Não é necessário nessas circunstâncias ter um histórico de educação escolar.

2. Tornar a educação escolar e extracurricular mais relevante ao contexto e que ofereça apoio.

É importante durante uma emergência que a educação seja relevante e de apoio para a promoção da saúde mental e bem-estar psicossocial dos estudantes, ao mesmo tempo em que promove uma aprendizagem efetiva.

- Tornar a educação flexível e com uma resposta rápida para as necessidades e capacidades sociais, cognitivas e emocionais criadas pela emergência dos estudantes. Por exemplo, oferecer atividades mais breves, caso os estudantes tenham dificuldade de concentração; estabelecer cronogramas flexíveis para evitar o estresse indevido dos estudantes, educadores e seus familiares, oferecendo períodos e horários diferentes; adaptar os calendários de provas para que os estudantes tenham mais tempo para se prepararem.
- Visar o fornecimento de educação que auxilia a restaurar um sentido de estrutura, rotina e normalidade para as crianças; criar oportunidades para expressão, escolha, interação social e apoio; e promover as habilidades cotidianas e competências das crianças. Por exemplo, estabelecer cronogramas de atividades e colocá-los em locais visíveis nos centros educacionais; evitar punir os estudantes cujo desempenho em sala tenha sido reduzido devido a problemas psicossociais e de saúde mental; utilizar jogos colaborativos em vez de competitivos; aumentar as abordagens expressivas de aprendizagem; utilizar atividades estruturadas e culturalmente apropriadas, como jogos, música, dança e teatro que utilizam materiais disponíveis localmente.

- Incluir o treinamento de habilidades cotidianas e o fornecimento de informações sobre a emergência. As habilidades cotidianas e o conteúdo de aprendizagem que podem ser particularmente relevantes em emergência são: promoção de higiene, resolução de conflitos de forma não violenta, habilidades interpessoais, prevenção de violência de gênero, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, HIV/AIDS), conscientização sobre explosões ou minas e informações sobre a situação atual (por exemplo, terremotos, conflitos armados etc.). O conteúdo e a facilitação do treinamento de habilidades cotidianas devem ser baseados no diagnóstico da situação de riscos e na prioridade das necessidades.
- Utilizar métodos participativos que envolvam os representantes da comunidade e os estudantes nas atividades de aprendizagem. A participação de jovens e adolescentes na realização de atividades para crianças mais novas é particularmente valiosa, assim como a abordagem de aprendizagem em pares.
- Utilizar a educação como um mecanismo para a mobilização comunitária (ver [Lista de Ações 5.1](#)). Envolver os pais na gestão da aprendizagem e da educação, e envolver a comunidade na reconstrução de instalações educacionais (que poderão ser estruturas permanentes ou temporárias). Organizar reuniões comunitárias semanais com as crianças/jovens/representantes da comunidade para facilitar as atividades que são apropriadas no contexto local, e que utilizam as habilidades e conhecimento local.
- Garantir que todos coordenadores educacionais ou grupos de trabalhos levem em consideração a saúde mental e o bem-estar psicossocial. Designar uma pessoa que vincule o grupo de coordenação de saúde mental e apoio psicossocial (ver [Lista de Ações 1.1](#)) aos mecanismos de coordenação educacional.
- Incluir oportunidades nos espaços lúdicos para crianças e adolescentes para que aprendam habilidades cotidianas e participem, por exemplo, na educação complementar, treinamento vocacional, atividades artísticas, culturais e ambientais e/ou esportes.
- Apoiar a aprendizagem extracurricular, como educação de adultos, alfabetização e treinamento vocacional, para fornecer aos estudantes habilidades que sejam relevantes para os ambientes econômicos futuros e atuais, e que estejam vinculadas às oportunidades empregatícias. Para crianças menores de 15 anos, a educação extracurricular deve servir como um complemento, e não como substituição da educação escolar.
- Utilizar programas de “alimento para educação” para promover saúde mental e bem-estar psicossocial, quando apropriado. Proporcionar alimentos (no local ou para levar para a casa) em âmbitos educacionais pode ser uma estratégia efetiva para aumentar a frequência e a retenção de alunos, a qual, por sua vez, contribui para a saúde mental e o bem-estar psicossocial (ver [Lista](#)

de Ações 9.1). Além disso, os alimentos na educação podem beneficiar diretamente o bem-estar psicossocial, ao aumentar a concentração, reduzindo distinções sociais entre “rico” e “pobre” etc. O fornecimento de alimentos ou os programas de alimentação nos âmbitos educacionais devem ocorrer somente quando isso puder ser feito de forma eficaz, não prejudicando a situação nutricional dos estudantes e não enfraquecendo de forma significativa as tradições sociais (por exemplo, o papel da família no fornecimento de nutrição adequada para crianças).

3. Fortalecer o acesso à educação para todos.

- Aumentar rapidamente o acesso à educação escolar e/ou extracurricular. Isso pode exigir abordagens criativas e flexíveis, como a abertura de escolas em etapas, períodos duplos ou utilização de locais alternativos.
- Reduzir temporariamente as exigências de documentos para admissão e ser flexível sobre a matrícula. As populações afetadas por emergências podem não ter certificados de cidadania, certidões de nascimento ou comprovantes de idade, documentos de identidade ou históricos escolares. Não devem ser impostos limites de idade para crianças e adolescentes afetados por emergências.
- Apoiar as necessidades específicas de certos estudantes, por exemplo, fornecer serviços de creche para mães adolescentes e irmãos mais velhos que cuidam de irmãos mais novos; fornecer materiais escolares para estudantes carentes.
- Tornar os centros educacionais acessíveis e apropriados para diferentes grupos de crianças, especialmente para as marginalizadas (por exemplo, crianças deficientes, economicamente em desvantagem ou minorias étnicas). Desenvolver atividades separadas para adolescentes e jovens, os quais geralmente recebem menos atenção.
- Quando apropriado, oferecer cursos de reforço e aprendizado acelerado para crianças mais velhas (por exemplo, para crianças que foram recrutadas por forças ou grupos armados) que perderam aulas na escola.
- Quando apropriado, realizar campanhas de volta às aulas em que as comunidades, autoridades educacionais e trabalhadores humanitários promovem acesso à educação para todas as crianças e adolescentes.

4. Preparar e encorajar os educadores a apoiarem o bem-estar psicossocial dos estudantes.

Os educadores podem proporcionar apoio psicossocial para os estudantes, adaptando a maneira que eles interagem com os alunos e criando um ambiente seguro e de apoio, no qual os estudantes podem expressar suas emoções e experiências, incluindo determinadas atividades

psicossociais estruturadas no processo de aprendizagem e ensino. Inu eles não devem tentar realizar terapias, o que exige habilidades especializadas. Fornecer apoio para o bem-estar psicossocial dos próprios educadores é uma peça essencial de apoio aos estudantes.

- Adaptar a interação com os alunos ao:
 - Integrar tópicos relacionados à emergência no processo de aprendizagem;
 - Abordar a causa dos comportamentos problemáticos na classe (como, agressividade);
 - Auxiliar os estudantes a compreenderem e apoiarem uns aos outros.
- Fornecer aos educadores oportunidades contínuas de aprendizagem, treinamento pertinente e apoio profissional para emergência, em vez de treinamento fragmentado ou em curto prazo sem acompanhamento (ver Lista de Ações 4.3). Os principais tópicos podem incluir:
 - Promover a participação da comunidade e criar ambientes de aprendizagem com proteção e segurança;
 - Os impactos das experiências e situações difíceis referentes ao bem-estar psicossocial e à resistência natural de crianças, meninas e meninos de diferentes idades; aspectos éticos do apoio psicossocial (ver Lista de Ações 4.2);
 - Habilidades cotidianas pertinentes à emergência (ver sugestões acima na Ação Principal 2);
 - Métodos pedagógicos de aula que expliquem a razão para não ser utilizado o castigo físico, e que forneçam alternativas concretas para o uso da violência;
 - Como lidar de forma construtiva com as emoções dos estudantes, tais como raiva, medo e angústia;
 - Como conduzir atividades estruturadas em grupo, como artes, atividades culturais, esporte, jogos e construção de habilidades;
 - Como colaborar com os pais e as comunidades;
 - Como utilizar mecanismos de encaminhamento para oferecer apoio adicional aos estudantes que apresentem dificuldades graves de saúde mental e de bem-estar psicossocial (ver Ação principal 5 a seguir);
 - Como desenvolver planos de ação para implementar o apoio psicossocial nas tarefas dos educadores;
 - Auxiliar os educadores a lidarem melhor com a vida durante uma emergência, incluindo os impactos da tensão neles, habilidades de enfrentamento, supervisão de apoio e apoio entre pares.

- Utilizar métodos participativos de aprendizagem adaptados ao contexto local e cultura. É preciso garantir que os educadores tenham oportunidades para compartilharem seus próprios conhecimentos e experiências de desenvolvimento das crianças, e auxiliando as práticas de novas habilidades. Deve-se avaliar periodicamente se o treinamento está sendo apropriado e útil. Deve-se proporcionar aos educadores apoio contínuo, incluindo supervisão profissional e materiais didáticos.
- Ativar o apoio psicossocial disponível para os educadores. Por exemplo, reunir os educadores junto a um facilitador qualificado a fim de dar início a discussão sobre o passado, presente e futuro; ou tentar estabelecer um mecanismo de apoio à comunidade para atender os educadores que enfrentam situações críticas pessoais ou familiares.

5. Fortalecer a capacidade do sistema educacional para apoiar os estudantes que enfrentam dificuldades psicossociais ou de saúde mental.

- Fortalecer a capacidade de instituições educacionais para apoiar os estudantes que enfrentam dificuldades particulares, psicossociais ou de saúde mental:
 - Designar coordenadores que monitorem e acompanhem cada criança;
 - Caso haja conselheiros escolares, fornecer treinamento sobre como lidar com as situações relacionadas à emergência.
- Informar os funcionários da escola, tais como, administradores, orientadores, professores e trabalhadores de assistência à saúde para onde encaminhar as crianças com dificuldades graves psicossociais ou de saúde mental: (podendo incluir as crianças que não são diretamente afetadas pela emergência, mas com dificuldades preexistentes) para serviços apropriados de saúde mental e sociais e apoios psicossociais comunitários (ver *Lista de Ações 5.2*) e para os serviços de saúde, quando apropriado (ver *Lista de Ações 6.2*, incluindo o critério para encaminhamento de problemas graves de saúde). Garantir que os estudantes, pais e membros da comunidade entendam como utilizar esse sistema de encaminhamento.

Referências principais

1. Active Learning Network for Accountability and Performance (ALNAP) (2003). Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. Chapter 12, 'Participation and Education', pp. 331-342. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). Training Manual for Teachers. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp J., Talbot C. and Cipollone D. (eds.) (2001). Learning for a Future: Refugee Education in Developing

- Countries. Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/pubs/epau/learningfuture/prelims.pdf>
4. Danish Red Cross (2004). Framework for School-Based Psychosocial Support Programmes: Guidelines for Initiation of Programmes. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf>
5. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
6. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2004). INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. http://www.ineesite.org/minimum_standards/MSEE_report.pdf
7. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2005). Promoting INEE Good Practice Guides – Educational Content and Methodology. <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238>, then the following links:
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134>
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137>
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>
8. Macksoud M. (1993). Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers. UNICEF. http://www.unicef.org/publications/index_4398.html
9. Nicolai S. (2003). Education in Emergencies: A Tool Kit for Starting and Managing Education in Emergencies. Save the Children UK. http://www.ineesite.org/core_references/EducationEmertoolkit.pdf
10. Save the Children (1996). Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches. Geneva. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychosocwellbeing2.pdf>
13. Sinclair M. (2002). Planning Education In and After Emergencies. UNESCO: International Institute for Educational Planning (IIEP). http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency_4.htm
-

Exemplos de indicadores de processo

- Porcentagem de estudantes que tem acesso à educação escolar.
- São abertos centros para educação extracurricular que são acessíveis para meninas e meninos de idades diferentes.
- Porcentagem de professores treinados e monitorados para apoiar o bem-estar psicossocial dos estudantes.
- Os professores e outros trabalhadores encaminham as crianças com dificuldades graves psicossociais e de saúde mental para apoios ou serviços especializados disponíveis.

Exemplo: Território palestino ocupado, 2001

- Em resposta à segunda intifada, o Plano de Ação Nacional Palestino para Crianças (um consórcio de ONGs e ONGIs) coordenou o trabalho de organizações nacionais e internacionais para oferecer educação escolar e extracurricular segura e de apoio.
- As organizações realizaram campanhas para promover a volta à escola e apoiaram acampamentos de verão, bem como espaços lúdicos para crianças e adolescentes. O processo educacional foi revisto para ser mais protegido, significativo e de apoio, proporcionando melhores oportunidades para a expressão e o desenvolvimento de habilidades cotidianas de proteção.
- Os educadores foram treinados para compreender e responder às necessidades comportamentais e emocionais dos alunos; foram introduzidos programas de monitoramento e tutoria para jovens e adolescentes; e foram introduzidas sessões estruturadas de apoio psicossocial nas escolas.

Fornecer informações à população afetada sobre a situação de emergência, os esforços de ajuda, bem como seus direitos legais

Função: Disseminação de informações Fase:

Resposta mínima

Histórico

Além das vidas e da saúde, a verdade e a justiça muitas vezes podem ser afetadas em situações de emergência. As emergências tendem a desestruturar os canais convencionais de informação e comunicação. A infraestrutura de comunicações pode ser destruída, e os canais de comunicação existentes podem ser utilizados por pessoas com interesses específicos, por exemplo, a disseminação de rumores ou mensagens de ódio, ou ainda a distorção de histórias que abranjam a negligência de deveres.

Os rumores e a ausência de informações precisas e verídicas tendem a ser as maiores fontes de ansiedade para as pessoas afetadas por uma emergência, e podem criar confusão e insegurança. Além disso, a falta de conhecimento sobre os direitos pode conduzir a exploração. Para combater essa situação é importante dar as informações apropriadas em um momento apropriado. É preciso que exista um mecanismo responsável de disseminação das informações úteis de forma proativa.

É possível desenvolver sistemas de comunicação e informação para auxiliar os membros da comunidade a desempenharem uma parte do processo de recuperação, e então, serem sobreviventes ativos, em vez de vítimas passivas. A tecnologia de comunicação e informação (TCI) e os métodos tradicionais de comunicação e entretenimento – tais como desenhos, músicas e encenações – podem desempenhar um papel crucial na disseminação de informações sobre os privilégios e direitos dos sobreviventes. As informações apropriadas sobre a ajuda e os paradeiros de pessoas desabrigadas podem auxiliar a reunir famílias.

Além das ações específicas descritas abaixo, a melhora do acesso à informação durante emergências depende de uma boa coordenação onde há transparência, responsabilidade e participação comunitária.

Ações principais

1. Facilitar a formação de uma equipe de informação e comunicação.

- Caso os sistemas regulares de comunicação (em termos de pessoas e infraestrutura) não estiverem funcionando bem, é preciso ajudar a formar uma equipe de comunicadores para fornecer informações sobre a emergência, esforços de ajuda e direitos jurídicos, bem como o fortalecimento das vozes de grupos esquecidos ou marginalizados. A equipe pode ser constituída

de organizações locais de notícias, líderes comunitários, agências de ajuda, o governo ou outras partes envolvidas nas respostas de emergência

Os próprios membros da comunidade afetada podem desempenhar um papel-chave na disseminação de informações sobre os serviços.

2. Realizar periodicamente um diagnóstico da situação e identificar as principais lacunas nas informações, bem como as principais informações para disseminação.

- Estudar os diagnósticos disponíveis e os desafios que eles destacam (ver [Lista de Ações 2.1](#)).
- Analisar quem controla os canais de comunicação, questionando se os grupos específicos estão disseminando as informações de acordo com seus próprios.
- Quando necessário, realizar estudos adicionais que abordam as seguintes questões:
- Quais são as comunidades ou grupos de pessoas que estão deslocados e quais deles já se assentaram?
 - Quem são as pessoas em situação de risco? Elas são normalmente conhecidas como grupos vulneráveis (ver [Capítulo 1](#)) ou são novos grupos?
 - Há relatos de sobreviventes que não podem se movimentar? Em caso positivo, identifique onde estão localizados e qual é a resposta existente.
 - Onde as pessoas podem encontrar-se de forma segura e quais locais são perigosos?
 - Caso os serviços de saúde mental e apoio psicossocial estejam disponíveis, quem está fornecendo esses serviços? Quais agências são ativas nesta área? Elas estão abrangendo todas as comunidades afetadas e os segmentos da população? Há grupos das comunidades que estão excluídos?
 - Quais oportunidades existem para integrar as campanhas de informação e comunicação com outros esforços de ajuda em andamento?
 - Qual é o nível de alfabetização de homens, mulheres, crianças e adolescentes?
 - Quais canais de comunicação preexistentes estão funcionando? Quais canais são mais eficazes na situação atual para transmitir mensagens relacionadas às emergências, esforços de ajuda e direitos jurídicos?
 - Quais são os grupos da população que não têm acesso à mídia?
 - Quais são os grupos que não têm acesso à mídia devido a deficiências físicas? (Por exemplo, pessoas com necessidades auditivas ou visuais)? Quais métodos podem ser

necessários para desenvolver a disseminação de informações a fim de alcançar essas pessoas?

- Coletar informações relevantes todos os dias. Isso poderá incluir as informações referentes à:
 - Disponibilidade e segurança dos materiais de ajuda; cordões de cessar-fogo, zonas protegidas e outras iniciativas de paz;
 - Acordos de cessar fogo, áreas protegidas e outras iniciativas de paz;
 - Recorrência de acontecimentos relacionados à emergência (por exemplo, violência ou réplicas de terremoto);
 - A localização e a natureza de diferentes serviços humanitários;
 - A localização de espaços protegidos (ver [Lista de Ações 5.1](#)) e os serviços disponíveis no local (ver [Listas de Ações 5.1, 5.2, 5.4 e 7.1](#));
 - Principais resultados de diagnósticos da situação e de monitoramento de assistência;
 - Principais decisões tomadas pelos líderes políticos e órgãos de coordenação da assistência humanitária;
 - Direitos e privilégios (por exemplo, a quantidade de arroz que uma pessoa desabrigada pode ter, direitos de terra etc.).
- Monitorar as informações pertinentes emitidas pelos governos ou autoridades locais, em particular as informações relativas aos materiais de ajuda.
- Questionar às partes interessadas na população, bem como os trabalhadores de ajuda, sobre as principais lacunas nas informações que devem ser abordadas (por exemplo, falta de conhecimento sobre os serviços, direitos, localização de membros da família etc.).
- Trabalhar com os sobreviventes para identificar o tipo de mensagem que eles gostariam de disseminar e a maneira apropriada de fazê-la, prevendo o impacto público que isso pode ter.
- Identificar constantemente as práticas negativas da mídia ou abusos de informação que devem ser tratados. Essas práticas incluem:
 - Disseminação de mensagens que incitam o ódio ou são prejudiciais;
 - Entrevistas inapropriadas com as pessoas sobre suas experiências emocionais;
 - Omissão do acesso ao apoio psicossocial para pessoas que são questionadas sobre suas experiências emocionais no desastre;
 - Estigmatização das pessoas ao entrevistá-las de maneira inapropriada;
 - Utilização de imagens, nomes e outras informações pessoais de identificação, sem o consentimento informado ou de maneira que coloque os sobreviventes em perigo.

- Identificar constantemente as boas práticas da mídia, tais como:
 - Convidar trabalhadores humanitários com experiência (na área de SMAPS) para dar orientações através da mídia;
 - Fornecer orientação através de programas de notícias e reportagens.

3. Desenvolver um plano de comunicação e campanha social.

- Maximizar a participação da comunidade no processo de elaboração de um plano de comunicação e campanha.
- Elaborar um sistema para disseminar informações úteis que tratem das lacunas identificadas.
- Educar as organizações locais de mídia sobre práticas potencialmente nocivas e a maneira como evitá-las.
- Respeitar os princípios de confidencialidade e consentimento informado.

4. Criar canais de acesso e disseminação de informações confiáveis para a população afetada.

- Identificar na população afetada as pessoas que são influentes na disseminação de informações dentro das comunidades.
- Preparar um guia de comunicações e mídia, incluindo:
 - Uma lista da mídia local com os nomes e dados de contato dos principais jornalistas que abrangem histórias relacionadas à saúde, crianças e interesse humano;
 - Uma lista de nomes e dados de contato de jornalistas que cobrem a emergência;
 - Um guia de funcionários em diferentes agências humanitárias que trabalham com comunicações.
- As equipes de comunicação podem criar canais para disseminar informações, utilizando os idiomas locais. Isso poderá incluir a negociação do tempo de difusão com as estações locais de rádio, ou espaço em outdoors nas principais vias de cruzamento e em outros locais públicos, escolas, acampamentos de ajuda ou em sanitários.
- Na ausência de qualquer tipo de mídia, considerar mecanismos inovadores, tais como, a distribuição de aparelhos de rádio.
- Envolver as pessoas locais em todas as etapas do processo de comunicação, e certificar-se de que as mensagens sejam empáticas (demonstrando compreensão da situação dos sobreviventes

do desastre) e descomplicadas (ou seja, que podem ser compreendidas por crianças de 12 anos).

- Organizar notícias e coletivas de imprensa a fim de dar informações sobre atividades específicas humanitárias planejadas previstas para os dias seguintes, ou seja, o que, quando, onde e quem está organizando a atividade, etc.
- Garantir que não haja repetição desnecessária de acontecimentos terríveis do passado na mídia local (por exemplo, evitar a repetição de imagens dos piores momentos do desastre) ao organizar notícias e reportagens da mídia e visitas em campo. Incentivar as organizações de mídia e os jornalistas para que evitem a utilização desnecessária de imagens que, provavelmente, causam extrema angústia entre os espectadores. Além disso, incentivar os órgãos de comunicação a não transmitir somente imagens e histórias de pessoas em desespero, mas também imprimir ou transmitir imagens e histórias de resiliência e o envolvimento de sobreviventes nos esforços de recuperação.
- Sustentar o interesse da mídia local, destacando diferentes ângulos, tais como, as dimensões variadas da saúde mental e bem-estar psicossocial, histórias de recuperação de sobreviventes, envolvimento de grupos em situação de risco nos esforços de recuperação e iniciativas na resposta que podem servir de modelo.
- Disseminar mensagens sobre os direitos e privilégios dos sobreviventes, tais como, leis sobre deficiências, leis de saúde pública, direitos relacionados à terra para reconstrução, materiais de ajuda etc.
- Considerar a possibilidade de preparar mensagens sobre as normas internacionais para assistência humanitária, tais como as Normas Mínimas do Projeto Esfera.
- Considerar os métodos de distribuição que auxiliam as pessoas a acessarem as informações (por exemplo, pilhas para aparelhos de rádio, colocação de outdoors para publicações em ruas).

5. Garantir a coordenação entre o pessoal de comunicação que trabalha em diferentes agências.

A coordenação é importante para:

- Garantir a consistência das informações disseminadas para a população afetada;
- Facilitar o desenvolvimento de plataformas de informações interagências (por exemplo, quadros de avisos), onde os sobreviventes podem receber todas as informações essenciais, incluindo as informações sobre as maneiras positivas de enfrentamento ([ver Lista de Ações 8.2](#)).

Referências principais

1. ActionAid International (forthcoming) Mind Matters: Psychosocial Response in Emergencies (video).
2. IASC (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Action Sheet 9.1: Provide information on HIV/AIDS prevention and care, pp.91-94. Geneva: IASC.<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. OCHA (forthcoming). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual.
4. Office of the United Nations Secretary-General Special Envoy for Tsunami Recovery (2006).
5. The Right to Know: The Challenge of Public Information and Accountability in Aceh and Sri Lanka. New York: United Nations. http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf
6. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
7. UNICEF (2005). Ethical Guidelines for Journalists: Principles for Ethical Reporting on Children. http://www.unicef.org/ceecis/media_1482.html
8. UNICEF (2005). The Media and Children's Rights (Second Edition). New York: UNICEF. http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- As avaliações são conduzidas para identificar se a população afetada está recebendo as principais informações sobre a emergência, esforços de ajuda e seus direitos jurídicos.
- Quando houver lacunas nas principais informações, as informações pertinentes são disseminadas de maneira que sejam facilmente acessíveis e compreensíveis por diferentes subgrupos na população.

Exemplo: Terremoto em Gujarat, Índia, 2001

- As ONGs nacionais e internacionais, junto com os grupos de ação social e local, organizaram uma campanha “Conheça seus Direitos”. Eles reuniram todas as ordens governamentais, simplificaram o jargão jurídico e traduziram o material em fichas informativas simples no idioma local. Essas fichas tinham perguntas e respostas sobre os principais direitos, e instruções sobre como solicitá-los.
- Foram organizadas por voluntários da comunidade peças teatrais de rua que informavam os direitos dos sobreviventes. Após cada apresentação, eram distribuídos formulários de solicitação e os solicitantes foram auxiliados pelos voluntários durante todo o processo, até que eles receberem seus direitos.
- Foram organizados tribunais populares para que os sobreviventes registrassem suas queixas, e para educá-los sobre seus direitos.

Fornecer acesso a informações sobre métodos de enfrentamento positivo

Função: Disseminação de informações

Fase: Resposta mínima

Histórico

Em situações de emergência, a maioria das pessoas enfrenta dificuldades psicológicas (por exemplo, fortes sentimentos de perda, tristeza, medo ou raiva). Em muitas situações, a maioria dos indivíduos afetados começa a sentir-se melhor gradualmente quando consegue lidar com a situação – ou seja, se utiliza métodos de enfrentamento positivo – e se recebe apoio de suas famílias e comunidade. Uma medida chave é ter acesso a informações apropriadas relacionadas à emergência, esforços de ajuda e direitos jurídicos (ver Lista de Ações 8.1) e recomendações de como enfrentar essa situação de forma positiva.

Disponibilizar material educativo culturalmente apropriado pode ser um meio útil de encorajar métodos de enfrentamento positivo. O objetivo de tais informações é aumentar a capacidade das pessoas, famílias e comunidades a compreenderem as maneiras comuns, na qual a maioria das pessoas tende a reagir a agressões extremas e a responder efetivamente a suas próprias necessidades psicossociais e de outras pessoas. A disseminação de informações sobre métodos de enfrentamento positivo por meio de materiais impressos ou por rádio é uma das intervenções emergenciais mais utilizadas frequentemente, dado que tem o potencial para alcançar uma grande quantidade de pessoas afetadas.

Ações Principais

1. Determinar quais informações sobre os métodos de enfrentamento positivo estão disponíveis entre a população afetada pelo desastre.

- Coordenar junto às agências pertinentes ações para determinar: (a) se há informações culturalmente apropriadas sobre métodos de enfrentamento positivo e (b) em que medida essas informações são de conhecimento da população. A Ação Principal 2 abaixo fornece orientações para determinar se as informações disponíveis são apropriadas.

2. Elaborar informações sobre os mecanismos de enfrentamento positivo e culturalmente apropriados para utilização da população afetada pelo desastre, quando não estiverem disponíveis.

- Coordenar e planejar o desenvolvimento de informações sobre os métodos de enfrentamento positivo junto a outras organizações. Certificar-se de que as mensagens sejam simples e

consistentes a fim de evitar confusão.

Sempre que possível, é preciso chegar a um consenso interagência sobre o conteúdo das informações e acordar sobre como compartilhar as tarefas (por exemplo, disseminação).

- Ao desenvolver materiais apropriados, é importante identificar uma série de reações esperadas de indivíduos e da comunidade frente a fatores de estresse grave (por exemplo, violência sexual) e reconhecer quais são os meios culturalmente apropriados de se lidar com isso (como, com orações ou rituais em momentos de dificuldades). A fim de evitar a duplicação de diagnósticos, é preciso revisar os resultados já existentes (ver *Listas de Ações 2.1, 5.2, 5.3 e 6.4*). As lacunas no conhecimento podem ser apresentadas ao entrevistar as pessoas com conhecimento sobre a cultura local (por exemplo: antropologistas locais) ao conduzir os grupos em questão. Ao selecionar os participantes para os grupos em questão, certificar de que os grupos com diferentes idades e gêneros dentro da comunidade estejam apropriadamente representados. Pode ser necessário organizar grupos separados de homens e mulheres para que possam escutar diferentes perspectivas
- É importante reconhecer os métodos positivos de enfrentamento que tendem a ser úteis em culturas diferentes, entre eles:
 - Buscar apoio social
 - Fornecer estrutura para atividades cotidianas
 - Métodos de relaxamento
 - Atividades recreativas
 - Enfrentar a situação de maneira paulatina (talvez com uma companhia de confiança) a fim de recuperar o controle das atividades cotidianas.
- Os trabalhadores devem se familiarizar com os mecanismos úteis de enfrentamento, revisando exemplos de informações de autoajuda produzidas por outras organizações, ou através de discussões dos grupos em questão junto aos membros da comunidade, os quais estão enfrentando as situações em boas condições. Às vezes, pode ser eficaz comunicar mensagens sobre como auxiliar as outras pessoas, enquanto encorajam as pessoas afetadas a cuidar dos outros e, indiretamente, deles próprios.
- O quadro a seguir oferece uma orientação concreta sobre “o que se deve fazer” e “o que não se deve fazer”, ao desenvolver informações para o público em geral sobre métodos de enfrentamento positivo:

O que se deve fazer	O que não se deve fazer
<p>Utilizar linguagem simples e direta. Investir o tempo e energia necessários para garantir que os conceitos sejam expressados de modo que faça sentido no contexto local, e possa ser compreendido por uma criança de 12 anos.</p> <p>Utilizar expressões coloquiais, quando forem mais claras (por exemplo, utilize terminologia local para palavras como “enfrentamento”).</p>	<p>Não utilizar linguagem técnica ou complicada (por exemplo, termos psicológicos ou psiquiátricos).</p>
<p>Concentrar-se nas prioridades identificadas pelas comunidades e certificar-se de que a mensagem seja breve, direcionada e concreta.</p>	<p>Não incluir mensagens em excesso de uma só vez, pois as pessoas se confundem ou ficam sobrecarregadas.</p>
<p>Destacar que é comum sentir estresse após um acontecimento desgastante, e que as pessoas afetadas por um desastre podem perceber mudanças em seus sentimentos, comportamento e pensamentos. Enfatizar que essa é uma reação comum e compreensível frente a um acontecimento anormal.</p>	<p>Não incluir grandes listas de sintomas psiquiátricos nos materiais para a população geral (ou seja, materiais utilizados fora de centros clínicos).*</p>
<p>Enfatizar métodos de enfrentamento positivo, abordagens com foco na solução e expectativas positivas de recuperação, e avisos contra as formas prejudiciais de enfrentamento (por exemplo, consumo abusivo de álcool). Visar incluir estratégias de enfrentamento individual, familiar e comunitário</p>	<p>Não enfatizar a vulnerabilidade psicológica em materiais para a população geral.*</p>
<p>Afirmar que a maioria das pessoas provavelmente vão se sentir melhor na medida em que vão se passando as semanas e os meses. Caso as tensões não diminuam em um período de semanas, ou se elas piorarem, devem buscar ajuda em apoios comunitários disponíveis ou buscar ajuda profissional (mas somente incluir esta orientação, se tal assistência estiver disponível). Fornecer informações sobre como e onde as pessoas podem ter acesso a esses serviços.</p>	<p>Não especificar um prazo preciso para recuperação (por exemplo, “Você se sentirá melhor daqui três semanas”) e não sugerir busca ao auxílio profissional, se esse serviço não estiver disponível.</p>
<p>Solicitar aos membros da comunidade local que revisem os materiais desenvolvidos. Garantir a precisão dos materiais traduzidos.</p>	<p>Não traduzir literalmente os materiais escritos em um idioma que não seja comumente utilizado em forma escrita. Talvez seja melhor uma forma não escrita (por exemplo, figuras, desenhos, danças etc.) ou traduzir os materiais em um idioma escrito nacional, compreensível por, no mínimo, um membro de cada casa.</p>

* “O que se deve fazer” se aplica a materiais de autoajuda direcionados à população geral fora de centros clínicos. É geralmente apropriado e parte do tratamento descrever e explicar os sintomas nos materiais desenvolvidos para os centros de auxílio clínico para os pacientes que têm um transtorno mental diagnosticado.

3. Adaptar as informações para abordar as necessidades específicas de subgrupos da população, conforme apropriado.

- Os diferentes subgrupos dentro de uma população também podem ter maneiras próprias de lidar com a situação, que são diferentes da população geral. É preciso preparar, se necessário, informações separadas sobre mecanismos de enfrentamento positivo para subgrupos (por exemplo, homens, mulheres e (outros) grupos específicos em situação de risco: [ver Capítulo 1](#)). Considerar a possibilidade de inclusão de material especial para crianças e adolescentes enfrentando situações de emergência, observando que esse último pode usar métodos de enfrentamento a curto prazo, tais como, o consumo de álcool ou drogas, que pode causar danos a longo prazo.

4. Desenvolver e implementar uma estratégia para disseminação eficaz de informações.

- Embora os materiais impressos (panfletos e cartazes) sejam o método mais comum de disseminação de informação, outros mecanismos podem ser mais eficazes, como o rádio, televisão, desenhos ou imagens, canções, peças ou representações de rua. Explorar junto aos líderes religiosos e comunitários as formas de comunicar as informações não escritas. A forma de comunicação mais apropriada depende do grupo-alvo, índices de alfabetização e o contexto cultural. Por exemplo, os materiais não escritos (por exemplo, revistas em quadrinhos representando personagens bem conhecidos, drama) podem ser mais eficazes na comunicação com as crianças. Uma combinação de métodos de disseminação que passam mensagens consistentes pode ser utilizada para potencializar o alcance dentro da população geral.
- Perder permissão para colocar cópias de materiais escritos em instituições da comunidade, tais como igrejas, mesquitas, escolas e clínicas de saúde, bem como os quadros de avisos nos acampamentos. É útil colocar materiais em áreas onde as pessoas podem pegá-los de forma anônima.
- Algumas ONGs descobriram que falar com as pessoas e entregar a elas um folheto é mais eficaz do que simplesmente deixá-los em uma pilha para serem coletados, pois dessa forma as pessoas geralmente não leem.
- Se for possível, disponibilizar uma cópia de materiais escritos na internet. Embora a maioria dos sobreviventes de desastre não tem acesso à internet, disseminar os materiais desta forma faz com que eles sejam compartilhados entre as organizações, o que por sua vez pode aumentar a distribuição ([ver também Lista de Ações 8.1](#)).

Referências principais

1. American Red Cross (2004). From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual. American Red Cross Psychosocial Group, New Delhi.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
2. International Catholic Migration Commission (ICMC) (2005). Setelah Musibah (After Disaster). ICMC, Indonesia. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. World Health Organization (2005). Some Strategies to Help Families Cope with Stress. WHO, Pakistan.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

-
- Informações de autoajuda que se distribuí concentram-se nos métodos positivo para enfrentar a situação.
 - Proporção estimada da população que tem acesso às informações disseminadas.
 - As informações que são disseminadas são culturalmente apropriadas e compreensíveis para a maioria da população.

Exemplo: Aceh, Indonésia, 2005

- Após revisar os materiais de autoajuda existentes, a equipe nacional de uma ONG internacional foi treinada de forma a conduzir grupos focais e a identificar como as pessoas estavam lidando com a situação (reações comuns) e quais atividades as pessoas utilizaram para enfrentar o estresse.
- Um artista foi contratado para desenhar as pessoas de Aceh com as vestimentas locais, representando os conceitos que a comunidade havia identificado. Outro conjunto de imagens ilustrava técnicas de relaxamento com respirações profundas.
- Aos folhetos foram explicados e distribuídos durante reuniões da comunidade, por exemplo, após as orações noturnas na mesquita. Eles também foram distribuídos a outras organizações, as quais por sua vez distribuíram através de seus programas de intervenções.
- Por meio do grupo coordenador de apoio psicossocial, as agências continuaram conjuntamente produzindo boletins com informações que representavam as preocupações das comunidades afetadas pelo tsunami e da sociedade local civil. Uma ONG local foi fundada e supervisionada para continuar produzindo boletins de informações atualizadas pertinentes aos novos acontecimentos.

Lista de Ações 9.1

Incluir considerações sociais e psicológicas específicas sobre a segurança do fornecimento de alimentos e apoio nutricional (segurança e dignidade a todos, respeitando as práticas culturais e funções dos membros da família)

Função: Nutrição e segurança alimentar

Fase: Resposta mínima

Histórico

Em muitas situações de emergências, a fome e a insegurança alimentar causam grande estresse e prejudicam o bem-estar psicossocial da população afetada. Por outro lado, os impactos psicossociais de uma emergência podem prejudicar a segurança alimentar e a situação nutricional. Entender as interações entre o bem-estar psicossocial e a segurança alimentar e nutricional (ver tabela abaixo), permite que os atores humanitários melhorem a qualidade e a eficácia dos programas de assistência alimentar e nutricional reforçando, ao mesmo tempo, a dignidade das pessoas. Ignorar essas interações causam prejuízos, resultando, por exemplo, em programas que exigem que as pessoas enfrentem filas por longas horas para receber alimento, tratam os afetados como um número e consumidores passivos, ou criam ambientes de violência em volta das entregas de alimentos.

Tabela: Fatores sociais e psicológicos relevantes à assistência alimentar

Fatores relevantes à assistência alimentar	Tipo de efeito e exemplos
Fatores sociais gerais (incluindo fatores pré-existentes) relacionados com a segurança alimentar e nutricional	<ul style="list-style-type: none">• Marginalização de determinados grupos reduzindo o acesso destes a recursos escassos• Aspectos socioculturais de dieta e nutrição (crenças e práticas relacionadas a: quais alimentos são usados; como os alimentos são cultivados, plantados, distribuídos, preparados, servidos e ingeridos; tabus culturais)
Fatores sociais e psicológicos relacionados à emergência que afetam a segurança alimentar e a situação nutricional	<ul style="list-style-type: none">• Inversão nos papéis de gênero, no lar e as responsabilidades da família (por exemplo, falecimento do responsável pelo sustento da família)• Mudanças e interferências na liderança comunitária formal e informal (por exemplo, morte de um líder comunitário que poderia organizar a assistência)• Interferência às redes sociais informais que ajudam pessoas em risco (por exemplo, voluntários que cuidam de pessoas acamadas)• Falta de segurança (por exemplo, ataques às mulheres que coletam lenha)

	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da capacidade das pessoas em oferecer alimentos aos seus dependentes (por exemplo, quando a pessoa sofre de depressão grave) • Desorientações graves que impedem que as pessoas tenham acesso a alimentos (por exemplo, devido a transtornos mentais e neurológicas graves) • Temor que dificulta com que pessoas ou grupos tenham acesso a alimentos (por exemplo, por causa de informação incorreta, perseguição política ou crenças sobrenaturais relacionadas à emergência) • Perda de apetite (por exemplo, devido a tristeza profunda pela perda de membros da família)
<p>Influência da fome e da insegurança alimentar na saúde mental e bem-estar psicossocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos mentais ou cognitivos graves, principalmente em crianças pequenas (por exemplo, devido a deficiência nutricional crônica e a falta de estímulo social e emocional) • Práticas prejudiciais para ajudar a enfrentar situações (por exemplo, venda de bens de valor, negociação de relações sexuais em troca de alimentos, interrupção os estudos das crianças, abandono de membros da família mais vulneráveis como crianças) • Conflitos interpessoais ou de grupos por quebra da lei e da ordem (por exemplo, brigas para disputar recursos) • Perda da esperança para o futuro (por exemplo, em situações de conflito armado prolongado) • Sentimento de desamparo e desmotivação (por exemplo, depois da perda da vontade de viver) • Comportamento agressivo (por exemplo, em situações percebidas como injustas quanto ao direito ou distribuição de alimentos)

O manual do *Projeto Esfera* apresenta os padrões gerais de segurança alimentar, nutrição e assistência alimentar em emergências. As Ações Principais descritas abaixo auxiliam nas considerações sociais e psicológicas pertinentes ao cumprimento dessas normas

Ações Principais

1. Avaliar quais os fatores psicossociais relacionados à segurança alimentar, nutrição e auxílio alimentar.

- Analisar os dados disponíveis sobre os diagnósticos da situação da alimentação e nutrição, e sobre saúde mental e apoio psicossocial (ver [Lista de Ações 2.1](#)). Se for necessário, iniciar novos diagnósticos sobre os principais fatores sociais e psicológicos relacionados à assistência alimentar e nutricional (ver tabela acima).

- Os relatórios de diagnóstico da situação dos alimentos e da nutrição devem ser compartilhados com os grupos de coordenação (ver [Lista de Ações 1.1 e 2.1](#)) e devem indicar:
 - Como e até que ponto a insegurança alimentar e a desnutrição afetam o estado psicossocial e a saúde mental, e vice-versa (veja também a norma 2 sobre o apoio geral sobre nutrição para grupos em situação de risco, do Projeto Esfera e as normas 1 e 2 para diagnóstico e análise da situação da segurança alimentar e nutrição);
 - Quais fatores psicológicos e socioculturais devem ser considerados no planejamento, implementação e monitoramento das intervenções de assistência alimentar e nutricional.

2. Maximizar a participação no planejamento, na distribuição e na continuidade da assistência alimentar.

- Possibilitar a participação ampla e significativa das comunidades beneficiadas no diagnóstico, planejamento, distribuição e monitoramento (ver [Lista de Ações 5.1](#))
- Maximizar a participação de grupos vulneráveis, marginalizados e menos visíveis (ver [capítulo 1](#)).
- Priorizar a participação das mulheres em todas as fases da assistência alimentar. Na maioria das sociedades, as mulheres são administradoras dos alimentos do seu lar e contribuem para que a assistência alimentar alcance todos os beneficiários sem consequências indesejadas.
- Considerar a possibilidade de utilizar a assistência alimentar para criar e/ou restaurar redes informais de proteção social como, por exemplo, a distribuição de mantimentos por voluntários que ofereçam assistência a domicílio (ver também [Lista de Ações 3.2](#))

3. Maximizar a segurança e proteção na implementação da assistência alimentar.

- Dar atenção especial ao risco da distribuição de alimentos poder ser utilizada para razões políticas ou que possa marginalizar determinadas pessoas ou criar conflitos.
- Evitar o mal planejamento, procedimentos inadequados de inscrições e a falta de disseminação da informação, os quais podem criar tensões e algumas vezes resultar em violência e brigas.
- Adotar todas as precauções possíveis para prevenir o mal uso e abuso da assistência alimentar e evitar que os encarregados da assistência ou as pessoas em posição de poder troquem alimentos por relações sexuais (ver [Lista de Ações 4.2](#) e [Lista de Ações 6.1](#) do IASC Guidelines on Gender-Based *Violence Interventions in Humanitarian Settings* [*Diretrizes do IASC para intervenções em casos de Violência de Gênero em situações de emergências*])

4. Providenciar para que a assistência alimentar seja realizada de maneira culturalmente apropriada protegendo a identidade, integridade e dignidade dos principais interessados.

- Respeitar as práticas religiosas e culturais relacionadas aos produtos alimentícios e sua preparação, desde que tais práticas sejam compatíveis com os direitos humanos e contribuam para a restauração da identidade, integridade e dignidade das pessoas.
- Evitar a discriminação, reconhecendo que algumas regras e tradições locais podem discriminar contra determinados grupos, como o de mulheres. Os organizadores da assistência alimentar têm a responsabilidade de identificar discriminação e fazer com que a assistência alcance todos os destinatários previstos.
- Oferecer alimentos adequados e aceitáveis junto a condimentos e utensílios de cozinha que possam ter significados culturais especiais (ver também as normas de planejamento de assistência alimentar 1 e 2 do *Projeto Esfera*).
- Compartilhar informações importantes de maneira adequada (ver [Lista de Ações 8.1](#)). Caso os beneficiários não estejam familiarizados com certos alimentos, é preciso oferecer instruções para a preparação correta.

5. Colaborar com os serviços de saúde e outras entidades de apoio para o encaminhamento para os serviços pertinentes.

- Utilizar os programas de alimento e nutrição como um possível ponto inicial para identificar pessoas ou grupos que precisam de urgente apoio social ou psicológico.
- Para orientação específica sobre como facilitar o estímulo das crianças pequenas em crises alimentares, pode-se consultar a Lista de Referências WHO (OMS, 2006).
- Garantir que os encarregados dos programas de assistência e nutrição alimentar saibam para onde e como encaminhar as pessoas com distúrbios sociais e psicológicos graves.
- Conscientizar as populações afetadas e os encarregados da assistência alimentar de que algumas deficiências de micronutrientes podem prejudicar o desenvolvimento cognitivo das crianças e o desenvolvimento fetal.
- Ajudar os trabalhadores de assistência alimentar e nutricional a compreender as implicações médicas da desnutrição grave.
- Identificar e encaminhar pessoas com risco moderado ou grave de desnutrição aos serviços especiais (centros de alimentação complementares ou terapêuticos, respectivamente; veja também as normas 1 a 3 do *Projeto Esfera*, sobre como corrigir a desnutrição; e a [Lista de Ações 5.4](#))

- Dar atenção especial a mulheres grávidas e lactantes para a prevenção de deficiências de micronutrientes.
- Considerar se é apropriado iniciar programas alimentares nas escolas para abordar o risco de desnutrição nas crianças (ver [Lista de Ações 7.1](#)).

6. Estimular discussões nas comunidades para planejamento da segurança alimentar a longo prazo.

Haja vista que a assistência alimentar é o único meio de promover nutrição e segurança alimentar, considera-se como alternativas:

- Transferências diretas de dinheiro, trabalho remunerado e atividades que geram rendas;
- Programas comunitários de assistência alimentar e meio de vida, que contribuam para reduzir a sensação de desamparo e desmotivação e envolvam a comunidade na recuperação socioeconômica.

Referências principais

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and food security'. In: Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.231-275. <http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
2. Engle P. (1999). 'The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth, and Development: South and Southeast Asia'. In: Asian Development Review, vol. 17 nos. 1, 2, pp.132-167. <http://www.adb.org/Documents/Periodicals/ADR/pdf/ADR-Vol17-Engle.pdf>
3. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Lista de Ações 6.1: Implement safe food security and nutrition programmes, pp.50-52. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
4. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Food Security, Nutrition and Food Aid, pp.103-203. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. WHO (2006). Mental Health And Psychosocial Well-Being Among Children In Severe Food Shortage Situations. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

Exemplos de indicadores de processo

- Os diagnósticos de situações de nutrição e assistência alimentar, e o planejamento de programas levam em consideração os aspectos sociais e psicológicos.
- Existem mecanismos efetivos para comunicação e abordagem dos assuntos relacionados à nutrição e assistência alimentar.
- Os coordenadores de assistência alimentar estão conectados aos mecanismos de coordenação psicossocial e comunicam ativamente as informações relevantes aos trabalhadores em campo.

Exemplo: Afeganistão, 2002

- Uma ONG Internacional ofereceu assistência alimentar para 10.000 viúvas afetadas pela guerra, sendo que algumas tinham problemas psicológicos graves como depressão e eram incapazes de se manter estáveis por serem o único sustento econômico do seu lar.
 - A ONG associou-se a uma outra entidade especializada em aconselhamento psicossocial, encaminhou as mulheres gravemente afetadas para receberem apoio e continuou incluindo essas mulheres no programa de assistência alimentar.
 - Os representantes das populações afetadas participaram no planejamento e monitoramento da distribuição de alimentos, ajudando a criar melhorias que promoveram a dignidade e a identidade dos residentes locais.
-

Lista de Ações

Incluir considerações sociais específicas sobre o planejamento dos espaços e o fornecimento de abrigos (segurança, dignidade, assistência cultural e socialmente apropriada)

Função: Abrigos e planejamento dos espaços

Fase: Resposta mínima

Histórico

A provisão de abrigos seguros e adequados em situações de emergência pode salvar vidas, reduzir a mortalidade e possibilitar que as pessoas vivam dignamente, reduzindo o estresse excessivo. A participação das pessoas afetadas pelas emergências nas decisões relacionadas ao planejamento de abrigos e do local reduz o senso de desamparo percebido em muitos abrigos, promove o bem-estar das pessoas (ver [Lista de Ações 5.1](#)), e contribui para assegurar a todos os membros da família acesso a um abrigo culturalmente apropriado. A participação das mulheres no planejamento e layout dos abrigos de emergências e temporários é vital para que se prestem atenção às necessidades de gênero, privacidade e proteção. A participação de pessoas deslocadas também promove a autoajuda, a resiliência e o espírito comunitário; e incentiva o gerenciamento local das instalações e infraestrutura.

Pode-se pensar em uma variedade de opções de campos e abrigos em uma situação de emergência. As decisões iniciais sobre a localização e layout dos locais, incluindo os que são organizados pelos próprios refugiados, podem causar impactos a longo prazo na proteção e na prestação de assistência humanitária. Embora os campos ou centros coletivos sejam, frequentemente, a única opção para as pessoas deslocadas, em algumas situações, elas podem se alojar com famílias locais que oferecem acomodações, bem como apoio social. Essa é uma opção útil, desde que sejam melhorados os serviços oferecidos para apoiarem as famílias anfitriãs.

A organização dos locais e dos abrigos pode ter um grande impacto no bem-estar, o qual é reduzido devido à superlotação e pela falta de privacidade comum em campos e outros ambientes. Problemas de saúde mental e psicossocial podem surgir quando as pessoas estão isoladas de sua própria família ou comunidade ou quando são forçadas a viverem com pessoas que não conhecem, que falam outros idiomas ou que despertam medo ou suspeita. Também estão em riscos os idosos, as mulheres solteiras, pessoas com necessidades especiais e famílias chefiadas por crianças, pois não estão em condições de construir, alugar ou proteger seu próprio abrigo. Normalmente, os conflitos entre as próprias pessoas deslocadas ou entre elas e as comunidades anfitriãs sobre recursos escassos, como espaço ou água, podem ser um problema significativo, e os coordenadores do local devem minimizar esses possíveis riscos.

O Manual Esfera descreve normas gerais importantes sobre abrigos e acampamentos em situação de emergência. As ações principais abaixo dão orientações sobre aspectos sociais relevantes para o cumprimento dessas normas.

Ações principais

1. Usar uma abordagem participativa que envolva mulheres e pessoas em risco no diagnóstico da situação, planejamento e implementação.

- Realizar diagnósticos participativos da situação (ver [Lista de Ações 2.1](#)) com uma ampla gama de pessoas afetadas, incluindo as que correm riscos especiais (ver [Capítulo 1](#)).
- Centralizar os diagnósticos iniciais da situação em questões fundamentais, como as necessidades culturais do abrigo; onde serão preparadas as alimentações, se em um local fechado, como será feita a ventilação; questões de privacidade e proximidade com os vizinhos; acessibilidade aos sanitários para as pessoas com mobilidade restrita; quanta luz é necessária, caso seja realizada atividades remuneradas nas acomodações; etc.
- Determinar as melhores soluções para os problemas do abrigo levando-se em conta todos os membros da comunidade, visando a redução de possíveis fontes de problemas e preocupações para os habitantes.
- Organizar apoio para pessoas que não podem construir suas próprias acomodações.

2. Selecionar lugares que protejam a segurança e minimizem os conflitos com os residentes permanentes.

- Consultar o governo local e as comunidades vizinhas para assegurar que o terreno não esteja sendo usado pela comunidade local para pastagens ou plantações e compreender outras questões de posse de terras.
- Garantir que, como parte do processo de identificação e seleção do local, se inclua uma pesquisa ambiental que analise a base dos recursos naturais na região e oriente a gestão ambiental apropriada. A falta deste requisito pode causar a degradação ambiental e conflitos devidos à falta de recursos naturais, como alimentos e bebidas. A realização de uma pesquisa também pode garantir que o acesso de residentes permanentes a esses recursos não esteja em risco.
- Consultar, em particular, as mulheres sobre as condições de privacidade e segurança, incluindo o acesso sem obstáculos e seguro aos recursos locais (por exemplo, lenhas) para cozimento de alimentos ou aquecimento e acesso a sanitários (para mais orientações consulte *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings* (Diretrizes para intervenções em casos de Violência de Gênero em situações humanitárias. Genebra. IASC)). Quando for preciso, centralizar as instalações para o preparo de alimentos; tais lugares devem ser próximos aos abrigos.

- Selecionar e fazer o layout dos locais de forma que permita o acesso fácil e seguro para os serviços comunitários (por exemplo, serviços de saúde, pontos de distribuição de alimentos, fontes de água, mercados, escolas, lugares de adoração, centros comunitários, fontes de combustível, áreas de lazer e de eliminação de resíduos sólidos).

3. Incluir espaços seguros de uso comum nos layouts e construções dos locais.

Desenvolver espaços de uso comum que ofereçam segurança psicológica e que apoiem as atividades sociais, culturais, religiosas e educacionais (ver [Listas de Ações 5.1 e 3.2](#)) e a disseminação de informações (ver [Lista de Ações 8.1](#)). Esses lugares protegidos devem incluir espaços apropriados onde as crianças possam se reunir para brincar (ver [Listas de Ações 5.4 e 7.1](#)).

4. Elaborar e usar um sistema efetivo de documentação e registro.

Todas as partes interessadas devem elaborar um sistema comum de registro e documentação individual que auxilie no estabelecimento do planejamento e layout do abrigo, ao mesmo tempo, protegendo a confidencialidade dos dados. Esse sistema de documentação deve incluir dados discriminados por idade e sexo.

5. Distribuir abrigos e terra de maneira imparcial e não discriminatória.

- Mapear a diversidade (faixas etárias, sexo, grupos étnicos etc.) entre a população afetada para tratar as necessidades de cada grupo, quando apropriado.
- Assegurar que a distribuição de abrigos e terras para todas as famílias e agregados familiares ocorra de forma imparcial, sem preferências baseadas em grupos étnicos, sexo, religião, opinião política ou de outro âmbito, origem social ou nacional, bens, lugar de nascimento ou outros.

6. Maximizar a privacidade, a liberdade de acesso e o apoio social.

- Enfatizar que os abrigos devem ser de tamanhos que maximize a privacidade, além de promover a visibilidade e liberdade de acesso. Os abrigos de emergências de grande porte devem incluir divisórias para aumentar a privacidade e reduzir o barulho.
- Assegurar que as pessoas possam se locomover facilmente pelos grupos de abrigos ou ao redor deles sem invadir a privacidade dos demais ou causar grandes problemas.
- Sempre que possível, evitar separar as pessoas que desejam ficar juntas a membros de sua família, aldeia, grupos étnicos ou religiosos.
- Facilitar que a família reunificada viva junta.

- Facilitar a provisão de abrigos a pessoas isoladas, vulneráveis, que vivem sozinhas devido a transtornos mentais ou necessidades especiais.

7. Equilibrar a flexibilidade e proteção na organização de abrigos e locais.

- Reconhecer que, em certas situações, é necessário organizar acampamentos; entretanto, as pessoas deslocadas, frequentemente, preferem ficar com famílias anfitriãs em abrigos improvisados por elas mesmas ou, às vezes, em hotéis, escolas ou outras instalações comunitárias disponíveis.
- Na medida do possível, permitir que as pessoas escolham a localização de seus abrigos e a disposição em relação a vizinhos. Isto ajuda com que as pessoas vivam de acordo com seus próprios objetivos, culturas e valores e recuperem o senso de controle e de oportunidades de subsistência, os quais apoiam o bem-estar psicossocial.
- Advertir pessoas para não morarem em condições de risco, caso haja alternativas mais seguras.

8. Evitar criar uma cultura de dependência entre as pessoas deslocadas e promover soluções duráveis.

- Estabelecer acampamentos de grande porte ou semipermanentes apenas quando absolutamente necessários e assegurar, sempre que possível, que haja um equilíbrio entre a segurança e a distância do local de origem.
- Usar materiais de construção localmente conhecidos para que as próprias famílias possam fazer reparos e que evitem a dependência de ajuda externa.
- Encorajar o regresso ao local de origem e o reassentamento de pessoas o mais rapidamente possível como solução duradoura, e oferecer apoio às famílias que queiram retornar a seus locais de origem e o possam fazer.
- Assegurar o fornecimento de serviços não somente nos campos, mas também nas áreas de regresso.
- Prestar atenção para que se mantenham intactas as estruturas sociais de apoio.

Referências principais

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) [2003]. 'Participatory Habitat and Shelter Programmes'. In Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp. 295-314.

http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf

2. IASC [2005]. Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Action Sheets 7.1, 7.2, 7.3 on settlement and shelter, pp.53-60. Geneva: IASC.

http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp

3. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response Minimum Standards in Shelter, Settlement and Non-Food Items, pp.203-249. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
4. UN Habitat (2003). Toolkit for Mainstreaming Gender in UN-Habitat Field Programmes. http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1267_94527_Iraq_Gender.pdf
5. UNHCR Handbook for Emergencies (2000). Chapter 1. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opedoc.pdf?tbl=PUBL&id=3bb2fa26b>
6. UNHCR Environmental Guidelines (2005). www.unhcr.org/environment
7. UNHCR Tool for Participatory Assessment in Operations (2006). <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opedoc.html?tbl=PUBL&id=450e963f2>
8. Women's Commission on Refugee Women and Children (2006). 'Beyond firewood: Fuel alternatives and protection strategies for displaced women and girls'. <http://www.womenscommission.org/pdf/fuel.pdf>

Exemplos de indicadores de Processo

- Os membros da comunidade local, em particular, as mulheres, participam da concepção e layout do abrigo e na seleção de materiais usados para a construção.
- As pessoas impossibilitadas para construir suas acomodações recebem apoio para isso.
- O abrigo é organizado de maneira que maximize a privacidade e minimize a superlotação.

Exemplo: Libéria, 2004 e Timor Leste, 2006

- No Timor Leste (em 2006), na Libéria (2004) e em diversas outras emergências, a privacidade das pessoas deslocadas foi ampliada ao agruparem as acomodações de 10 a 20 famílias em forma de U ao redor da área comum.
- Para melhorar a privacidade, as acomodações foram colocadas formando ângulos com seus vizinhos. Nenhuma porta de entrada estava diretamente à frente a de outra pessoa, e nenhuma acomodação bloqueava a vista direta de outras acomodações. Cada um abria sua porta para a área comum, a qual incluía áreas de lazer e preparação de alimentos; e conservaram as árvores para sombra e proteção ambiental. A limpeza dessas áreas comuns era responsabilidade da comunidade.
- Cada acomodação tinha um pátio privado ao fundo para guardar coisas, lavar roupas, cultivar alimentos, cozinhar etc. As fontes de águas e sanitários ficavam próximos e eram visíveis da área comum para prevenir o risco de violência de gênero.

Lista de Ações 11.1

Incluir considerações sociais sobre o fornecimento de água e saneamento (segurança, dignidade e acesso culturalmente apropriado a todos)

Função: Abastecimento de água e saneamento

Fase: Resposta mínima

Histórico

Em situações de emergência, a provisão de acesso à água potável e segura e às instalações sanitárias e de higiene apropriadas são de alta prioridade, não somente para a sobrevivência, como também para a restauração da dignidade. O modo em que a assistência humanitária é oferecida tem um grande impacto na população afetada. Deve-se envolver a comunidade, aplicando um enfoque participativo de ajuda que promova uma coesão comunitária e que permita que as pessoas recuperem o senso de controle de suas vidas.

Dependendo da maneira em que se realizam, os apoios no abastecimento de água e saneamento podem melhorar ou prejudicar a saúde mental e o bem-estar psicossocial. Em alguns casos, sanitários mal iluminados ou sem travas podem se tornar lugares de violência de gênero, incluindo abusos sexuais. Por outro lado, conflitos em fontes de águas podem se tornar uma significativa fonte de estresse. Parte desse estresse sofrido em relação ao abastecimento de água e saneamento tem origens culturais. No Afeganistão, por exemplo, meninas e mulheres relataram que a falta de sanitários separados apenas para mulheres era motivo de grande preocupação, haja vista que expor qualquer parte de seus corpos é um ato punível e poderia envergonhar ou desonrar suas famílias.

O *Manual Esfera* descreve normas gerais para o abastecimento de água e saneamento em emergências. As ações principais indicadas abaixo oferecem uma orientação sobre as considerações psicossociais pertinentes a essas normas.

Ações principais

1. Incluir aspectos sociais e culturais no diagnóstico da situação de abastecimento de água e saneamento e avaliações de promoção de higiene.

Em muitos países, há normas culturais estritas e tabus relacionados ao uso de sanitários e a eliminação de resíduos humanos. A falta de atenção a normas culturais pode levar a construção de sanitários ou fontes de águas que nunca são usados. Prestar atenção às normas culturais e sociais ajudará a minimizar o estresse da adaptação a ambientes não familiares e às diferentes formas de desempenhar as tarefas diárias. Por essas razões, as equipes de diagnóstico da situação não somente devem ter conhecimento técnicos de abastecimento de água e saneamento, assim como devem familiarizar-se com os aspectos psicossociais da resposta para a emergência.

2. Permitir a participação dos interessados no diagnóstico da situação, planejamento e implementação das iniciativas, envolvendo, especialmente as mulheres e outras pessoas em situação de risco.

- Envolver os membros da população afetada, especialmente as mulheres, pessoas com necessidades especiais e idosos nas decisões sobre a localização e o layout dos sanitários e, se possível, das fontes de águas e áreas para banho. Isto talvez não seja sempre possível devido à rapidez com que as instalações devem ser providenciadas, porém consultar a comunidade deve ser a regra e não a exceção.
- Estabelecer um grupo para supervisionar as tarefas de abastecimento de água e saneamento. Isso pode ser feito, organizando comitês locais para assuntos relacionados ao abastecimento de água com números equilibrados de homens e mulheres, selecionados pela comunidade e que incluam representantes de diversos subgrupos da população afetada.
- Encorajar os comitês responsáveis pela água a (a) trabalharem de maneira proativa para restaurarem a dignidade no abastecimento de água e saneamento, (b) reduzirem a dependência a agências de assistência e (c) a criarem um senso de propriedade dos beneficiários que os leve a usar e a cuidar dessas instalações. Considerar a possibilidade de estabelecer incentivos para os comitês de água e tarifas para os usuários, lembrando que há tanto possíveis vantagens como desvantagens e precisam ser avaliadas com atenção no contexto local.

3. Promover segurança e proteção em todas as atividades relativas ao abastecimento de água e saneamento.

- Garantir que haja fontes de água adequadas em lugares próximos e acessíveis a todos, incluindo às pessoas vulneráveis, como as que têm mobilidade limitada.
- Fazer com que os tempos de espera sejam suficientemente breves para não interferirem nas atividades essenciais, como a presença de crianças na escola.
- Assegurar que os sanitários e áreas para banhos sejam privados e culturalmente aceitáveis e que os poços de água sejam tampados para evitar riscos para as crianças.

4. Prevenir e gerenciar os conflitos de maneira construtiva.

- Quando houver um número importante de pessoas deslocadas, é preciso adotar medidas para evitar a redução no abastecimento de água disponível para as comunidades anfitriãs, resultando na sobrecarga de outros recursos.
- Considerar a possibilidade de reduzir os conflitos entre os grupos de pessoas deslocadas que vivem nos acampamentos ou entre as pessoas deslocadas e os residentes locais permanentes,

encorajando os grupos em desacordo a colaborarem na construção de um poço de água de uso comum.

- Prevenir conflitos nos pontos de água, solicitando que os comitês responsáveis pela água ou outros grupos comunitários que desenvolvam um sistema de prevenção e gerenciamento de conflitos, por exemplo, estabelecendo um sistema de acesso rotativo entre as famílias.

5. Promover a higiene pessoal e da comunidade.

- Fornecer acesso às mulheres a absorventes de pano ou a outros materiais de higiene íntima (a ausência desses itens pode criar um estresse significativo) e a espaços apropriados onde podem lavar-se e secar-se. Consultar as mulheres sobre suas necessidades em relação a áreas especiais para lavarem seus absorventes de pano e oferecer apoio técnico para o design dessas áreas. Quando o abastecimento de água não for suficiente para lavarem esses itens, providenciar materiais higiênicos alternativos (para mais informações consultar a [Lista de Ações 7.4](#) das *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings* [Diretrizes do IASC para intervenções em casos de Violência de Gênero em situações de emergências]).
- Incentivar a comunidade a realizar campanhas de limpeza e difundir orientações sobre noções de higiene.
- Distribuir sabonetes e outros artigos de higiene, de acordo com as necessidades das mulheres, homens, crianças, incluindo pessoas com necessidades especiais e idosos.
- Iniciar atividades dirigidas por crianças e para elas de abastecimento de água e saneamento que sejam interativas e divertidas, como a organização de lavagens de mãos em grupos antes das refeições. Essas atividades podem ser feitas nas escolas ou em espaços reservados para as crianças, caso estejam disponíveis.

6. Facilitar a vigilância da comunidade e estar aberto para sugestões e críticas sobre as instalações de água e saneamento.

- Possibilitar a vigilância comunitária para determinar o nível de segurança e conhecer e responder às preocupações que possam surgir. Garantir que exista um mecanismo de *feedback* para que as partes interessadas possam relatar problemas ou preocupações ao comitê de águas ou às agências responsáveis pelas atividades de abastecimento de água e saneamentos. Esse mesmo mecanismo pode ser usado para manter a população afetada informada sobre a organização das instalações e serviços.
- Supervisionar os locais e instalações para que estejam limpos e em boa conservação. A limpeza das instalações ajuda a restaurar a dignidades das pessoas afetadas.

- Perguntar às pessoas afetadas, incluindo às crianças e às pessoas em risco (ver capítulo 1), sobre suas percepções em relação ao acesso ao abastecimento de água e saneamento e à qualidade desses serviços e pedir também que expressem suas preocupações e sugestões.

Referências principais

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and water/sanitation programmes'. In: Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.275-294. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
2. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Action Sheet 7.4: Provide sanitary materials to women and girls, p.61. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
3. Jones H. and Reed B. (2005). Access to Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups. <http://wedc.lboro.ac.uk/publications/details.php?book=1%2084380%20079%209>
4. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Water, Sanitation and Hygiene Promotion, pp.51-102. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. UNHCR. (2000). Handbook for Emergencies. <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/3bb2fa26b.pdf>
6. University of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). Topic 14 – Environmental Health: Water, Sanitation, Hygiene, and Vector Management. <http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html>

Exemplos de indicadores de processo

- Em uma reunião mensal estruturada como grupo focal, mais de dois terços das mulheres expressaram satisfação em relação à segurança e à privacidade das instalações sanitárias.
- Foram estabelecidos comitês responsáveis pela água, os quais incluíam tanto homens como mulheres e que se reuniam regularmente.
- Não houve relatos de conflitos entre as comunidades anfitriãs e as de pessoas deslocadas.

Exemplo: Paquistão, 2005

- Durante a resposta ao terremoto ocorrido em 2005 na Província da fronteira noroeste, uma ONG internacional construiu áreas cobertas especiais para mulheres onde elas podiam ir a sanitários, tomar banhos e dar banhos nas crianças, lavar roupas e absorventes de pano sem serem vistas por estranhos.
- Esses espaços permitiram que as mulheres pudessem se encontrar e conversar em um ambiente seguro e que considerou as normas culturais.
- As mulheres disseram que isso reduziu grandemente o estresse e a ansiedade de viverem em um acampamento de pessoas deslocadas.

As Diretrizes do IASC para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências refletem as contribuições de inúmeras agências e profissionais em todo o mundo e oferecem informações valiosas para pessoas e organizações sobre como responder apropriadamente durante emergências humanitárias.

Lista de ações específicas para oferecer orientações úteis sobre saúde mental e apoio psicossocial e abranger as seguintes áreas:

- Coordenação
- Diagnóstico da situação, Monitoramento e Avaliação
- Padrões e Normas dos Direitos Humanos
- Recursos Humanos
- Mobilização e Apoio à Comunidade
- Serviços de Saúde
- Educação
- Disseminação de Informações
- Nutrição e Segurança alimentar
- Abrigo e planejamento dos espaços
- Abastecimento de Água e Saneamento

As diretrizes incluem uma matriz com orientações para o planejamento de emergência, ações a serem tomadas nas fases iniciais de emergência e respostas abrangentes necessárias nas fases de recuperação e reabilitação. A matriz é uma ferramenta valiosa para o uso nos esforços de coordenação, colaboração e defesa de interesses. Ela fornece uma estrutura para mapear a extensão a que estão sendo implementadas as primeiras respostas essenciais durante uma emergência.

As Diretrizes incluem um CD-ROM que contém as Diretrizes completas, bem como documentos para consulta em formato eletrônico.

Publicadas pelo Comitê Permanente Interagências (IASC), as Diretrizes oferecem aos atores humanitários orientações interagências, intersetoriais e ferramentas úteis para responderem de forma efetiva em situações de emergência humanitária.