

DIRETRIZES EM SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL



**DIRETRIZES
EM SAÚDE
MENTAL E APOIO
PSICOSSOCIAL**

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| PREFÁCIO | 4 |
| AGRADECIMENTO | 5 |
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| Saúde mental e apoio psicossocial em conflito armado e outras situações de violência | 8 |
| O objetivo deste documento | 10 |
| Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho | 10 |
| Princípios gerais que orientam as intervenções de SMAPS | 10 |
| 1. Defender a humanidade, a imparcialidade e a não discriminação | 11 |
| 2. Garantir a participação da comunidade e a sensibilização cultural | 11 |
| 3. Cumprir com a ética médica e da assistência à saúde | 12 |
| 4. Prestar atendimento de qualidade segundo os padrões internacionalmente aceitos | 12 |
| 5. Garantir a continuidade do atendimento | 12 |
| A estrutura do programa SMAPS do CICV | 12 |
| Principais objetivos | 12 |
| Ações facilitadoras | 13 |
| Tipos de intervenção | 13 |
| Respostas do programa SMAPS do CICV a situações traumáticas | 15 |
| Monitoramento e avaliação com base em evidências | 16 |
| Exigências do programa | 17 |
| Equipe SMAPS no terreno | 17 |
| Duração dos programas | 18 |
| 2. FAMÍLIAS DE PESSOAS DESAPARECIDAS | 21 |
| Pontos de preocupação | 22 |
| Necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 23 |
| Resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 25 |
| Avaliação de necessidades | 27 |
| Elaboração e implementação do programa | 28 |
| Público-alvo | 28 |
| Objetivos específicos | 28 |
| Métodos | 29 |
| Monitoramento e avaliação | 32 |
| Principais desafios para a implementação do programa | 35 |
| 3. VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA | 37 |
| Pontos de preocupação | 38 |
| Necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 40 |
| Resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 42 |
| Avaliação de necessidades | 42 |
| Elaboração e implementação do programa | 45 |
| Público-alvo | 48 |
| Objetivos específicos | 49 |
| Métodos | 50 |
| Monitoramento e avaliação | 54 |
| Principais desafios para a implementação do programa | 57 |

| | |
|--|------------|
| 4. CUIDADORES..... | 59 |
| Pontos de preocupação..... | 60 |
| Necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 62 |
| Resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 64 |
| Avaliação de necessidades..... | 65 |
| Elaboração e implementação do programa..... | 66 |
| Público-alvo..... | 66 |
| Objetivos específicos..... | 67 |
| Métodos | 67 |
| Monitoramento e avaliação | 70 |
| Principais desafios para a implementação do programa..... | 71 |
| 5. PACIENTES HOSPITALIZADOS COM FERIDAS POR ARMAS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA..... | 73 |
| Pontos de preocupação..... | 74 |
| Necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 75 |
| Resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 76 |
| Avaliação de necessidades..... | 77 |
| Elaboração e implementação do programa..... | 78 |
| Público-alvo..... | 78 |
| Objetivos específicos..... | 78 |
| Métodos | 79 |
| Monitoramento e avaliação | 81 |
| Principais desafios para a implementação do programa..... | 83 |
| 6. PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E EX-DETENTOS | 85 |
| Pontos de preocupação..... | 86 |
| Necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 88 |
| Resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 89 |
| Avaliação de necessidades..... | 90 |
| Elaboração e implementação do programa..... | 91 |
| Público-alvo..... | 91 |
| Objetivos específicos..... | 92 |
| Métodos | 92 |
| Monitoramento e avaliação | 94 |
| Principais desafios para a implementação do programa..... | 97 |
| 7. POPULAÇÕES AFETADAS POR SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA..... | 99 |
| Pontos de preocupação..... | 100 |
| Necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 101 |
| Resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial | 101 |
| Avaliação de necessidades..... | 102 |
| Elaboração e implementação do programa..... | 103 |
| Público-alvo..... | 103 |
| Objetivos específicos..... | 103 |
| Métodos | 104 |
| Monitoramento e avaliação | 105 |
| Principais desafios para a implementação do programa..... | 105 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 107 |

PREFÁCIO

A guerra e a violência destroem comunidades e países no mundo todo, e têm um impacto devastador sobre a saúde mental e o bem-estar psicossocial de milhões de pessoas. Levam ao colapso de sistemas e infraestrutura locais. Como resultado, a assistência adequada quase nunca está disponível quando as pessoas mais precisam dela. A vida das pessoas afetadas por conflitos e violência está em risco e elas podem ser obrigadas a se deslocar, podem perder entes queridos ou ser feridas – entre outras coisas – o que torna importante a disponibilidade de atendimento médico para problemas físicos e psicológicos.

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) desenvolveu essas diretrizes para delinear a abordagem da organização em termos de saúde mental e apoio psicossocial durante e depois de conflitos armados e outras situações de violência. Essas diretrizes internas proporcionam uma estrutura para harmonizar programas de saúde mental e apoio psicossocial dentro da organização, combinando recomendações e práticas internacionais baseadas em evidências com o conhecimento das equipes do CICV no terreno. Busca assegurar a qualidade das intervenções do CICV de modo a aliviar de maneira eficaz o sofrimento das pessoas e melhorar a sua capacidade de funcionar no dia a dia, apoiar mecanismos de enfrentamento individuais e coletivos, e prevenir qualquer tipo de dano adicional.

Esta publicação oferece uma síntese programática de saúde mental e apoio psicossocial orientada à necessidade. Descreve pontos de preocupação, métodos de avaliação de necessidades específicas do programa, suas principais atividades e estratégias de implementação, além de processos de monitoramento e avaliação. Ao compartilhar essas diretrizes com um público externo, o CICV visa a aumentar a conscientização quanto à sua abordagem entre profissionais e outras partes interessadas, bem como promover padrões de programa operacionais e profissionais coerentes através de uma visão do seus processos estratégicos e práticas no terreno. *No entanto, esta publicação não tem a intenção de servir de manual de treinamento para técnicas específicas em termos de saúde mental e apoio psicossocial.*

O CICV tem uma ampla experiência na área de saúde mental e apoio psicossocial. Os programas no terreno respondem às necessidades das famílias de pessoas desaparecidas, vítimas de violência (incluindo violência sexual), pessoas que foram feridas ou que agora têm uma deficiência decorrente do conflito, e as pessoas que proveem assistência dentro de uma comunidade afetada (cuidadores). A natureza abrangente dos capítulos dedicados a esses grupos reflete a vasta experiência humanitária e as lições aprendidas do CICV. Os capítulos sobre os programas SMAPS, que abordam as necessidades das pessoas que estão atualmente ou estiveram detidas, estabelecem o contexto teórico para as atividades mais recentes, que serão desenvolvidas no futuro.

Dada a experiências do CICV na resposta a diversas necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial em um cenário humanitário em constante mudança, essas diretrizes estão elaboradas para serem adaptadas e aperfeiçoadas no futuro.

AGRADECIMENTO

Essas diretrizes foram desenvolvidas pela equipe do programa SMAPS do CICV com contribuições valiosas tanto dos colegas no terreno como de outros membros da Unidade de Saúde no Departamento de Operações na sede. Fortalecem uma riqueza de conhecimento e experiência adquiridos ao longo dos anos com pessoas afetadas por conflitos armados e outras situações de violência.

A equipe do programa de SMAPS gostaria de agradecer sinceramente a todos que revisaram e ajudaram a elaborar este documento, em particular aos colegas das divisões de Assistência e Proteção.



L. Savinelli/CCV

1. INTRODUÇÃO

SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL EM CONFLITO ARMADO E OUTRAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Os serviços do programa Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) desempenham um papel particularmente importante durante conflito armado e outras situações de violência¹ e emergências. A violência, o medo e a incerteza podem criar o caos e o esgotamento dos recursos da comunidade. Como resultado, as pessoas vivenciam um sofrimento psíquico que compromete o seu funcionamento diário e a sua interação social.

Os índices de problemas de saúde mental quase sempre aumentam durante esses períodos e os distúrbios pré-existentes podem também vir à tona ou serem exacerbados por conflitos ou violência. Embora as pessoas com distúrbios da saúde mental constituam um grupo particularmente vulnerável, quase sempre são negligenciadas.

A incidência de problemas psicossociais também aumenta de maneira significativa durante conflitos armados, outras situações de violência e emergências. A exposição à violência, a desestruturação do tecido social, a perda e/ou separação de familiares e amigos, a deterioração das condições de vida, a pobreza e o acesso limitado a um suporte adequado pode ter impacto de curto e longo prazo no bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades.

Neste documento, o termo “**saúde mental**” é usado para denotar o bem-estar psicológico. As intervenções de saúde mental visam a melhorar o bem-estar psicológico mediante a redução dos níveis de sofrimento psíquico, a melhora do funcionamento diário e a garantia de estratégias de enfrentamento eficazes. Tais intervenções são supervisionadas por um profissional de saúde mental e são destinadas a indivíduos, famílias ou grupos.

O termo “**psicossocial**” é usado para descrever a interconexão entre o indivíduo (isto é, a “psique” da pessoa) e o seu entorno, relações interpessoais, comunidade e/ou cultura (isto é, o contexto social). O apoio psicossocial é fundamental para manter uma boa saúde física e mental e proporcionar um mecanismo de enfrentamento para as pessoas durante momentos difíceis. As intervenções psicossociais constituem a espinha dorsal de qualquer resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial elaborada para fomentar a recuperação psicológica e inclui uma variedade de atividades sociais, como compartilhar experiências, fomentar o apoio social, a conscientização e a psicoeducação.

As necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial quase sempre excedem de forma significativa a capacidade de resposta dos serviços locais. As situações de conflito podem depois extenuar os já escassos ou inadequados recursos dos sistemas de saúde, debilitando a sua habilidade de prestar um atendimento de qualidade àqueles que mais precisam. A saúde mental e o atendimento psicossocial são quase sempre uma preocupação secundária em contextos de conflitos, onde os esforços de alívio iniciais em geral se concentram em questões de saúde mais imediatas e óbvias.

1 O termo “outras situações de violência” é usado para designar “situações nas quais a violência é cometida coletivamente, mas que se encontram abaixo do umbral do conflito armado. Essas situações são caracterizadas, em particular, pelo fato de que a violência é fruto da ação de um ou vários grupos constituídos de grande quantidade de pessoas. Os outros tipos de violência (interpessoal e contra si mesmo) não são o que o CICV entende como ‘outras situações de violência’ na sua declaração de missão.” Extraído de “O papel do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em situações de violência que não chegam ao umbral da violência armada”, *Revista Internacional da Cruz Vermelha*, Vol. 89396, Nº 893, março 2014, pp. 275-304.

Em situações nas quais os serviços SMAPS estão disponíveis, o acesso pode estar limitado pela localização geográfica ou restrições de segurança. As questões de raça, etnia, gênero, deficiência, necessidade de atendimento médico especial ou condição socioeconômica de uma pessoa podem ter um impacto no seu acesso ao atendimento. Mesmo onde o atendimento de saúde mental está disponível, o seu escopo tende a ser limitado e discriminatório. Além disso, existe uma tendência a ver todas as pessoas com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial como mentalmente doentes. Os profissionais de saúde não especializados podem carecer de conhecimentos e experiências específicas em termos de saúde mental e apoio psicossocial ou, de fato, do tempo necessário para adquirir essas habilidades para abordar o impacto da violência sobre a saúde mental e, além disso, especialistas em saúde mental e apoio psicossocial são escassos. As crenças sociais e culturais e/ou preconceitos relacionados com a saúde mental podem também desestimular os pacientes que buscam ajuda, já que podem enfrentar estigmas.²

Em resposta às necessidades no terreno e dada a crescente importância de atendimento em termos de saúde mental e apoio psicossocial, o CICV ampliou e diversificou os seus programas de assistência. Em 2004, a Política de Assistência do CICV³ incluiu a saúde mental como uma das nove áreas de saúde primária dentre as quais o CICV avalia as necessidades e implementa atividades de saúde. A organização foi, portanto, capaz de desenvolver um pequeno número de programas para atender as necessidades SMAPS. Ao longo do tempo, o CICV ampliou os seus programas SMAPS. Desta forma, a Estratégia de Saúde do CICV de 2014–2018 incluiu esse tema no seu objetivo, que visa a responder as necessidades novas e emergentes entre as pessoas afetadas por conflitos armados e outras situações de violência. De modo a garantir a continuidade do atendimento,⁴ os programas são, quando necessário, integrados à resposta geral de saúde.

Os programas SMAPS se referem a uma ampla variedade de intervenções que trabalham dificuldades psicológicas e psicossociais que podem ser desencadeadas ou exacerbadas por um conflito armado e outras situações de violência. Como as necessidades de saúde mental e apoio psicossocial estão indissociavelmente interligadas, uma intervenção efetiva deveria trabalhar ambos os componentes.

Os programas do CICV foram elaborados para fortalecer a capacidade local de modo a estabilizar e melhorar as condições de saúde mental e o bem-estar psicossocial de indivíduos e comunidades. Os programas SMAPS usam uma abordagem integral e multidisciplinar para trabalhar as necessidades específicas, como a prestação de apoio às famílias de pessoas desaparecidas, vítimas/sobreviventes de violência (incluindo crianças e vítimas de violência sexual), e as pessoas que estão ou estiveram detidas.

² O estigma é uma percepção de um atributo negativo por parte de uma pessoa em relação à outra pessoa ou grupo; o estigma leva à discriminação, ou seja, o ato de ser tratado de maneira diferente por causa desse atributo percebido como negativo. A maioria das intervenções em termos de saúde e apoio psicossocial se concentram em trabalhar o estigma. No entanto, se for necessário, a discriminação também pode ser trabalhada de maneira mais específica, em particular nos casos em que as pessoas com distúrbios psiquiátricos podem estar sofrendo maus-tratos físicos e/ou psicológicos devido à sua condição.

³ https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc_855_policy_ang.pdf

⁴ Continuidade de atendimento (definição do CICV): a continuidade do atendimento se refere a um sistema integrado que garante a uma pessoa o acesso seguro e em tempo hábil a serviços de saúde eficientes e imparciais. Relacionada com primeiros socorros, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar primário, hospital e reabilitação, incluindo saúde mental e apoio psicossocial, assim como os serviços de saúde em detenção, com sistemas de referências e contrarreferências que funcionam.

O OBJETIVO DESTES DOCUMENTOS

Essas diretrizes englobam padrões e práticas SMAPS baseadas em evidências que são internacionalmente reconhecidas, além de combinarem o conhecimento, a experiência e os pontos de vistas de profissionais de saúde mental que trabalharam em conflitos armados e outras situações de violência. Foram elaboradas para serem adaptadas e desenvolvidas com o tempo, e estabelecem um alicerce de princípios éticos, definições comuns e procedimentos recomendados para serem aplicados às atividades SMAPS que o CICV realiza nessa área.

Os programas SMAPS do CICV oferecem serviços psicológicos e psicossociais usando modelos de prestação adaptados a países e contextos específicos, através dos quais os grupos-alvos, recursos humanos, esforços de sensibilização e forma como essas atividades se relacionam e se complementam com outras atividades do CICV variam de programa para programa.

Dada a ampla variedade de contextos no qual o CICV opera, os programas SMAPS adequados e efetivos precisam se basear em padrões profissionais comuns e adaptados a contextos específicos. Não adotar uma abordagem coerente poderia prejudicar as próprias pessoas e comunidades que o CICV busca ajudar. Desta maneira, essas diretrizes buscam harmonizar os programas SMAPS do CICV no mundo todo, de modo a assegurar a qualidade do atendimento e melhorar a sinergia com outras atividades do CICV e outros prestadores de serviços ao redor do mundo.

MOVIMENTO INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO

O CICV integra o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, que também é formado por 190 Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e pela Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. O CICV, a Federação e cada Sociedade Nacional são entidades independentes, com os seus próprios estatutos e sem autoridade uma sobre a outra. Todos implementam uma ampla diversidade de programas SMAPS, tanto de maneira independente como em colaboração entre si.⁵

PRINCÍPIOS GERAIS QUE ORIENTAM AS INTERVENÇÕES SMAPS

Para garantir a prestação de atendimento SMAPS de qualidade em conflitos armados e outras situações de violência, as intervenções do CICV seguem um conjunto de princípios estabelecidos em 2007 *Diretrizes sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Contextos de Emergência do Comitê Permanente Interagências (IASC)*,⁶ o manual do Sphere Project 2011,⁷ e Estratégia de Saúde do CICV 2014–2018. Além dos sete Princípios Fundamentais do Movimento Internacional do Comitê Internacional da Cruz Vermelha – humanidade, imparcialidade, neutralidade, independências, voluntariado, unidade e universalidade⁸ – os cinco princípios seguintes oferecem um alicerce ético e profissional para os profissionais de saúde:

1. Defender a humanidade, a imparcialidade e a não discriminação
2. Garantir a participação da comunidade e a sensibilização cultural
3. Cumprir com a ética médica e da assistência à saúde
4. Prestar atendimento de qualidade segundo os padrões internacionalmente aceitos
5. Garantir a continuidade do atendimento

5 Ver CICV, *Os Princípios Fundamentais: O Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho*, CICV, Genebra, 2015; e www.ifrc.org, todas referências de internet consultadas em fevereiro de 2017.

6 Comitê Permanente Interagências (IASC), *Orientações do Comitê Permanente Interagências para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Contextos de Emergências*, IASC, Genebra, 2007.

7 The Sphere Project, *Carta Humanitária e Padrões Mínimos em termos de Resposta Humanitária*, The Sphere Project, Genebra, 2011.

8 CICV, *Os Princípios Fundamentais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho*, CICV, 1996: https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0513.pdf

Os profissionais de saúde mental no terreno se empenham em agir visando ao melhor para os pacientes. A implementação das atividades SMAPS em conformidade com os princípios mencionados acima ajuda a fortalecer a confiança e garante que as pessoas com necessidades nessa área estejam completamente dedicadas e envolvidas com o programas.

1. DEFENDER A HUMANIDADE, A IMPARCIALIDADE E A NÃO DISCRIMINAÇÃO

As intervenções SMAPS se concentram em atender as necessidades das pessoas e proporcionar um tratamento humano. A *Carta Humanitária e Padrões Mínimos em termos de Resposta Humanitária*⁹ do Sphere Project se baseiam no princípio da humanidade e reconhecem o direito da pessoa de viver com dignidade, o seu direito à proteção e à segurança, e o seu direito a receber assistência humanitária com base nas suas necessidades. Este princípio também é a essência da missão do CICV de prevenir e aliviar o sofrimento humano em conflitos armados e outras situações de violência.

Ao se manter imparcial, o CICV garante que as suas intervenções atendam às necessidades específicas e mais urgentes das comunidades e indivíduos mais afetados. Todas as atividades do CICV cumprem com o princípio de imparcialidade, que estipula que o apoio humanitário é prestado somente com base nas necessidades das pessoas no terreno e proporcionais a essas.

Ao defender o princípio de não discriminação, o CICV se esforça para evitar todas as formas de discriminação, seja por idade, gênero, raça, cor, etnia, orientação sexual, idioma, religião, estado de saúde, opinião política ou de outra natureza ou origem social.

Quando se aplicam os princípios de humanidade, imparcialidade e não discriminação, os fatores individuais (p.ex.: gênero, idade e exposição à violência) também devem ser levados em consideração. Eles ajudam a identificar vulnerabilidades específicas e são essenciais para entender as necessidades dos indivíduos e comunidades, de modo a prestar uma resposta efetiva.

2. GARANTIR A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E A SENSIBILIZAÇÃO CULTURAL

As intervenções humanitárias são mais efetivas quando os beneficiários em questão estão ativamente envolvidos no programa desde o princípio. Como o CICV descreve, “Os indivíduos e as comunidades envolvidos devem ser consultados com a finalidade de definir melhor as suas necessidades e os seus interesses, e deveriam estar associados com a ação realizada. Os seus sistemas de valores, as suas vulnerabilidades específicas e a forma que percebem as suas necessidades devem ser todas levadas em consideração. O CICV favorece uma abordagem participativa destinada a fortalecer as capacidades locais.”¹⁰

As intervenções SMAPS são, portanto, prestadas de forma a promover a dignidade, permitir que os beneficiários se ajudem entre si através de uma participação significativa, respeitar a importância das práticas religiosas e culturais, e melhorar o bem-estar geral das comunidades. As intervenções buscam levar em conta considerações culturais ao envolver membros-chaves da comunidades, incluindo líderes tradicionais e religiosos, professores e profissionais de saúde. É crucial identificar e fortalecer esses recursos locais (tanto no governo como na sociedade civil). O CICV faz isso mediante modos de ação específicos: sensibilizar quanto à responsabilidade (persuasão, mobilização, denúncia), apoiar e substituir (prestação direta de serviços).¹¹

9 The Sphere Project, *Carta Humanitária e Padrões Mínimos em termos de Resposta Humanitária*, The Sphere Project, Genebra, 2011.

10 CICV, *O CICV: missão e ação*, 2009: https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0963.pdf

11 *Ibid.*

Se os programas não conseguem reconhecer a importância da participação da comunidade e da sensibilização cultural, eles podem causar danos ao ignorar os mecanismos de enfrentamento existentes e prolongar o sofrimento. Provavelmente, também terão uma apropriação local limitada. Por outro lado, os programas que envolvem a comunidade e levam em conta fatores culturais podem proporcionar um apoio eficaz.

3. CUMPRIR COM A ÉTICA MÉDICA E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Até o momento, não existe um código de ética global para profissionais de saúde mental, embora diversos códigos tenham sido elaborados no nível nacional e organizacional.¹² Os códigos de conduta para os profissionais de saúde mental, como os outros usados por outros profissionais de saúde, se concentram em preservar a dignidade, garantir a confidencialidade, prevenir doenças, restabelecer a saúde, aliviar o sofrimento e, acima de tudo, “não causar danos”.

O cumprimento desses princípios exige programas SMAPS eficazes elaborados e prestados por profissionais qualificados com habilidades específicas no campo da saúde mental e apoio psicossocial. Esses profissionais devem trabalhar dentro das suas especialidades e continuar o seu desenvolvimento profissional.

4. PRESTAR ATENDIMENTO DE QUALIDADE SEGUNDO OS PADRÕES INTERNACIONALMENTE ACEITOS

As intervenções do CICV se baseiam em padrões e práticas de saúde mental e apoio psicossocial internacionalmente reconhecidos baseadas em evidências. Este documento estabelece diretrizes para implementar programas que refletem as melhores práticas demonstradas entre os atores humanitários. Todas as intervenções adotam uma visão de recuperação em longo prazo, independentemente da duração de um dado programa, e o apoio prestado para os atores locais para aplicar esses conceitos no seu trabalho para ajudar as comunidades afetadas.

5. GARANTIR A CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO

Como delineado na Estratégia de Saúde do CICV, todos os programas de saúde devem garantir a continuidade do atendimento. Isso significa que os serviços prestados são parte de um sistema integrado que garante o acesso seguro e em tempo hábil a serviços de saúde eficientes e imparciais. As atividades de saúde e apoio psicossocial são integradas, na medida do possível, à estrutura do serviço de saúde, de modo a prestar um atendimento holístico durante toda a cadeia de gestão do paciente e/ou beneficiário. A continuidade do atendimento relaciona primeiros socorros, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar primário, hospital e reabilitação, incluindo saúde mental e apoio psicossocial, assim como os serviços de saúde em detenção, com sistemas de referência e contrarreferência que funcionam.

A ESTRUTURA DO PROGRAMA SMAPS DO CICV

Os programas do CICV incluem componentes de saúde mental e apoio psicossocial.

PRINCIPAIS OBJETIVOS

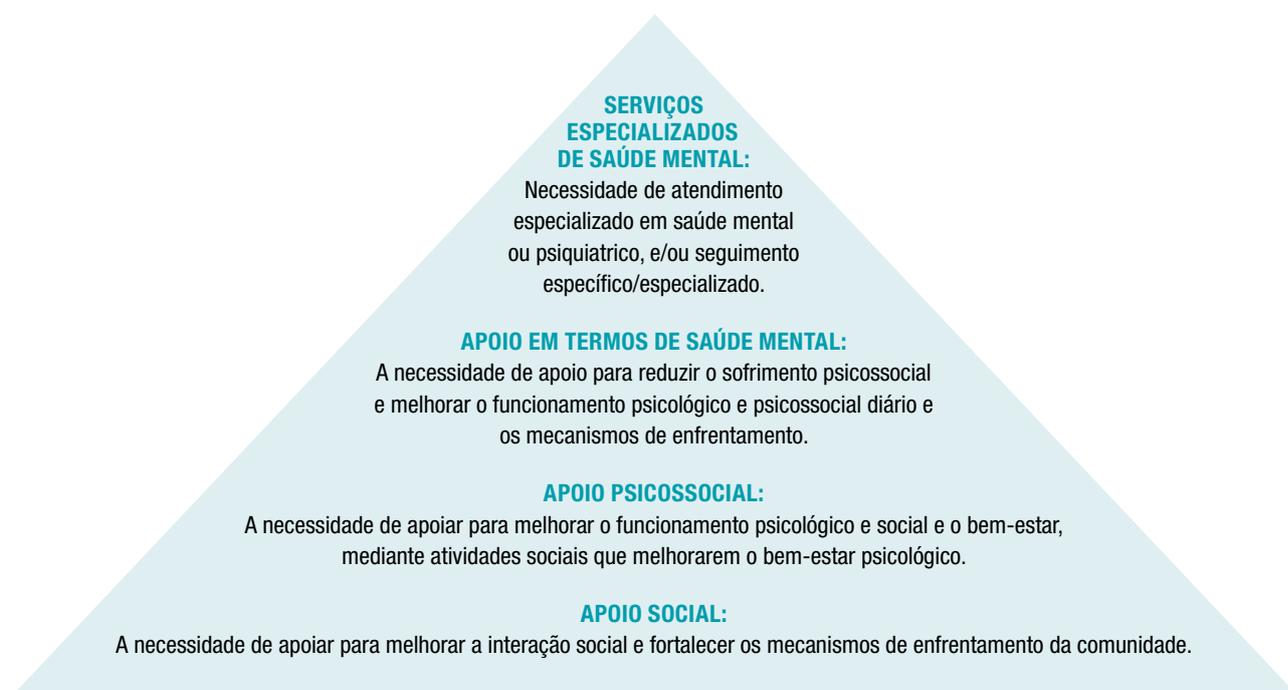
1. Trabalhar as necessidades psicológicas e psicossociais no nível do indivíduo, família ou comunidade;
2. Promover os mecanismos de enfrentamento individual, família e comunidade;
3. Prevenir os problemas de saúde mental e apoio psicossocial adicionais.

¹² Ver, por exemplo, Associação Americana de Psicologia, Princípios éticos de psicólogos e código de conduta, Associação Americana de Psicologia, 2010; Sociedade Britânica de Psicologia, *Código de Ética e Conduta: Orientação publicada pelo Comitê de Ética da Sociedade Britânica de Psicologia*, Sociedade Britânica de Psicologia, Leicester, 2009; e Federação Europeia de Associações de Psicólogos, *Metacódigo de Ética*, Federação Europeia de Associações de Psicólogos, Atenas, 1995.

AÇÕES FACILITADORAS

- Reduzir o sofrimento ao diminuir a intensidade e a frequência dos sintomas psicológicos e psicossociais;
- Melhorar o funcionamento psicológico e psicossocial diário;
- Aprimorar os mecanismos de enfrentamento dos indivíduos e comunidades.

Pirâmide das necessidades de saúde mental e apoio psicossocial e o suporte correspondente prestado pelos programas do CICV



TIPOS DE INTERVENÇÃO:

Os programas SMAPS do CICV cobrem as seguintes atividades:

- **Atividades na área de saúde mental:**

Os programas SMAPS dão apoio em saúde mental principalmente mediante atividades de fortalecimento de capacidades que aprimorem as habilidades de prestar apoio psicológico de atores-chaves na comunidade, incluindo profissionais de saúde locais e profissionais de saúde mental locais. As sessões de treinamento são realizadas por profissionais de saúde mental, como delegados SMAPS ou psicólogos locais, e são adaptadas ao papel específico dos prestadores de atendimento, às necessidades psicológicas das comunidades afetadas e à cultura e o contexto locais. As atividades de fortalecimento de capacidades incluem treinamento em habilidades de apoio psicológico básico e/ou habilidades de apoio psicoterapêutico. Em geral, o treinamento em apoio psicológico básico é realizado para atores cujas funções atuais envolvem trabalhar as necessidades das vítimas, e que podem exigir um maior apoio para realizar tal tarefa efetivamente. Esses atores podem incluir equipe de resposta emergencial ou de hospitais e professores, que, em geral, têm uma carga de trabalho excessiva e somente têm tempo para se comprometer com treinamento de habilidades básicas. Já o treinamento de apoio psicoterapêutico é realizado para atores que já possuem mais habilidades avançadas, p.ex.: profissionais de saúde mental local, atores de apoio social, e/ou atores comunitários que têm tanto as capacidades relevantes quanto o tempo para receber o treinamento.

Para fortalecer as capacidades e assegurar a qualidade das intervenções SMAPS, é essencial garantir o seguimento adequado e a supervisão para todas as atividades de fortalecimento de capacidades. Além de trabalhar as necessidades imediatas de saúde mental, as atividades de fortalecimento de capacidades têm um objetivo mais amplo de estabelecer ou fortalecer os sistemas de saúde mental existentes.

– *Apoio psicológico básico (individual e grupal)*

As pessoas encurraladas em situações de conflito e violência podem precisar de apoio para superar dificuldades psicológicas imediatas leves. O apoio psicológico básico se concentra primariamente em ajudar as pessoas a melhorarem o seu funcionamento imediato.

Dependendo das necessidades das pessoas e dos recursos humanos disponíveis, os atores comunitários selecionados (p.ex.: líderes comunitários, líderes religiosos ou professores) ou os prestadores de serviços de saúde (p.ex.: profissionais de saúde comunitários, enfermeiros ou médicos) recebem treinamento, apoio e supervisão de profissionais de saúde mental (p.ex.: delegados SMAPS, oficiais do terreno ou psicólogos locais) para prestar apoio psicológico básico. O nível e o tipo de apoio que prestam depende das necessidades no terreno e do seu conhecimento, habilidades e disponibilidade. Embora alguns desses atores possam ser profissionais qualificados ou respeitados membros da comunidade cujas funções existentes já contam com um componente de apoio, outros podem precisar de treinamento adicional para prestar esse tipo de assistência de maneira independente. Quase sempre essas pessoas são membros da comunidade afetada com disposição ao atendimento. As habilidades básicas que esses atores aprendem incluem como criar um ambiente seguro, construir a confiança e melhorar as habilidades de escuta ativa e comunicação. Outras áreas básicas cobertas incluem psicoeducação (isto é, dar informações sobre reações psicológicas específicas e compartilhar estratégias de enfrentamento positivas) e normalização (isto é, dar informações sobre reações psicológicas comuns a situações incomuns). Grupos de apoio entre pares com um componente de apoio psicológico básico são facilitados por um ator comunitário treinado com experiência em dificuldades parecidas.

– *Apoio psicoterapêutico (individual e grupal)*

Em contextos nos quais as necessidades de saúde mental são mais graves, atores comunitários capacitados e treinados, psicólogos locais e outros profissionais de saúde mental (p.ex.: conselheiros, alguns assistentes sociais e, em determinados casos, atores comunitários capacitados adequados) são treinados para prestar apoio psicoterapêutico. Eles aprendem a identificar sintomas de sofrimento psíquico e o impacto deles sobre o funcionamento diário, assim como a explorar recursos individuais e sociais e a fomentar estratégias de enfrentamento positivas. O apoio psicoterapêutico visa a reduzir os sintomas de sofrimento e melhorar o funcionamento diário das pessoas e estratégias de enfrentamento psicológicas. Quando necessário, o apoio psicoterapêutico grupal pode ser prestado para pessoas com necessidades similares em termos de saúde mental, de modo a trabalhar uma questão específica de saúde mental e/ou compartilhar experiências.

– *Atendimento especializado e referenciamentos*

Apoio psiquiátrico e atendimento psicológico especializado são facilitados em programas e em contextos específicos (como lugares de detenção e hospitais), sobretudo mediante o fortalecimento de capacidades, a promoção e a sensibilização dos recursos locais. É fundamental identificar os prestadores de serviços de saúde mental de modo a facilitar os referenciamentos de casos graves ou complexos. Os profissionais de saúde mental dão treinamento e apoio para aparelhar outros atores treinados em apoio psicológico e/ou psicoterapêutico para reconhecer necessidades e referenciar os casos indicados.

- **Atividades de apoio psicossocial:**

Os atores-chaves da comunidade são treinados e apoiados por profissionais de saúde mental (p.ex.: delegados SMAPS, psicólogos locais e conselheiros treinados) para identificar as necessidades psicossociais e dar uma resposta adequada. Esta resposta pode incluir facilitar grupos de apoio psicossocial, organizar atividades informativas e/ou de sensibilização, ou fazer referenciamentos para prestadores de serviços de qualidade. O treinamento para o fortalecimento de capacidades no âmbito psicossocial também pode ser oferecido para especialistas, por exemplo, para ajudar os psiquiatras locais a incorporarem elementos psicossociais no tratamento que prestam. Como em todas as atividades de fortalecimento de capacidades, é fundamental garantir o monitoramento, o seguimento e a supervisão.

- *Atividades grupais de apoio psicossocial*

Os atores-chaves da comunidade são treinados por profissionais de saúde mental (p.ex.: delegados SMAPS, psicólogos locais e conselheiros treinados) para implementar atividades que trabalhem os problemas psicossociais através da psicoeducação e ao fortalecer a confiança, resolver problemas e compartilhar experiências e informações. Atividades grupais, como grupos de apoio entre pares e atividades sociais, ajudam a combater o isolamento, já que dão a oportunidade de conhecer pessoas que passaram por experiências parecidas e construir uma rede social de apoio. A relação entre os problemas psicossociais e o sofrimento psíquico é uma obviedade nessas atividades, o que significa que contribuem para melhorar o bem-estar psicológico.

- *Atividades informativas e de sensibilização*

Nas atividades informativas e de sensibilização quase sempre aparece um aspecto psicossocial, mas o objetivo ao implementá-las é aumentar a conscientização tanto para as questões de saúde mental quanto para as questões psicossociais. Embora muitas vezes cubram aspectos técnicos, o objetivo dessas atividades é transmitir informações de maneira abrangente, participativa e culturalmente adequadas. As atividades informativas visam a um público variado e têm como objetivo dar informações gerais sobre questões SMAPS, como o impacto da violência e a disponibilidade e a acessibilidade aos serviços. As atividades de sensibilização visam a um grupo específico de pessoas, em geral aquelas que têm influência na comunidade ou que têm um contato direto com pessoas com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial. Essas atividades são feitas sob medida para um grupo-alvo e têm como objetivo influenciar as atitudes e os comportamentos de modo positivo para as pessoas com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial, de modo a trabalhar o estigma que essas pessoas quase sempre enfrentam. As atividades informativas e de sensibilização quase sempre são implementadas como parte de uma estratégia de mobilização comunitária, em um esforço para envolver membros da comunidade e fortalecer redes de apoio comunitário novas e existentes.

- *Referenciamentos*

Uma rede de referenciamento multidisciplinar é criada e se fazem referenciamentos oportunos em casos em que são identificadas maiores necessidades em termos de proteção, saúde, econômicas e legais. O CICV dá treinamento e apoio para possibilitar que os atores de apoio psicossocial identifiquem as necessidades e façam os referenciamentos adequados.

RESPOSTAS DO PROGRAMA SMAPS DO CICV A SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS

A definição e o uso do termo “trauma” varia do excessivamente amplo ao extremamente específico. Pode se referir a qualquer evento adverso na vida ou descrever um grupo de condições clínicas que cumprem critérios de diagnóstico específicos. Nenhuma destas definições cobre a complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais antes, durante e depois de experiências traumáticas. O trauma pode ser exacerbado por situações que envolvem violência grave, contínua e imprevisível. Por exemplo, as pessoas podem

estar feridas, ser ameaçadas de morte, ser vítimas de violência sexual, presenciar a morte de um ente querido e ouvir experiência traumática de outras pessoas.

As pessoas podem vivenciar uma situação traumática como resultado de ameaças de vida ou à integridade física e/ou psicológica, ou por terem testemunhado violência, ferimentos ou mortes. O estresse e a intensidade emocional de um evento traumático são avassaladores e podem causar medo e horror extremos. O contexto social no qual os eventos traumáticos acontecem é vitalmente importante. Forma as nossas suposições e expectativas com relação a nós mesmos e outros, e tem um impacto em como o evento traumático – que quase sempre despedaça essas suposições – está integrado à nossa maneira de ver o mundo. Um dos principais fatores determinantes nas reações ao estresse traumático é o sentimento de extremo desamparo no momento do(s) evento(s). Em tais circunstâncias, as pessoas podem vivenciar paralisia, confusão, choque ou (ficarem anestesiadas) entorpecimento. Esse processo de enfrentamento é uma reação normal a um evento fora do normal e, se realizado com um ambiente solidário, a maioria das pessoas se recupera com sucesso. No entanto, nem todos reagem da mesma forma a eventos adversos. A recuperação se torna ainda mais difícil em casos nos quais as redes de apoio foram destruídas, como quase sempre é o caso em conflitos armados e outras situações de violência. Os eventos traumáticos muitas vezes envolvem abuso de poder, traição da confiança, ciladas, dor e perda. Se as vítimas não puderem integrar esses eventos ao seu modo de ver o mundo, a marca do trauma domina a maneira como elas organizam as suas vidas.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (DSM-5)¹³ e o material da Organização Mundial da Saúde (OMS) Classificação Internacional de Doenças -10 (CID-10)¹⁴ oferecem critérios de diagnóstico para traumas e distúrbios relacionados com fatores de estresse, transtorno de estresse pós-traumático (TEPS). Os padrões de reconhecimento de reações para eventos extremos fazem com que seja fácil de classificá-los. No entanto, aplicar tais critérios limita a definição de trauma para um diagnóstico específico. Fatores culturais e ambientais que influenciam os sobreviventes de experiências traumáticas e as suas necessidades SMAPS são diferentes e dependentes do contexto e podem acabar não sendo levados em consideração adequadamente quando se os circunscreve em um diagnóstico. Dada a instabilidade e insegurança causadas pelos conflitos armados e em outras situações de violência, e a devastação que deixam para trás, é imperativo encontrar uma abordagem adaptável e prática que trabalhe as diversas necessidades das pessoas que vivenciam situações traumáticas.

Com esses detalhes em mente, o enfoque do CICV em situações traumáticas não se concentra no diagnóstico de distúrbios da saúde mental. Em vez disso, as suas intervenções buscam reduzir os sintomas psicológicos e psicossociais e o sofrimento das pessoas, e melhorar o seu funcionamento diário e os seus mecanismos de enfrentamento.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO COM BASE EM EVIDÊNCIAS

É importante avaliar e adaptar atividades de modo a garantir a sua efetividade contínua. O monitoramento e a avaliação envolvem um processo contínuo e sistemático de registro, coleta, medição, análise e transmissão de informações de modo a identificar áreas para melhorar e, finalmente, alcançar objetivos de forma mais eficiente. Além disso, as lições aprendidas podem ser aplicadas a programas futuros.

São usadas escalas padronizadas nos programas SMAPS do CICV para as atividades de monitoramento e avaliação baseadas em evidências. Devido à diversidade de países e comunidades nas quais o CICV opera, as escalas usadas nos programas SMAPS precisam ser validadas em termos culturais e traduzidas aos idiomas locais. Como as escalas existentes nem sempre podem ser aplicadas em contextos de conflito não ocidentais, o CICV usa escalas que podem ser adaptadas. As escalas são usadas para medir mudanças no sofrimento psíquico, no funcionamento diário e nas estratégias de enfrentamento de indivíduos e comunidades com o tempo.

13 Associação Americana de Psiquiatria, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5.^a ed., Associação Americana de Psiquiatria, Arlington, VA, 2013.

14 OMS, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, OMS, Genebra, 1992.

Exemplos de escalas usadas nos programas SMAPS incluem:

Sofrimento psíquico

- Escala de Impacto de Eventos – Revisada (IES-R)¹⁵
- Escala de Impacto de Eventos Infantil Revisada (CRIES)¹⁶

Funcionamento

- Escala de Avaliação das Incapacidades da OMS 2.0 (WHODAS 2.0)¹⁷
- Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL)¹⁸
- Escala de Autoavaliação 20 (SRQ 20)¹⁹

Enfrentamento

- Inventário Brief COPE²⁰

Indicadores são fatores quantitativos ou qualitativos ou variáveis que oferecem uma base simples e confiável para avaliar ou medir mudanças ou desempenho. Os dados quantitativos são usados para dar informações sobre números de pessoas que recebem apoio e quaisquer mudanças no bem-estar psicológico e psicossocial com o tempo (isto é, comparar um ponto no tempo e outro ponto no tempo). Os dados qualitativos são reunidos a partir de entrevistas de grupo e individuais; as pessoas e comunidades têm a oportunidade de manifestar seus pontos de vista e experiências, assim acrescentando significado e detalhes aos dados numéricos. Os indicadores de desempenho e resultado são usados para medir a eficácia das intervenções. Os dados combinados são usados para garantir que os programas sejam depois adaptados e aperfeiçoados. O CICV desenvolveu as suas próprias ferramentas de coleta de dados SMAPS, que proporcionam uma plataforma consolidada para armazenamento e análise de dados.

EXIGÊNCIAS DO PROGRAMA

EQUIPE SMAPS NO TERRENO

A equipe SMAPS do CICV está formada por quase uma centena de profissionais de saúde mental²¹ no mundo todo, incluindo funcionários internacionais e locais no terreno. Este número varia de ano para ano, dependendo das necessidades globais e do número de programas implementados. A quantidade de programas do SMAPS CICV no mundo todo aumentou rapidamente nos últimos anos, passando de 10 em 2010 a 77 em 2017.

Os delegados SMAPS são psicólogos e psiquiatras recrutados pelas suas qualificações e habilidades profissionais de prestar apoio bem-sucedido em termos de saúde mental e apoio psicossocial para as comunidades afetadas pelo conflito e pela violência. Têm experiência nos campos de saúde mental e resposta de emergência, assim como habilidades específicas para trabalhar o impacto psicológico da violência. Podem ter trabalhado com vítimas de violência (incluindo vítimas de violência sexual e crianças), em contextos de assistência à saúde e/ou com as famílias de pessoas desaparecidas. As competências dos delegados SMAPS podem incluir também supervisão, treinamento e gestão de equipes.

¹⁵ Ver www.emdrhap.org/content/wp-content/uploads/2014/07/VIII-E_Impact_of_Events_Scale_Revised.pdf

¹⁶ Ver *Children and War Foundation*, CRIES 13, Bergen, Noruega, 1998: <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/ies13/>

¹⁷ Ver <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

¹⁸ Ver http://www.proqol.org/ProQol_Test.html

¹⁹ Ver OMS, *A User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*, OMS, Genebra, 1994: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf

²⁰ Ver Departamento de Psicologia, Faculdade de Artes e Ciências, Universidade de Miami: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.html>

²¹ Neste documento, o termo “profissional de saúde mental” é usado para denotar psicólogos e psiquiatras; o termo “licenciado em saúde mental” é usado para denotar psicólogos e psiquiatras, assim como pessoas que foram treinadas por profissionais de saúde mental para desenvolver as suas habilidades de apoio psicológico e psicossocial, mas que não são profissionais de saúde mental (o que inclui atores comunitários treinados como conselheiros).

Os delegados são responsáveis por avaliar as necessidades psicológicas e psicossociais e elaborar e gerenciar programas. Embora as principais especificações do programa estejam delineadas nessas diretrizes, os programas individuais precisam ser específicos do contexto. Os delegados SMAPS também ajudam a selecionar e treinar equipes locais para implementar os programas. Os períodos de treinamento variam e podem durar mais de 12 meses, dependendo das qualificações e da experiência dos membros da equipe e da complexidade do programa.

Desde 2013, a Unidade de Saúde do CICV organiza oficinas anuais de treinamento conhecidas como Semana de Consolidação de Saúde Mental e Apoio Psicossocial. A unidade oferece aos delegados SMAPS e aos funcionários locais no terreno responsáveis pela coordenação e implementação de programas uma oportunidade de compartilhar experiências e lições aprendidas e harmonizar as suas abordagens em termos de saúde mental e apoio psicossocial dentro da estrutura da Estratégia de Saúde do CICV. A oficina também se tornou uma plataforma que permite aos participantes contribuir para o desenvolvimento dessas diretrizes em termos de saúde mental e apoio psicossocial.

DURAÇÃO DOS PROGRAMAS

É difícil definir a duração ideal de um programa SMAPS. No entanto, raramente é um esforço de curta duração. Por exemplo, as intervenções de emergência ou médicas podem durar aproximadamente três meses, enquanto que os programas SMAPS que trabalham necessidades específicas podem durar pelo menos 12 meses.

O tempo durante o qual um programa SMAPS é necessário depende de diversos fatores, incluindo a natureza e o número de eventos traumáticos e a disponibilidade de apoio psicológico e psicossocial. Não é raro que os sintomas de sofrimento psíquico permaneçam generalizados em comunidades durante muitos anos após o final de um conflito ou período de violência.

Como resultado, todas as respostas em termos de saúde mental e apoio psicossocial implicitamente adotam uma abordagem em longo prazo, independente da real duração do programa. Os modos de ação que o CICV usa nas suas atividades são: apoio, mobilização e persuasão.²² Eles contribuem para estabelecer um alicerce sustentável que pode ser incorporado nos sistemas formais e informais de apoio existentes.²³ Esse processo leva tempo. Em situações nas quais os serviços e os recursos SMAPS estão pouco desenvolvidos e existe um estigma social que ronda as questões nessa área, os programas quase sempre são lançados em um ambiente com pouca – se houver – capacidade. Os programas, ferramentas e equipes precisam ser criados do zero.

O processo de transferência de conhecimento e habilidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial em situações de conflito depende de mais do que somente o treinamento. Envolve a aplicação supervisionada das habilidades ensinadas e o seguimento adequado. O treinamento efetivo é um processo contínuo que exige mediante prática e estreito aconselhamento, monitoramento e supervisão, oferecido por treinadores qualificados.

Este objetivo de longo prazo deveria ser incorporado em todos os programas, de modo que os beneficiários não se sentirão abandonados. Se um programa for implementado para reduzir vulnerabilidades e fortalecer respostas que ajudam a superar mas os serviços de apoio forem retirados logo após o fim da intervenção, a comunidade provavelmente ficará gravemente decepcionada. Isso pode danificar a confiança e prejudicar as relações da comunidade, potencialmente deixando as pessoas afetadas em piores condições do que antes. Esses riscos podem ser evitados com o planejamento estratégico da saída, com o objetivo de assegurar a existência de uma estrutura local para garantir que os programas de apoio continuem funcionando após o fim da intervenção.

²² CICV, *O CICV: missão e ação*, 2009: https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0963.pdf

²³ Os sistemas de apoio formal são serviços de assistência à saúde, enquanto que os serviços informais envolvem várias formas de apoio comunitário.



2. FAMÍLIAS DE PESSOAS DESAPARECIDAS

PONTOS DE PREOCUPAÇÃO

No mundo todo, centenas de milhares de pessoas perderam o contato com familiares como consequência de conflitos armados, desastres naturais ou migração. Os seus entes queridos podem ter sido assassinados em execuções em massa e os seus corpos, jogados em valas comuns; podem ter sido capturados ou sequestrados, ou ter sido presos e morrido sob custódia; ou podem estar em locais secretos, mantidos sem comunicação. As pessoas desaparecidas podem ser civis que fogem de um conflito, crianças separadas das suas famílias, combatentes desaparecidos em ação ou mortos em combate cujos restos não foram recuperados.

Uma **pessoa desaparecida** é alguém cujo paradeiro é desconhecido para os seus familiares e/ou, com base em informação confiável, tenha sido dada como desaparecida segundo a legislação nacional relativa a um conflito armado internacional ou não internacional, a uma situação de violência ou distúrbios internos, a desastres naturais ou a qualquer outra situação que possa requerer a intervenção de uma autoridade competente do Estado.

Definição de Serviço de Assessoramento em Direito Internacional Humanitário do CICV²⁴

Todas as pessoas têm uma história única e, às vezes, devastadora. Os familiares quase sempre se encontram em um limbo depois do desaparecimento de um ente querido e enfrentam uma variedade de possíveis desafios. A necessidade dos familiares de saber a verdade pode levar a problemas financeiros, legais ou administrativos; eles podem inclusive enfrentar dificuldades psicológicas e psicossociais. Além da dor que sentem depois da separação de um ente querido, quase sempre em circunstâncias muito difíceis, a situação social e econômica também por piorar, já que a pessoa desaparecida poderia ser o arrimo de família. Os familiares podem não saber como buscar a pessoa desaparecida, aplicar para receber apoio financeiro ou material, ou receber assessoramento jurídico. Como resultado, elas podem se isolar do seu entorno social. Podem perder confiança no sistema jurídico nacional e encontrar dificuldade de confiar em outros membros da comunidade ou, se alguém desapareceu no contexto de tensões violentas entre dois ou mais grupos opositores, podem temer o estigma de serem associados com grupos opositores.

Nessas circunstâncias, é extremamente útil que quaisquer intervenções para ajudar as famílias das pessoas desaparecidas tenham um alicerce psicossocial. Para garantir que essas famílias não sofram mais danos, as estratégias psicossociais podem ser estabelecidas e mantidas durante todo o ciclo do programa. O processo começa com a identificação das famílias de pessoas desaparecidas, a avaliação das suas necessidades e o convite a participarem do programa. Em seguida, as medidas a serem tomadas - em cooperação com as próprias famílias - para determinar os melhores meios e que esses sejam os mais adequados culturalmente para trabalhar as necessidades deles e fortalecer os recursos individuais, familiares e sociais.

24. CICV, *Princípios Orientadores / Lei Modelo sobre Pessoas Desaparecidas – Princípios para a Legislação de Situação de Pessoas Desaparecidas como Resultado de Conflito Armados ou Violência Interna: Medidas para prevenir o desaparecimento de pessoas e proteger os direitos e os interesses das pessoas desaparecidas e das suas famílias*, CICV, Genebra, 2009.

Familiar da pessoa desaparecida: A menos que especificado de outra forma, o termo “familiar” deve ser entendido em conformidade com disposições legais do [Código Civil / Direito da Família]. Deve incluir, pelo menos, as seguintes pessoas:

- filhos nascidos dentro ou fora do matrimônio, filhos adotivos ou enteados;
- parceiros legalmente casados ou não casados; e
- pais (incluindo madrasta, padrasto, pais adotivos);
- irmãos e irmãs nascidos do mesmo pai e da mesma mãe, meios-irmãos ou meias-irmãs e irmãos e irmãs adotivos.

*Adaptado de Serviço de Assessoramento em
Direito Internacional Humanitário do CICV²⁵*

O apoio psicológico pode ter um papel vital para ajudar as pessoas a lidarem com reações comuns, como tristeza intensa, incerteza, culpa, sentimento de isolamento, raiva, exaustão mental, confusão e ansiedade. Essas reações podem ser exacerbadas durante os encontros familiares, quando as famílias das pessoas desaparecidas são confrontadas com sentimentos que desencadeiam lembranças dolorosas.

NECESSIDADES EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

As famílias de pessoas desaparecidas enfrentam algumas dificuldades como outras pessoas afetadas por conflitos armados e outras situações de violência, incluindo a perda da moradia ou da renda. Além disso, elas quase sempre enfrentam desafios psicológicos e psicossociais específicos que podem causar sofrimento e desestabilizar a sua habilidade de funcionar e lidar com a vida diária.

Superar a perda ambígua

Os programas administrados pelo CICV em vários países prestam apoio a muitas famílias que lidam com a perda ambígua. A teoria da perda ambígua, como definida por Pauline Boss,²⁶ se baseia na premissa de que a incerteza associada com o desconhecimento do paradeiro de um ente querido (ou se está vivo ou morto) é, em geral, causa de sofrimento extremo para as pessoas, casais e famílias. Diferente da morte, a perda ambígua não dá certeza, já que a pessoa pode ainda estar viva em algum lugar; o fato de os restos mortais não terem sido recuperados significa que a família não pode realizar uma cerimônia fúnebre e seguir adiante com o processo de luto.

Os familiares que sofrem de perda ambígua podem ter sintomas de depressão, ansiedade e somatização, assim como problemas de relação. A ambiguidade prolongada pode paralisar as pessoas; as decisões são deixadas em modo de espera, as estratégias de enfrentamento se atrasam e o processo de luto é suspenso enquanto as famílias estiverem presas nesse limbo confuso. As pessoas podem sentir que não conseguem retomar os seus papéis, as normas e os rituais dentro da família ou do casamento, já que não sabem se o familiar desaparecido voltará algum dia.²⁷

²⁵ *Ibid.*

²⁶ P. Boss, *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*, Universidade de Harvard, Cambridge, MA, 1999.

²⁷ P. Boss, “Ambiguous loss in families of the missing”, *The Lancet*, Vol. 360 (supl. 1), dezembro de 2002, s. 39

Isolamento emocional e social

As famílias de pessoas desaparecidas quase sempre se sentem emocionalmente isoladas. Elas podem acreditar que ninguém entende o sofrimento delas e, por conseguinte, se recusarem a buscar ajuda. Alguns membros da comunidade podem perder a paciência com a falta de um desfecho, enquanto que outros podem estigmatizar ativamente essas famílias com base em pressuposições sobre a sorte da pessoa desaparecida.

Os desaparecimentos podem se tornar uma questão extremamente delicada se uma pessoa desaparecer em um contexto de tensões violentas ou conflito armado entre dois ou mais grupos. Em tais casos, podem suspeitar que as famílias das pessoas desaparecidas tenham vínculos com grupos “rebeldes”. Os membros da comunidade podem ter medo de se mancharem por associação e podem decidir manter distância. Isso pode estigmatizar as famílias e isolá-las ainda mais.

O esforço para não esquecer, a busca de um significado e a necessidade de reconhecimento

Em um ambiente de silêncio e incerteza, as pessoas enfrentam dificuldades para manter viva a lembrança dos familiares desaparecidos tanto dentro da família como em uma comunidade mais ampla. A ausência de uma lápide ou de outros meios de celebrar os seus entes queridos torna a tarefa ainda mais difícil; a condição de ambiguidade conferida às pessoas desaparecidas priva as famílias de marcadores consuetudinários de vida e morte. Como resultado, o sofrimento delas continua sem ser reconhecido.

As famílias podem buscar manter viva a lembrança de pessoas desaparecidas ao buscar incessantemente respostas, fazer o possível para obter um reconhecimento formal do status da pessoa e falar sobre eles. No entanto, esta abordagem pode se tornar negativa se incluir pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos que afetem significativamente o dia a dia da pessoa e a sua capacidade de interagir e trabalhar com outras.

Encontrar um meio de trabalhar e canalizar a necessidade das famílias para lembrar os familiares desaparecidos e de alguma maneira reconhecer o seu status de “pessoa desaparecida” pode reduzir o seu sofrimento. Os eventos comemorativos e funerários, monumentos ou cerimônias de sepultamento oferecem uma saída poderosa para dar voz ao sofrimento não manifestado, dar significado à experiência delas e conectá-las com outras pessoas. Os familiares podem necessitar apoio psicológico e psicossocial especializado durante o processo de lembrança, já que inúmeras dificuldades podem surgir durante e depois desse processo.

Dificuldades em termos de saúde mental

De modo geral, os familiares de pessoas desaparecidas não passam por problemas graves de saúde mental, embora muitos precisem de apoio psicológico para recuperar um mínimo de normalidade e melhorar o seu funcionamento individual e social. Porém, a perda ambígua não é necessariamente um conceito muito conhecido em todas as partes do mundo e pode ser difícil encontrar cuidadores que possam entender as questões que as famílias de pessoas desaparecidas enfrentam.

Uma pequena parte dos familiares pode apresentar problemas psicológicos graves e distúrbios na saúde mental. Isso pode incluir pensamento e discursos obsessivos, assim como padrões repetitivos e rígidos de comportamento. Podem ficar confusos, já que a intensidade emocional da situação pode distorcer percepções e levar as pessoas a acreditarem que viram rapidamente o familiar desaparecido. Em casos extremos, a vida parece estar paralisada. As pessoas não conseguem seguir adiante, já que acreditam que os familiares desaparecidos podem voltar a qualquer momento. Os familiares também podem passar por estados de ansiedade, depressão, isolamento e retirada excessivamente intensos ou prolongados que desestabilizam o seu funcionamento e a sua capacidade de enfrentamento, levando a um maior sofrimento.

Complicações graves podem surgir se os familiares tiverem presenciados eventos que levaram ao desaparecimento dos seus entes queridos e se as suas vidas estiverem sendo

ameaçadas. Quando a um desaparecimento se soma um evento terrível (como um ataque aéreo, um bombardeio, um massacre, etc.), o desafio pode ser ainda maior para lidar com a possível perda ou desaparecimento de entes queridos. Da mesma forma, se uma família tem de lidar com a perda ou o desaparecimento de mais de um familiar, o seu sofrimento pode aumentar exponencialmente.

Essas graves dificuldades em termos de saúde mental podem persistir, sem tratamento, por longos períodos de tempo. Os familiares quase sempre continuam a busca das pessoas desaparecidas ou se concentram em consolar outros, ao mesmo tempo em que negligenciam as suas próprias necessidades. Sem intervenção externa, pode ser difícil quebrar padrões que impedem os familiares de buscar ajuda. Treinar especialistas locais e estabelecer uma rede local de referenciamento de qualidade adequado exige um profundo conhecimento das dificuldades em termos de saúde mental vivenciadas pelos familiares de pessoas desaparecidas.

Apoio durante o processo de recuperação e identificação dos restos mortais

As famílias quase sempre precisam de um apoio duradouro durante o longo e difícil processo de investigação dos desaparecimentos. Os familiares de pessoas desaparecidas, sem dúvida, passarão por momentos difíceis durante o processo de recuperação e identificação de restos mortais que poderiam vir a pertencer aos seus entes queridos. Eles podem ter de enfrentar o fato desolador de que o seu ente querido está morto ou de que os restos mortais dele não puderam ser identificados.

Durante o processo de recuperação e identificação dos restos mortais, podem surgir lembranças dolorosas, causando reações emocionais intensas e imprevistas, incluindo raiva, frustração, desconfiança, medo, negação e desespero. Os familiares também podem ter sentimentos de confusão e decepção. Obter uma prova conclusiva da morte é um processo lento e árduo, e nem sempre dá às famílias as respostas que buscam. Durante esse tempo, os familiares precisarão de um suporte mais intenso em termos de saúde mental e apoio psicossocial, em particular se lhes foram solicitadas informações ante morte e amostras de sangue/saliva para análise de DNA; se são informados da morte de um ente querido; se estão presentes quando os restos mortais são descobertos; e/ou se lhes foi solicitado identificar ou reclamar os restos mortais e pertences do seu ente querido.²⁸

Se um vínculo de confiança não for estabelecido entre os profissionais forenses e as famílias das pessoas desaparecidas no início do processo, essas famílias provavelmente não terão fé no resultado da investigação. Portanto, os profissionais forenses muitas vezes precisam do apoio de profissionais de saúde mental quando entrevistam, compartilham informações e trabalham com as famílias de pessoas desaparecidas, de modo a evitar causar mais sofrimento.

RESPOSTA EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Uma abordagem multidisciplinar é necessária para trabalhar as diversas necessidades que surgem após um desaparecimento. Várias medidas devem ser implementadas, incluindo aquelas para ajudar as famílias a encontrar respostas sobre o que aconteceu com os seus entes queridos, além de medidas financeiras, legais, administrativas, psicológicas e de apoio psicossociais, e ajuda para obter o reconhecimento e a justiça.

O CICV busca incluir todas esses componentes no seu enfoque. O principal objetivo do que chama “acompanhamento” é fortalecer a habilidade dos indivíduos e das famílias de lidar com as dificuldades causadas pelo desaparecimento de um ou mais familiares e gradualmente recuperar o bem-estar psicológico e psicossocial deles. Isso pode incluir

²⁸ CICV, *Pessoas Desaparecidas, Análise de DNA e Identificação de Restos Mortais: Um Guia para Melhores Práticas em Conflitos Armados e Outras Situações de Violência Armada*, 2.ª ed., CICV, Genebra, 2009.

aprender a viver com a incerteza. Pode ser alcançado ao se recorrer aos próprios recursos da família e àqueles da comunidade mais ampla – tanto no nível local, como nacional – e ao se criar uma rede de apoio. A estrutura de implementação está descrita em *Acompanhamento das Famílias de Pessoas Desaparecidas: Manual Prático*,²⁹ que recorre à experiência do CICV no apoio às famílias de pessoas desaparecidas em diferentes contextos.

O “acompanhamento” é uma resposta multidisciplinar que envolve “caminhar ao lado de alguém”, formando relacionamentos empáticos e redes de apoio mútuo com atores locais (“acompanhantes”) que são treinados para prestar apoio sempre que necessário.

Os “acompanhantes” são treinados e recebem apoio de uma equipe multidisciplinar. Aprendem a entender e trabalhar diversas necessidades das famílias de pessoas desaparecidas e a facilitar a ponte com os serviços locais. A chave para um programa de acompanhamento eficaz é a qualidade do relacionamento estabelecido com a família. Se os acompanhantes puderem mostrar empatia e conquistar a confiança da família, os familiares sentirão que são compreendidos e apoiados, e se sentirão mais cómodos para participar de sessões grupais e receber visitas domiciliares. O CICV treina acompanhantes com diferentes experiências, incluindo profissionais de âmbitos muito diferentes, voluntários das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e de organizações não governamentais, pessoas cujos familiares também estão desaparecidos e membros da comunidade. É mais importante que os acompanhantes sejam selecionados em base à sua habilidade de entender, ser empáticos e apoiar as famílias de pessoas desaparecidas, em lugar de somente considerarem qualificações em particular. O ideal é que também possam ser pessoas consideradas pelos membros da comunidade (e pelas famílias de pessoas desaparecidas em particular) mais adequadas para a tarefa.

Embora os acompanhantes não precisem ser especialistas, devem receber o treinamento adequado, ter as ferramentas práticas e a supervisão para prestar apoio de curta e longa duração eficazes. Além disso, é importante construir e fortalecer as relações entre os acompanhantes, já que eles constituem a rede de apoio para essas famílias.

Os acompanhantes podem receber treinamento para prestar atendimento adicional antes, durante e depois de acontecimentos específicos como cerimônias fúnebres e recordação, e durante o processo de recuperação e identificação dos restos mortais. Os familiares podem reagir de maneiras diferentes quando se enfrentam com a possibilidade de que os seus entes queridos podem estar mortos ou que esse medo seja confirmado. Os familiares podem precisar de um apoio mais intensivo para lidar com as lembranças difíceis evocadas durante o processo de recuperação e identificação, que podem incluir uma entrevista ante mortem e a recuperação em si, identificação e/ou entrega dos restos mortais. Os acompanhantes podem precisar preparar os familiares e apoiá-los durante cada etapa desse difícil processo. Ao garantir que estejam bem-informados e compreendam o que está acontecendo, os acompanhantes podem ajudar a reduzir o sofrimento dos familiares durante esse processo. Pode ser útil para as famílias compartilhar as suas experiências com uma rede social de apoio (p.ex.: outras pessoas cujos familiares também estão desaparecidos, membros da sua própria família, amigos e outros membros da comunidade). Melhorar a qualidade do apoio que as famílias recebem em momentos específicos do processo,³⁰ sensibilização e treinamento podem ser oferecidos à equipe de saúde, especialistas forenses, profissionais do governo e/ou membros de associações locais.

29 CICV, *Acompanhamento das Famílias de Pessoas Desaparecidas: Manual Prático*, CICV, Genebra, 2013.

30 Mais informações, ver CICV, *Acompanhamento das Famílias de Pessoas Desaparecidas: Manual Prático*, CICV, 2013, pp. 123-147.

Os acompanhantes que trabalham sob supervisão, idealmente, devem ter condições de lidar com a maioria dos casos. Se os familiares precisam de apoio especializado em termos de saúde mental, podem entrar em contato com acompanhantes que são psicólogos treinados, oficiais de terreno SMAPS, psicólogos locais ou acompanhantes experientes que receberam treinamento para prestar apoio psicológico. Uma rede de encaminhamento eficaz também é necessária para prestar apoio externo, se necessário. Identificar prestadores de serviço em saúde mental motivados e fortalecer a capacidade deles de apoiar as famílias ajuda a garantir que os acompanhantes tenham condições de prestar assistência adequada sem causar danos e que as famílias recebam o apoio psicológico necessário através dos recursos locais.

Investir em acompanhantes bem-equipados e competentes facilita o acesso ao apoio psicológico e psicossocial e também o desenvolvimento de programas de boa qualidade e não prejudiciais que são elaborados, implementados e supervisionados por profissionais de saúde mental. Como o acompanhamento envolve uma resposta multidisciplinar, as atividades SMAPS são implementadas juntamente com as de proteção, as jurídicas, as de segurança econômica e outras atividades de apoio.

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

As famílias de pessoas desaparecidas têm necessidades específicas, que o CICV deve avaliar antes de que qualquer ação seja tomada. Como nem sempre é possível contar com especialistas de cada área quando se realiza uma avaliação, a Divisão de Proteção do CICV desenvolveu um modelo multidisciplinar de avaliação que pode ser usado por não especialistas para avaliar as necessidades das famílias de pessoas desaparecidas. Cabe ressaltar que, em um cenário ideal, quem apoiaria a avaliação seria um delegado SMAPS no terreno e alocado no país, porém, o apoio também pode ser prestado por um psicólogo local treinado ou ainda - remotamente - por assessores SMAPS.

A avaliação de necessidades é usada para dar às equipes no terreno uma maior compreensão da situação, identificar e conscientizar sobre os problemas que as famílias enfrentam e planejar uma resposta multidisciplinar. As informações são recolhidas referentes às dificuldades, necessidades e expectativas específicas das famílias, com o objetivo de determinar os recursos, os meios e os mecanismos de enfrentamento existentes. Os dados recolhidos são usados para mostrar como os diferentes aspectos das vidas das famílias (incluindo a sua situação econômica, a busca por informações, as necessidades legais, psicológicas e psicossociais, e o desejo de justiça e reconhecimento) são relacionados entre si, para demonstrar o impacto da vulnerabilidade e destacar a necessidade de uma resposta transversal.

Ao preparar a avaliação de necessidades, é crucial envolver a equipe local de modo a garantir que se apropriem do processo. Isso facilitará a implementação de um possível programa de acompanhamento, já que a equipe no terreno já terá adquirido conhecimento prático e experiência de interação com as famílias. Entenderão as suas necessidades, poderão desenvolver uma conexão mais estreita e conquistar a confiança deles, desta maneira criando uma base sólida para implementar o programa.

Recomenda-se que um profissional de saúde mental - um delegado SMAPS ou um psicólogo local - esteja presente durante a avaliação, em particular para assistir com o treinamento e a preparação dos entrevistadores. Eles podem assessorar e supervisionar a parte psicológica e psicossocial da avaliação, que inclui ajudar a equipe a adaptar as questões de saúde mental ao contexto cultural. O conhecimento técnico é também necessário para garantir que as perguntas da avaliação sejam traduzidas ao idioma local. Além disso, podem apoiar os entrevistadores e as famílias se tiverem dificuldades psicológicas durante o processo de entrevista.

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

As necessidades identificadas durante a avaliação são analisadas e priorizadas. Em seguida, os objetivos específicos e estratégias relacionadas são definidos, incluindo as exigências em termos de recursos humanos e a estrutura temporal do programa.

Em casos nos quais as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial forem identificadas como alta prioridade, um delegado SMAPS deve assistir, por pelo menos 12 meses, na elaboração e implementação do programa. Se as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial forem menos urgentes, um delegado poderia estar envolvido em um período de tempo mais curto (aproximadamente de 3 a 6 meses).

O delegado ajudará a planejar um programa que recorrerá aos recursos locais para trabalhar as necessidades e a definir as atividades que serão realizadas pelo CICV ou por outros atores. Como no caso da avaliação de necessidades, um enfoque participativo que inclua as famílias, comunidades e atores locais melhorará a apropriação do programa e ajudará a adaptá-lo ao contexto local.

Os programas SMAPS cobrem tanto as atividades de saúde mental quanto as de apoio psicossocial. As atividades psicossociais beneficiam as famílias e as comunidades, enquanto que as atividades de saúde mental estão dirigidas aos familiares que precisam de um apoio psicológico mais especializado.

PÚBLICO-ALVO

1. Direto: Famílias de pessoas desaparecidas

As famílias são vistas como uma unidade, porque a incerteza de desconhecer a sorte ou o paradeiro de um familiar pode ter um impacto direto ou indireto sobre todos os membros da família. Os problemas mais comuns incluem discordâncias quanto à sorte da pessoa desaparecida, diferentes mecanismos de enfrentamento, problemas de comunicação entre os familiares e os desafios associados com uma mudança de papel. Em muitos contextos socioculturais, as famílias incluem uma extensa rede de pessoas que vivem sob o mesmo teto ou que têm uma relação próxima com outra.

Alguns membros da família podem necessitar apoio psicológico especializado. Eles podem sofrer com uma incerteza angustiante, culpa, raiva e falta de interesse por outros aspectos das suas vidas. Podem se culpar e vacilar entre a esperança e o desespero.

2. Indireto: A comunidade

As pessoas desaparecidas são parte de uma comunidade (étnica, religiosa, política, etc.) e o desaparecimento deles pode ter um impacto sobre os grupos aos quais pertencem. As intervenções em termos de saúde mental e apoio psicossocial estão dirigidas para esses grupos para trabalhar problemas como o estigma, a falta de rituais ou o isolamento social, e para fomentar as redes sociais de apoio. Também estão dirigidas para os prestadores de serviços nas comunidades através de atividades de sensibilização e treinamento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O que a parte de saúde mental e apoio psicossocial do programa de acompanhamento visa proporcionar:

Saúde mental e apoio psicossocial para as famílias de pessoas desaparecidas

De um total de XX famílias de pessoas desaparecidas em [especificar], XX famílias em lugar(es) XX terão suas necessidades de psicológicas e psicossociais atendidas por prestadores locais de serviços. Isso será realizado através do trabalho do CICV [especificar o tipo/conteúdo de intervenções em termos de saúde mental e apoio psicossocial].

O que o programa de acompanhamento do programa visa a proporcionar em termos gerais:

Apoio multidisciplinar para as famílias de pessoas desaparecidas

XXX famílias [especificar número] em XXX [especificar distrito, região, país] melhoraram a sua capacidade de lidar com questões psicológicas e psicossociais, socioeconômicas, legais, administrativas e de outra natureza, com a ajuda de uma rede de acompanhantes [especificar como relevantes – as famílias em si, organizações incluindo o CICV e Sociedades Nacionais, prestadores de serviços governamentais e não governamentais], durante XXX sessões grupais [número específico] e – se indicado – XXX sessões individuais [especificar número].

A rede de acompanhantes visa a tornar-se autossuficiente, através de XXX oficinas de treinamento [especificar número], apoio e orientação do CICV e XXX especialistas locais [especificar número] de XXX recursos locais (acompanhantes) [especificar número] durante o período de XXX [especificar tempo].

MÉTODOS

Apoio grupal para as famílias de pessoas desaparecidas

As atividades grupais são um elemento crucial dos programas de acompanhamento. Elas reúnem as famílias de pessoas desaparecidas, criam um ambiente solidário e promovem o apoio entre pares, a retroalimentação e o cuidado mútuo.

As ordem dessas atividades e o número de sessões realizadas como parte do ciclo do programa de acompanhamento depende das necessidades identificadas e da situação específica. Uma amostra do conjunto de atividades, extraída de diversos programas de acompanhamento existentes está estabelecida abaixo.

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|--|--|---|
| Grupos de apoio | Proporcionar aos familiares apoio psicológico e psicossocial básico através de experiências compartilhadas e interação social. | Os grupos são facilitados por um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental. Uma média de 6 a 10 sessões com intervalos regulares. | Familiares: <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a sua rede de apoio; • Reduzir o seu sofrimento psicológico; • Melhorar o seu funcionamento diário; e • Ampliar o seu conhecimento e a sua habilidade de aplicar mecanismos de enfrentamento novos e existentes positivos. Familiares com necessidades em termos de saúde mental agudas são referenciados adequadamente. |
| Visitas a grupos de apoio existentes | Para motivar e aumentar a autoconfiança dos membros da família que estão apreensivos quanto a participar de um grupo de apoio. | Os membros da família são convidados a participar de grupos de apoio existentes facilitados por um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental. | Os membros da família têm a informação necessária sobre os grupos de apoio e se sentem mais cômodos participando de tais sessões. |

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|--|--|---|
| Sessões Informativas | Dar informações úteis sobre tópicos relevantes (p.ex.: questões comuns de saúde mental e apoio psicossocial, serviços disponíveis). | As sessões são facilitadas por um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental e/ou outros especialistas. As sessões são sob medida para um grupo-alvo - são dadas informações gerais a um grande grupo de pessoas em um lugar público, enquanto que as informações mais específicas são dadas a um grupo menor e mais seletivo (p.ex.: mães ou irmãs e irmãos de pessoas desaparecidas). | Os membros das famílias têm conhecimento suficiente dos assuntos que causam preocupação. Conhecem que serviços estão disponíveis e como ter acesso a eles. Os encaminhamentos adequados a serviços especializados são feitos quando necessário. |
| Atividades comemorativas | Dar uma oportunidade para os membros das famílias de lembrar os seus entes queridos de maneira positiva, compartilhar a sua dor com outros dentro do seu contexto social e, junto com outras pessoas na comunidade, fazer uma homenagem pública aos seus familiares. | Os membros das famílias participam do planejamento da cerimônia. Os atores relevantes estão convidados a participar, p.ex.: curandeiros tradicionais, líderes comunitários, autoridades de partidos políticos e do governo no nível local. Os eventos são supervisionados por um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental. | Os membros da família podem manter lembranças positivas dos seus entes queridos. As comunidades e/ou autoridades locais/nacionais reconhecem as famílias de pessoas desaparecidas e reduzem a marginalização. |
| Sessões grupais de sensibilização | Dar informações e sensibilizar grupos específicos quanto às necessidades e preocupações em termos de saúde mental e apoio psicossocial das famílias de pessoas desaparecidas. | As atividades são feitas sob medida para o público e pontos específicos de preocupação. Os grupos-alvos incluem membros da família, curandeiros tradicionais, líderes comunitários, autoridades de partidos políticos e do governo no nível local. As sessões são facilitadas por um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental. | As comunidades e/ou autoridades locais/nacionais entendem as necessidades específicas das famílias de pessoas desaparecidas e reduzem a marginalização. As comunidades e/ou autoridades locais/nacionais se tornam parte de uma rede de apoio mais ampla para as famílias das pessoas desaparecidas. |
| Dia Internacional dos Desaparecidos | Reconhecer publicamente a sorte das pessoas desaparecidas e apoiar a reintegração social das suas famílias. | Os eventos relevantes são organizados por um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental. Os grupos-alvos incluem membros da família, curandeiros tradicionais, líderes comunitários, autoridades de partidos políticos e do governo no nível local. | Os membros da família podem manter lembranças positivas dos seus entes queridos. Os membros das famílias podem retomar ou melhorar o seu funcionamento diário ao ajudar outras pessoas. As comunidades e/ou autoridades locais/nacionais reconhecem a sorte das pessoas desaparecidas e reduzem o sentimento de isolamento. |

Apoio individual ou familiar

Muitos programas oferecem acompanhamento individual, incluindo visitas domiciliares, consultas individuais e/ou familiares e encaminhamento para outros prestadores de serviços. Se as pessoas se recusarem a participar das sessões grupais, mas manifestarem determinadas necessidades e quiserem se beneficiar de um acompanhamento personalizado, podem ser oferecidas consultas individuais ou visitas domiciliares.

Nos programas que apoiam as famílias durante a recuperação e a identificação de restos mortais, o apoio individual e familiar poderá ser necessário em vários estágios do processo.

A tabela abaixo descreve as circunstâncias nas quais esse tipo de apoio é oferecido e como alguns desses elementos são aplicados no contexto de um dado programa:

| METODOLOGIA | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|------------------------------------|---|---|---|
| Visitas domiciliares | <p>Incentivar a participação nos programas de acompanhamento e prestar apoio psicológico e psicossocial para pessoas e/ou famílias que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estão psicologicamente afetados • Estão geograficamente isolados • Têm problemas de saúde que limitam a sua mobilidade • Têm pouca motivação ou apresentam um comportamento passivo • Precisam ser monitorados continuamente (requerem seguimento). | <p>Um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental visita a pessoa e/ou família em casa.</p> <p>A frequência e o nível de apoio depende das necessidades da família: se uma visita domiciliar substitui sessões de grupo (p.ex.: devido ao isolamento geográfico) o número de sessões é igual ao de sessões grupais, ou seja, de 6 a 10 sessões. Se as visitas domiciliares são oferecidas ademais do grupo de apoio como medida de seguimento (devido às necessidades psicológicas da família), uma média de 3 a 5 sessões são realizadas.</p> | <p>Familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podem ter acesso aos serviços de apoio; • Estão motivados a participar dos programas de acompanhamento; • Reduzem o seu nível de sofrimento psicológico; • Melhoraram o seu funcionamento diário; e • Ampliam o seu conhecimento e a sua habilidade de aplicar mecanismos de enfrentamento novos e existentes positivos. <p>Outras necessidades são identificadas e os encaminhamentos adequados são feitos.</p> |
| Atendimentos em consultório | <p>Prestar apoio psicológico e psicossocial a pessoas e/ou famílias com necessidades específicas e desafios que não podem ser trabalhados durante as visitas domiciliares ou sessões grupais.</p> | <p>Um acompanhante e/ou licenciado em saúde mental presta apoio individual e/ou familiar no seu consultório.</p> <p>A frequência e o nível do apoio depende das necessidades das famílias. Se as consultas nos consultórios substituem as sessões grupais (p.ex.: devido ao isolamento geográfico), o número permanece igual ao de sessões grupais, isto é, de 6 a 10 sessões. Se as consultas nos consultórios são oferecidas ademais das sessões grupais como medida de seguimento (devido às necessidades psicológicas da família), uma média de 3 a 5 sessões são realizadas.</p> | <p>Pessoas com desafios que não podem ser trabalhados durante sessões grupais ou visitas domiciliares recebem esse tipo de assistência.</p> <p>Fomentam-se o acesso aberto e o encaminhamento para outros prestadores de serviços.</p> <p>As pessoas são motivadas a tomarem medidas para resolver suas questões.</p> |
| Referenciamento | <p>Prestar apoio as pessoas e/ou famílias cujas necessidades não podem ser atendidas usando os recursos da rede de acompanhamento, referenciando-as a outros prestadores de serviços (p.ex.: instituições governamentais, outras ONGs, fundos, etc.).</p> | <p>Um acompanhante, licenciado em saúde mental ou outros licenciados relevantes referenciam uma pessoa e/ou família com necessidades de atendimento especializado em qualquer estágio do ciclo de acompanhamento.</p> | <p>Os prestadores de serviços especializados são mobilizados para assistir os membros da família.</p> <p>As necessidades específicas dos membros da família são trabalhadas.</p> <p>Os membros da famílias usam os serviços disponíveis e são incentivados a cuidar de si mesmos e uns dos outros.</p> |

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os programas dirigidos para apoiar as famílias de pessoas desaparecidas usam a estrutura do acompanhamento. Ao coletar e revisar a retroalimentação, são tomadas medidas para garantir que as estratégias e as atividades sejam específicas para um contexto e culturalmente adequadas. Dado que o acompanhamento combina várias formas de atividades de apoio, o monitoramento regular garante uma coordenação multidisciplinar melhorada. A ferramenta de coleta abrangente de dados SMAPS proporciona uma plataforma consolidada para a coleta e a análise de dados.

Todos os indicadores são definidos antes do início do programa e se estabelece um cronograma. Exemplos dos indicadores de desempenho e resultado usados para medir a efetividade das intervenções estão listados abaixo:

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|---|--|
| Desempenho | |
| Número de acompanhantes treinados para prestar serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços SMAPS (acompanhantes) para apoiar as famílias de pessoas desaparecidas |
| Número de acompanhantes treinados que são supervisionados | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a qualidade do seguimento e as medidas de monitoramento • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros (cursos de atualização e nível de apoio prestado por um supervisor/profissional de saúde mental) |
| Número de familiares com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial com acesso aos serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços SMAPS • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros |
| Número de familiares com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que recebem esse tipo de apoio de forma individual, grupal ou familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial para serviços particulares • Monitorar a utilização dos serviços SMAPS • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços SMAPS • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros |
| Número de familiares referenciados para serviços de saúde mental especializado / Número de familiares com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que atendem aos critérios para um encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a capacidade dos acompanhantes de identificar os casos que requerem encaminhamento e referenciar essas pessoas |
| Resultado | |
| Número de familiares que demonstrem redução nos níveis de sofrimento psíquico / Número de familiares que recebem apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de familiares que apresentam melhoras no funcionamento/ Número de familiares que recebem apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de familiares que apresentam melhoras na capacidade de enfrentamento / Número de familiares que recebem apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |

Como o acompanhamento usa um enfoque multidisciplinar, os indicadores relativos a outros componentes (isto é, que não sejam de saúde mental e apoio psicossocial) estão incorporados no processo de monitoramento e avaliação, dependendo das necessidades das famílias em um dado contexto. Exemplos de indicadores de desempenho que descrevem os caminhos para outras formas de acompanhamento incluem:

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|---|---|
| Desempenho | |
| Número de familiares que foram referenciados a serviços jurídicos | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre as necessidades legais que atendem aos critérios do encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a habilidade dos acompanhantes de identificar casos que exijam encaminhamento e referenciar essas pessoas |
| Número de familiares referenciados a serviços econômicos | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre as necessidades econômicas que atendem aos critérios do encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a habilidade dos acompanhantes de identificar casos que exijam encaminhamento e referenciar essas pessoas |
| Número de familiares referenciados a serviços médicos | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre as necessidades médicas que atendem aos critérios do encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a habilidade dos acompanhantes de identificar casos que exijam encaminhamento e referenciar essas pessoas |
| Número de familiares referenciados a serviços de proteção | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre as necessidades em termos de proteção que atendem aos critérios do encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a habilidade dos acompanhantes de identificar casos que exijam encaminhamento e referenciar essas pessoas |

GLOSSÁRIO DE TERMOS USADOS NO MONITORAMENTO E NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS SMAPS PARA OS FAMILIARES DE PESSOAS DESAPARECIDAS

Necessidades SMAPS: categorizadas segundo os níveis de sofrimento psíquico, funcionamento e enfrentamento; medidas usando escalas padronizadas.

Familiares: Parente de uma pessoa desaparecida (definição detalhada em Pontos de Preocupação).

Sofrimento psíquico: Os níveis de sofrimento psíquico são medidos usando escalas padronizadas.

Funcionamento: Os níveis de funcionamento são medidos usando escalas padronizadas.

Enfrentamento: Os mecanismos de enfrentamento são medidos usando escalas padronizadas.

Serviços legais: Serviços que atendem as necessidades jurídicas.

SMAPS/Serviços SMAPS: Apoio/serviços que atende(m) as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial, prestado(s) como parte de um programa SMAPS.

Serviços especializados de saúde mental: Serviços que atendem as necessidades de pessoas com problemas mentais graves/complexos, incluindo distúrbios psiquiátricos.

Serviços econômicos: Serviços que atendem as necessidades econômicas.

Serviços médicos: Serviços que atendem as necessidades médicas.

Referenciamento: As necessidades específicas de um familiar são identificadas e a pessoa é, então, referenciada a um serviço adequado para atender as suas necessidades.

Treinamento para prestar serviços SMAPS: Os níveis de treinamento oferecidos em termos de saúde mental e apoio psicossocial variarão segundo as necessidades das vítimas, a disponibilidade de licenciados em saúde mental, e o gap entre as necessidades e a disponibilidade de serviços SMAPS, e as habilidades e a disponibilidade dos acompanhantes que serão treinados. O treinamento pode incluir uma variedade de técnicas de apoio psicológico básico e/ou técnicas psicoterapêuticas mais complexas adequadas às necessidades das vítimas.

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- **Enfoque multidisciplinar**

O enfoque multidisciplinar usado nos programas de acompanhamento é tanto um ponto forte, como um grande desafio. Os programas de acompanhamento eficazes se baseiam no resultado da avaliação de necessidades e garantem uma resposta adequada para essas. Para tal, é crucial que as equipes no terreno trabalhem de forma coordenada para darem uma resposta integrada.

- **Apoio de longo prazo**

Para serem eficazes, os programas que apoiam as famílias de pessoas desaparecidas devem adotar um enfoque de longo prazo desde o princípio; o processo de tentar descobrir o que aconteceu com os familiares desaparecidos e lidar com as consequências do desaparecimento, é inevitavelmente longo e lento.



**Halte à la violence
contre les femmes
et les enfants!**

**Halte à la violence
contre les femmes!**

Elle t'a
porté dans
son sein,
Elle t'a
porté sur
son dos,
Elle te
porte dans
son coeur.

Respectez-la!

Réalisé par la Division



Vive la Paix e...



**TOUS UNIS CONTRE LA GUERRE ET
LA PAIX AU NORD-KIVU**

3. VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

PONTOS DE PREOCUPAÇÃO

A violência³¹ destrói vidas, separa famílias e comunidades, e ameaça o desenvolvimento. Estima-se que aproximadamente, 20 por cento da população mundial está afetada por alguma forma de conflito, violência ou insegurança.³² A violência, que está cada vez mais generalizada tanto no nível nacional, como no regional, arruína o progresso social e econômico. Novos tipos de conflito surgem: além das fronteiras, urbanos e/ou altamente voláteis. Embora o número de conflitos internacionais esteja diminuindo, os conflitos armados internos e as situações de violência duradouras são cada vez maiores.

A violência é o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Definição da OMS³³

A dinâmica da violência e do conflito se torna mais complexa assim como o impacto na população. Mais pessoas morrem como consequência de conflitos, violência ou insegurança,³⁴ ao mesmo tempo em que o impacto psicológico e social se torna cada vez mais abrangente. Os conflitos armados e outras situações de violência quase sempre resultam em uma grande onda de pessoas deslocadas internamente e refugiados, o que representa uma enorme pressão sobre os serviços públicos e, em alguns casos, pode levar a um colapso total da infraestrutura básica. A violência separa e destroça famílias e comunidades, debilitando e destruindo as redes sociais de apoio. Nesse clima de perigo, incerteza e perda, as vítimas/sobreviventes³⁵ da violência estão propensas a enfrentar dificuldades em termos de saúde mental e apoio psicossocial de médio e longo prazos. Em um momento de extremo sofrimento psíquico, quando a habilidade básica das pessoas de funcionarem no dia a dia foi reduzida, a falta de serviços de saúde mental e apoio psicossocial de qualidade indica que a maioria das vítimas não têm acesso ao atendimento. Nos casos em que os esforços humanitários de assistência são impossibilitados pela violência, o acesso ao atendimento pode ser ainda mais difícil.

As vítimas de violência sexual são um grupo vulnerável que requer um apoio especial durante os conflitos armados e outras situações de violência. A violência sexual se torna mais corrente quando os sistemas de proteção, segurança e justiça estão enfraquecidos. De fato, esse tipo de violência quase sempre é usado com o um método estratégico de guerra. A violência sexual é um problema generalizado e devastador, com consequências de grande alcance para as vítimas, as suas famílias e comunidades afetadas. É um ato de dominação violenta arraigado a uma complexa rede de preconceitos culturais, sobretudo com relação aos papéis dos gêneros. A violência sexual relacionada com conflitos inclui

31 Para efeitos deste documento, “vítimas de violência” inclui vítima de violência sexual e crianças afetadas pela violência.

32 Banco Mundial, *Indicadores de Desenvolvimento Mundial 2016*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2016.

33 OMS, *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde: Resumo*, OMS, Genebra, 2002, p. 4

34 Instituto de Estudos Estratégicos (ISS), *Pesquisa sobre Conflitos Armados 2015*, ISS, 2015

35 Ao mesmo tempo em que o CICV recomenda o uso do termo “vítima” para descrever as pessoas que sofreram atos de violência – em particular, de violência sexual – para enfatizar que esses constituem uma violação grave do Direito Internacional, existem críticas sobre o termo que o consideram desempoderador e implica enfraquecimento, impotência e passividade. Os textos que falam sobre resiliência fomentam o uso do termo “sobrevivente”, cuja conotação de ator, entusiasta e ativo ao descrever as pessoas que sofreram a violência, assim como para evitar o viés negativo nas organizações e prestadores de serviços que usem tais rótulos. Nessas orientações do CICV, no entanto, usam os termos “vítima” e “vítima/sobrevivente” para ilustrar melhor as complexas identidades daqueles que sofreram a violência e devem lidar com as suas consequências. Por essas razões, ambos os termos são usados neste documento.

estupro, escravidão sexual, exploração sexual, prostituição forçada e qualquer outra forma de violência sexual direta ou indiretamente vinculada ao conflito.

A maioria das vítimas de violência sexual relacionada com conflitos são mulheres e meninas. Os homens e meninos também são atacados e são particularmente vulneráveis quando estão em detenção ou quando são forçosamente recrutados por forças armadas e/ou grupos armados. É comum que as vítimas de violência sexual sejam revitimizadas, sendo estupradas inúmeras vezes durante a sua vida por diferentes perpetradores ou grupos de perpetradores.

Violência sexual: atos de natureza sexual imposto à força, ameaça de força ou coerção devido à ameaça de violência, constrangimento, detenção, opressão psicológica ou abuso de poder, que podem ser perpetrados contra mulheres, homens, meninas ou meninos. A violência sexual pode também incluir quaisquer dos atos a seguir: estupro, escravidão sexual e prostituição, gravidez ou esterilização forçada, ou qualquer outra forma de violência sexual de gravidade comparável. A violência sexual não se limita à violência física e não necessariamente tem que incluir contato físico. Engloba estupro anal e vaginal; nudez forçada; masturbação forçada; estupro forçado de outros; ser forçado a presenciar o estupro de outros, incluindo família amigos ou codetidos; uso de instrumentos nas genitais; trauma, por exemplo, ser agredido com pedaços de pau, fio, etc.; e ameaças sexuais verbais.

Definição do CICV³⁶

Mesmo fora de uma situação de crise, a violência sexual muitas vezes não é denunciada, e isso por diversas razões: as vítimas devem enfrentar o medo à retaliação ou pensam que ninguém acreditará nelas; ou podem carecer de apoio ou ter perdido a fé nos serviços públicos disponíveis. Muitas vítimas de violência sexual temem o ostracismo ou o estigma; podem inclusive sentir medo de serem feridas ou mortas pela sua família ou pela comunidade, se revelarem o que aconteceu com elas ou se buscarem ajuda. Com frequência, os perpetradores são conhecidos da vítima – podem ser o arrimo da família ou oferecer dinheiro pelos atos sexuais. Nesses casos, a vítima pode se sentir encurralada ou desesperada, levando a um maior dano psicológico e psicossocial.

Esses problemas são exacerbados em contextos de conflito, portanto aumentando a probabilidade de que os incidentes de violência sexual não sejam denunciados ou que suas vítimas não sejam atendidas. Em casos nos quais o atendimento está disponível, as vítimas enfrentam uma escolha dolorosa: se buscarem tratamento, deverão revelar informações e, possivelmente, enfrentar a rejeição e o estigma; se não, deverão viver com o fardo da dor, sofrimento e culpa sozinhas. Isso pode fazer mal à saúde e ao bem-estar delas no curto e longo prazos.

As crianças são um outro grupo vulnerável que requerem consideração especial, em particular as crianças separadas de quem zela por elas. Sem a proteção e os cuidados das suas famílias em um momento em que mais precisam, elas quase sempre estão mais vulneráveis à fome, doenças, violência, recrutamento militar, exploração e ataques sexuais.

³⁶ Com base em uma definição incluída no *Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional e em Elementos dos Crimes* do Tribunal.

Uma **criança separada** é uma criança que está separada de ambos os pais ou de um cuidador legal ou costumário anterior, mas não necessariamente de outros parentes. Uma criança separada, portanto, pode estar acompanhada de outros familiares adultos. Uma **criança desacompanhada**, também chamada menor desacompanhado, é uma criança que foi separada de ambos os pais e de outros parentes e não está sob os cuidados de nenhum adulto que, por lei ou costume, é responsável por fazê-lo.

Definição adaptada dos Princípios Orientadores Interações Relativos a Crianças Não Acompanhadas ou Separadas³⁷

Uma **criança associada com as forças armadas ou grupos armados** é qualquer pessoa menor de 18 anos que é ou foi recrutada ou usada por uma força armada ou grupo armado em qualquer qualidade, incluindo mas sem se limitar a crianças, meninos e meninas, usados como combatentes, cozinheiros, portadores, mensageiros, espiões ou para fins sexuais. Não se refere apenas a uma criança que esteja participando ou tenha participado de hostilidades.

Definição adaptada dos Princípios de Paris³⁸

As vítimas de violência, incluindo as vítimas de violência sexual e as crianças, podem encontrar muitas dificuldades em conseguir assistência. Quando essa assistência é prestada, os preconceitos daqueles que zelam por elas ou a falta de treinamento pode fazer com que as vítimas se sintam culpadas, revitimizadas ou estigmatizadas. O medo e a vergonha levam ao silêncio, dificultando a identificação de pessoas que precisam de apoio.

NECESSIDADES EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

As vítimas de violência em contextos de conflito podem estar expostas simultaneamente a muitos tipos diferentes de violência: as mortes violentas de familiares ou amigos; exílio ou deslocamento forçado e a perda de um familiar ou de tudo que estimava, incluindo a sua casa, posses, costumes e tradições. O impacto acumulativo dessas experiências de violência nos relacionamentos interpessoais pode ser incapacitante e crônico. As vítimas podem não ser capazes de cumprir com as suas responsabilidades familiares, como ocupar-se do lar, cuidar das crianças ou sair para trabalhar. A violência também tem um impacto coletivo sobre o bem-estar psicológico das comunidades, ao enfraquecer a coesão social e debilitar os mecanismos de enfrentamento que poderiam ajudar as vítimas a se recuperarem. Portanto, as consequências psicológicas e psicossociais da violência estão estreitamente correlacionadas e impossíveis de dissociar.

As vítimas de violência enfrentam diversos problemas psicossociais e de saúde mental. No entanto, os sintomas psicossomáticos comuns incluem dor de cabeça, abdominal e nas costas, que levam a consultas frequentes, mas ineficazes, a médicos. As vítimas também muitas vezes sofrem de depressão, ansiedade e sintomas relacionados com o trauma, como a sensação de entorpecimento emocional, o isolamento social e a revivência da experiência traumática. Podem desenvolver mecanismos de enfrentamento nocivos, incluindo automutilação, uso abusivo de substâncias e/ou comportamento agressivo; que causa ainda mais danos. Em casos crônicos, esses sintomas muitas vezes levam a níveis importantes de

³⁷ CICV, CIR, Save the Children, UNICEF, ACNUR e World Vision, *Princípios Orientadores Interações Relativos a Crianças Não Acompanhadas ou Separadas*, CICV, Genebra, 2004: https://www.unicef.org/protection/IAG_UASCs.pdf

³⁸ UNICEF, *Princípios de Paris: Princípios e Orientações Relativos a Crianças Associadas com Forças Armadas e Grupos Armados*, 2007: <https://www.unicef.org/emerg/files/ParisPrinciples310107English.pdf>

disfunção e incapacidade. O impacto da violência sobre a vítima depende de vários fatores, incluindo o histórico pessoal da vítima, a sua relação com o(s) perpetrador(es) e se a vítima conta ou não com uma rede social de apoio.

As vítimas de violência sexual, em particular, sofrem uma forma muito íntima de violação. Podem reagir de formas muito diferentes, porém, a maioria delas acredita que a experiência destrói o seu sentido de proteção pessoal e ameaça as suas pressuposições e crenças sobre si mesmas e sobre o mundo à sua volta. A consequência de um ataque pode ser tão punitiva e dolorosa como o incidente em si: há evidências de que as vítimas de estupro apresentam altos níveis de estresse psicológico na primeira semana após o ato. Esse estresse alcança um pico três semanas após o estupro e permanece alto por até dois meses, antes de, finalmente, baixar.³⁹ Em alguns casos, os sintomas podem evoluir e se transformar em um distúrbio relacionado com o trauma e/ou, finalmente, levar a mudanças permanentes de comportamento ou personalidade. Os familiares e membros das comunidades podem humilhar, culpar, rejeitar ou estigmatizar as vítimas, que com frequência devem enfrentar os avassaladores sentimentos de vergonha, culpa e medo. Independente de se as vítimas falam ou não sobre as suas experiências, elas quase sempre se sentem isoladas e vulneráveis a mais maus-tratos.

As crianças afetadas pela violência, sobretudo as que foram separadas das suas famílias e/ou estão associadas com as forças armadas, requerem um atendimento específico. É mais provável que as dificuldades psicológicas dessas crianças se manifestem como sintomas psicossomáticos. Elas podem sofrer de depressão, ansiedade, raiva ou problemas para dormir (p. ex.: insônia, pesadelos, enurese noturna, sonambulismo ou excesso de sono). Elas podem reviver constantemente as experiências traumáticas, lembrando o que viram ou o que foram obrigadas a fazer. Como consequência, podem sofrer sintomas relacionados com o trauma - re-experimentação involuntária de evento (flashbacks), comportamentos evasivos ou hipervigilância. No longo prazo, as crianças podem continuar sentindo medo de serem raptadas ou podem tentar escapar, mesmo quando estão seguras.

As crianças que participaram de hostilidades como membros de um grupo armado vivenciam dificuldades psicológicas quando são reintegradas à sociedade e precisam se readaptar à vida civil. A experiência delas provavelmente tem um impacto direto no seu comportamento e no seu relacionamento com outras pessoas, incluindo familiares, pares e comunidade. Mais do que isso, no caso das crianças que foram obrigadas a entrar para um grupo armado devido a falta de trabalho, violência doméstica, ausência de quem zele por elas ou desejo de vingança, a sua reintegração pode ser extremamente difícil, já que voltam ao mesmo entorno que deixaram para trás.

Quando essas crianças se reencontram com as suas famílias, pode ser difícil se reintegrar à sociedade. Os familiares e as comunidades podem ter pavor de voltar a conviver com uma pessoa que eles consideram mais como um perpetrador do que como uma vítima, sobretudo se a criança foi obrigada a cometer atrocidades e violência durante a separação. Desta forma, a criança pode enfrentar estigmas ou até mesmo a completa rejeição. As crianças também podem sentir que não são compreendidas e estão isoladas se a comunidade não reconhecer determinadas habilidades que adquiriram e pelas quais foram elogiadas durante o período que fizeram parte de um grupo armado, como por exemplo, liderança ou habilidades de combate. É especialmente importante que as comunidades e familiares ajudem essas crianças que voltam depois de passarem por um grupo armado a se reintegrarem à vida normal. As famílias reunificadas devem aprender novas formas de se relacionar entre si e precisam criar uma nova dinâmica familiar. As crianças estão mais propensas a sofrer problemas psicossociais e de saúde mental após uma longa separação, em particular, se foram reunificadas com parentes distantes ou quando a família enfrenta circunstâncias financeiras muito difíceis.

Ao responder as necessidades das crianças, a proteção do bem-estar e dos interesses delas deve estar no centro de todas as atividades.

³⁹ R. Campbell, "Mental health services for rape survivors: Current issues in therapeutic practice", Violence Against Women Online Resources, 2001, págs. 1-9.

RESPOSTA EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

O CICV se esforça para responder o sofrimento e as necessidades das pessoas afetadas por conflitos armados e violência, e para trabalhar tanto as causas como os efeitos de tais circunstâncias. As suas atividades são multidisciplinares e incluem tomar medidas preventivas, prestar assistência às vítimas/sobreviventes (para curar e acompanhar) e proteger indivíduos e grupos vulneráveis.

Uma resposta eficaz requer uma estrutura psicossocial sólida para que seja mais fácil e mais seguro para as vítimas se apresentarem. Para isso, é importante um planejamento de programa que leve em consideração o contexto sociocultural da violência, facilite a participação da comunidade e fortaleça a confiança entre os prestadores de serviços e as comunidades, simultaneamente.

A resposta planejada precisa incorporar atendimento médico, psicológico e psicossocial. Como delineado na Estratégia de Saúde 2014–2018 do CICV, uma resposta de saúde integral é necessária para prestar um atendimento contínuo para as vítimas de conflitos armados e outras situações de violência.

Embora as vítimas poucas vezes falem abertamente das suas experiências, elas podem buscar tratamentos para sintomas físicos (p.ex.: ferimentos, cansaço, dores de cabeça, infecções urinárias e/ou doenças sexualmente transmissíveis). Desta forma, os estabelecimentos de saúde (isto é, postos de saúde, centros de saúde e hospitais) podem desempenhar um papel-chave para ajudar na identificação das vítimas de violência. De mesma maneira, é importante considerar o papel dos líderes religiosos e comunitários, que muitas vezes são membros de confiança da comunidade. Dado que as vítimas de violência podem recorrer a eles em busca de apoio e orientação, os líderes comunitários podem também ajudar a identificar as pessoas que precisam de apoio.

Para trabalhar as necessidades de maneira mais eficaz, é crucial criar um ambiente seguro para as vítimas de violência. Isso implica adotar um enfoque de “não causar danos” que se estenda além da gestão clínica. As vítimas precisam poder revelar detalhes da violência que sofreram aos prestadores de serviços sem correr o risco de serem estigmatizadas. As atividades de assistência à saúde, sejam elas nos centros de saúde, sejam no nível da comunidade, devem ser discretas e devem visar a todas as pessoas afetadas pela violência, protegendo a identidade de vítimas específicas (sobretudo, as que são vítimas de violência sexual) e garantindo a total confidencialidade.

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

Avaliar as necessidades psicológicas e psicossociais das vítimas de violência é um desafio que deve ser trabalhado com precaução. É difícil identificar as vítimas, sobretudo as vítimas de violência sexual, para avaliar as suas necessidades, identificar os pontos de entrada e elaborar um programa multidisciplinar pertinente. Como as vítimas são relutantes em revelar detalhes das suas experiências. Uma avaliação precisa detectar problemas invisíveis e silenciosos. Mais do que isso, os prestadores de serviço nem sempre estão dispostos a reconhecer que houve um ataque sexual. Essa relutância, junto com o silêncio da vítima, torna difícil detectar os problemas. Portanto, é importante que o processo de avaliação de necessidades crie um espaço onde se possa superar o silêncio e a relutância; as considerações psicológicas e psicossociais são essenciais para isso.

Os **pontos de entrada** são mecanismos de apoio que as vítimas reconhecem, confiam e podem acessar. Uma resposta eficaz às necessidades das vítimas funciona mediante o fortalecimento de pontos de entrada, de modo que as vítimas possam ser identificadas e possam receber apoio e acompanhamento de maneira acessível, manter a confiança delas e não perpetuar o estigma.

As avaliações devem ser realizadas sem obrigar as vítimas a revelarem o que aconteceu com elas. No entanto, à medida que as lembranças traumáticas vão surgindo durante o processo, é importante evitar traumatizar ainda mais as vítimas quando elas relembram experiências terríveis. Os profissionais de saúde mental são relevantes durante esse processo já que contam com as habilidades para prestar psicoeducação (isto é, informações sobre reações psicológicas específicas e estratégias positivas de recuperação) e apoio psicológico e, se necessário, também pode encaminhar as vítimas. Mais do que isso, as vítimas podem se abrir se virem que a entrevista e/ou grupo de discussão não é apenas um exercício para recolher informações.

Uma avaliação de necessidades voltada para os sobreviventes é um processo participativo que leva em consideração os mecanismos de enfrentamento existentes, sugestões e expectativas. As vítimas precisam ser consultadas sobre onde e a quem recorreram em busca de ajuda. Entre as perguntas a serem feitas, estão: *Quando você sente a necessidade de conversar sobre o que aconteceu, existe alguém na comunidade com quem você pode falar? Se você estiver se sentindo fisicamente mal como consequência do que aconteceu com você, aonde você vai para obter ajuda?* As respostas a essas perguntas dão informações sobre possíveis “pontos de entrada” para uma resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial.

Como parte de uma avaliação abrangente do CICV de necessidades voltada para os sobreviventes, os seguintes aspectos são considerados:

Vítimas: identificar e encaminhar (se necessário) as vítimas de violência; avaliar os fatores de risco específicos, grupos vulneráveis, e as suas necessidades; identificar as atuais necessidades em termos de saúde, preocupações e pontos fortes das vítimas e das comunidades, incluindo apoio social (rejeição/inclusão) e a sua percepção e experiência na questão do estigma.

Estabelecimentos de saúde: avaliar o potencial dos estabelecimentos de saúde para atender as vítimas tanto no nível primário como no secundário, incluindo postos de saúde, centros de saúde e hospitais, em cooperação com profissionais de saúde. Para as vítimas de violência sexual, inclui o(s) tipo(s) e a disponibilidade de tratamento médico para a gestão clínica⁴⁰ adequada.

Parceiros estratégicos: identificar os atores-chaves na comunidade e nos estabelecimentos de saúde envolvidos no atendimento das vítimas de violência. Avaliar a eficácia dos serviços existentes, incluindo os de saúde, saúde mental e psicossocial.

Envolvimento com a comunidade: é essencial envolver os atores-chaves da comunidade, já que as vítimas de violência quase sempre têm medo de entrar em contato com os serviços formais. Identificar os recursos e os obstáculos dentro da comunidade para atender as necessidades das vítimas, incluindo as barreiras no acesso. A avaliação também ajudará a identificar as atitudes e as práticas dos atores-chaves dentro dos setores de saúde, psicossocial, segurança, direitos humanos e jurídico (as equipes de saúde e proteção do CICV fazem isso juntas). Outro aspecto jurídico importante é considerar a emissão de um atestado médico em conformidade com as disposições legais existentes.

⁴⁰ Ver OMS e ACNUR, *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (edição revisada), OMS e ACNUR, Genebra, 2004: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1>

Os métodos usados para recolher estas informações incluem entrevistas semiestruturadas (individuais/em pequenos grupos):

1. membros da comunidade, separados por gênero (p.ex.: quando se enfoca a violência sexual, é recomendado que as mulheres e os homens estejam em grupos separados) e idade;
2. prestadores de serviços informais, incluindo líderes comunitários (p.ex.: líderes religiosos, parteiras, associações/grupos de mulheres);
3. prestadores de serviços de saúde (p.ex.: médicos, enfermeiros, profissionais de saúde mental e parteiras);
4. outras partes interessadas relevantes.

Quando estiver avaliando as necessidades de vítimas/sobreviventes de violência sexual mediante entrevistas grupais ou individuais em um lugar seguro, é fundamental garantir a confidencialidade e a privacidade. Os tópicos dessas entrevistas grupais e individuais precisam ser amplos o suficientes para propiciar que as vítimas falem das sua experiência de violência sexual sem que sejam explicitamente convidadas a fazê-lo (p.ex.: saúde reprodutiva, saúde da mulher ou violência no geral). Isso garantirá que o processo de avaliação não desempodere ou estigmatize ainda mais as vítimas/sobreviventes.

Determinar a necessidades ou não de realizar entrevistas grupais e/ou individuais depende das práticas e crenças socioculturais. Em alguns contextos, pode ser possível entrevistar mulheres juntas em grupos, enquanto que em outros, um líder do sexo masculino pedirá para estar presente - o que poderá desencorajar as mulheres a falarem abertamente. Da mesma maneira, em determinadas situações, realizar uma entrevista na casa da vítima pode garantir a privacidade, enquanto que em outros, as pessoas podem não querer revelar o que aconteceu ao alcance dos ouvidos de familiares. Fatores socioculturais também devem ser levados em consideração quando se decide em envolver ou não assessores do sexo masculino ou feminino, tradutores, entrevistadores ou facilitadores do grupo.

Como a violência sexual não é denunciada com frequência, a sua prevalência não pode ser determinada com base somente no número de casos registrados. Os mecanismos para identificar ativamente as vítimas precisam estar empregados durante o processo de avaliação. Isso pode incluir perguntar aos prestadores de serviço de saúde sobre o número de pacientes que apresentam sintomas ou sinais de violência sexual (p.ex.: ferimentos sem explicação, doenças sexualmente transmissíveis, sintomas psicológicos de violência, etc.).

Para recolher um volume de informação abrangentes, recomenda-se que pelo menos dez sessões de entrevistas (individuais e em grupo) sejam realizadas em cada lugar, por um período máximo de três meses. Mais informações podem ser reunidas a partir de fontes secundárias, incluindo denúncias realizadas por organizações internacionais, ONGs, organizações de direitos humanos e revistas contendo informações públicas. Quando avaliar a relevância e a factibilidade de integrar atendimento SMAPS nos estabelecimentos de saúde, o CICV usa uma Lista de Verificação para a Integração de Saúde Mental em Atendimentos Primários de Saúde em Contextos Humanitários⁴¹ desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Esta lista é usado principalmente em discussões de grupos focais com profissionais de saúde.

Após a avaliação, esboça-se um relatório abrangente no qual se detalham as recomendações para a elaboração do programa, incluindo a estratégia, cronograma e recursos financeiros e humanos necessários. A natureza transversal das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial significa que uma análise multifacetada do problema deve ser realizada desde o início e as recomendações resultantes devem ser multidisciplinares por natureza. Quando se avaliam as necessidades das vítimas de conflitos armados, as equipes do CICV (p.ex.: saúde, segurança econômica, água e habitat, e proteção) realizam em conjunto avaliações detalhadas de necessidades.

⁴¹ OMS e ACNUR, Checklist for Integrating Mental Health in Primary Health Care in Humanitarian Settings, em *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*, OMS e ACNUR, Genebra, 2012.

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Os programas SMAPS podem ser implementados durante uma emergência (curto prazo) ou durante situações de violência crônica (médio ou longo prazos). Em ambos cenários, um delegado SMAPS deve avaliar, elaborar, implementar e supervisionar os programas. Os programas de emergência podem durar de **3 a 6 meses**, enquanto que em situações de violência crônica recomenda-se que o programa seja implementado por pelo menos **12 meses**. Em todos os programas, os oficiais de terreno SMAPS/psicólogos da região precisam ser recrutados o quanto antes para que a capacidade transmitida seja apropriada localmente.

Devido à diversidade de contextos e necessidades, não existe uma resposta única para as vítimas/sobreviventes; os programas são feitos sob medida para os pontos de entrada identificados pelas vítimas, as idiossincrasias culturais e as necessidades em termos de saúde. O nível de envolvimento e o nível de apoio prestado dependem das necessidades e dos recursos determinados, assim como os objetivos e os resultados esperados do programa. Os pontos de entrada (isto é, mecanismos existentes de apoio reconhecidos, confiáveis e de fácil acesso para as vítimas) são reforçados para poder aumentar o apoio médico, psicológico e psicossocial, ao mesmo tempo em que os tipos de pontos de entrada determinam as características do programa e das atividades:

1. Se os estabelecimentos de saúde (isto é, postos de saúde, centros de saúde e hospitais) são considerados o melhor ponto de entrada, o programa se concentrará em treinar a equipe de saúde para prestar atendimento médico e psicológico básico (um treinamento psicoterapêutico pode ser providenciado em situações específicas) e, quando possível, incorporar um licenciado em saúde no estabelecimento. Em ambos os casos, é necessário organizar uma equipe de sensibilização cuja tarefa é desenvolver uma rede de apoio psicossocial.
2. Se o melhor ponto de entrada é oferecido pelos serviços comunitários (p.ex.: líderes religiosos ou comunitários, organizações populares), o programa se concentrará em fortalecer a prestação de apoio psicológico e psicossocial, enquanto que o atendimento médico será tratado através de encaminhamentos.



1. Integração de programas para vítimas/sobreviventes da violência (incluindo violência sexual) nos estabelecimentos de saúde

Existe um consenso internacional de que a prestação de assistência à saúde mental em estabelecimentos de saúde (p.ex.: postos de saúde, centros de saúde e hospitais) é crucial para prestar um serviço abrangente. A assistência de saúde mental e apoio psicossocial é prestada de melhor maneira dentro de uma pirâmide de atendimento na qual a assistência primária à saúde funciona como uma ponte entre o atendimento comunitário informal e o autoatendimento em uma ponta, e os estabelecimentos e serviços especializados de saúde mental na outra.

A Declaração de Alma-Ata, adotada em 1978, foi a primeira declaração internacional a reforçar a importância da assistência primária à saúde e teve um papel fundamental ao estabelecer as bases para a proteção e a promoção da saúde no mundo todo.⁴² No seu primeiro princípio, a Declaração reafirma a definição da OMS de saúde como “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.⁴³ A Declaração também estipula que a assistência primária à saúde se trata de prestar uma “assistência essencial à saúde” que se baseia nas necessidades das pessoas e que seja universalmente acessível aos indivíduos e às famílias na comunidade, sendo portanto prestada o mais perto possível de onde as pessoas vivem e trabalham.

Tanto a OMS⁴⁴ como o IASC⁴⁵ recomendam integrar os serviços básicos nos estabelecimentos de assistência primária à saúde para reduzir a brecha da saúde mental, ou seja, melhorar o acesso para as pessoas com distúrbios na saúde mental comuns. Além de assegurar o maior acesso ao atendimento SMAPS, essa abordagem também previne o estigma relacionado com ser tratado em um estabelecimento psiquiátrico. Os serviços integrados de saúde mental e apoio psicossocial facilitam a identificação e o tratamento precoces em um ambiente solidário, com um acompanhamento eficaz.

Para responder melhor as necessidades das vítimas de saúde mental e apoio psicossocial, o CICV se concentra em fortalecer os estabelecimentos de assistência primária à saúde, que funcionam como pontos de entrada-chaves para a prestação de atendimento de saúde mental. Esta abordagem inclui enfatizar o uso oportuno dos kits pós-estupro, que contêm medicamentos essenciais e equipamentos para atender as vítimas de maneira adequada,⁴⁶ garantindo que a equipe de saúde entenda que o acompanhamento de pacientes é fundamental para garantir que este tratamento seja cumprido. As equipes de saúde nesses estabelecimentos (p.ex.: médicos, enfermeiros e clínicos-gerais que são os primeiros a atender) são treinados para identificar as vítimas de violência mediante perguntas de triagem e assistir as vítimas com apoio psicológico básico. A abordagem padrão inclui treinamento, orientação e acompanhamento de perto, para permitir que a equipe de saúde preste apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial em forma de consultas individuais e, se for necessário, encaminhamento das vítimas para licenciados em saúde mental integrados no estabelecimento de saúde ou para serviços especializados de saúde mental. Em determinadas situações, a equipe de saúde pode ela mesma ser treinada para prestar apoio psicoterapêutico. No entanto, devido à alta carga de trabalho e às pressões de tempo que essa equipe já enfrenta, essa abordagem nem sempre é comum.

Ao assistir as vítimas de violência, em particular as de violência sexual, nos estabelecimentos de saúde, é essencial garantir a confidencialidade e a privacidade. Esta abordagem envolve lidar com elas com sensibilidade e registrar os seus casos com discrição. Também é importante evitar rotular os serviços prestados que podem, mais adiante, estigmatizar

⁴² Declaração de Alma-Ata, adotada na Conferência Internacional sobre Assistência à Saúde Primária, Alma-Ata, URSS, 6–12 de setembro de 1978.

⁴³ Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada em 22 de julho de 1946.

⁴⁴ OMS e Organização Mundial de Médicos da Família (Wonca), *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*, Singapura, 2008; OMS, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings* (versão 2.0), OMS, Genebra, 2016.

⁴⁵ IASC, *Orientações do Comitê Permanente Interagências para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Contextos de Emergências*, IASC, Genebra, 2007.

⁴⁶ Mais informações, ver OMS e ACNUR, *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (edição revisada), OMS e ACNUR, Genebra, 2004: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1>

ou prejudicar as vítimas (p. ex.: evitar termos como “clínica de estupros” ou “centro de violência sexual”). O ideal é que o apoio psicológico deve ser incorporado na estrutura dos serviços existentes. O apoio psicológico pode ser prestado tanto mediante o treinamento de uma equipe que já trabalha com esses serviços ou empregando conselheiros ou psicólogos treinados para prestar serviços de apoio a todas as vítimas de violência e prevenir o estigma.

Em crises agudas nas quais os estabelecimentos de assistência primária à saúde deixaram de funcionar, o CICV envia unidades de saúde para prestar atendimento médico de emergência. É possível que essas atividades sejam temporariamente incorporadas aos serviços já prestados pelas unidades móveis de saúde, até que os estabelecimentos permanentes sejam reabertos.

2. Integrar os programas para vítimas/sobreviventes da violência (incluindo violência sexual) aos serviços comunitários

Essas capacidades dos atores comunitários locais (identificados como pontos de entrada apropriados para a prestação de assistência) são desenvolvidas com o uso de uma abordagem participativa. Esses atores, que incluem líderes comunitários ou chefes de grupos de mulheres, são empoderados para prestar apoio adequado e eficaz às vítimas de violência. O treinamento oferecido permite que incorporem apoio psicológico às atividades existentes. Além disso, os prestadores de serviços de saúde mental existentes são identificados e os atores comunitários são treinados para detectar as vítimas que precisam de encaminhamento para serviços mais especializados.

Os atores comunitários treinados podem dirigir grupos de apoio que trabalhem problemas de saúde mental e apoio psicossocial. Esses grupos podem ajudar as pessoas que se recusam a buscar ajuda ou que decidem não deixar o tratamento devido a barreiras no acesso. Também podem ser muito eficazes em culturas que valorizam as relações na comunidade e a coesão social.

Atividades informativas e de sensibilização

As vítimas devem, muitas vezes, navegar um labirinto institucional para ter acesso aos serviços, que pode ser uma experiência confusa e desanimadora. O CICV pode treinar e empoderar membros-chaves da comunidade para serem os primeiros pontos de contato para as vítimas de violência. Para as vítimas de violência sexual, em particular, as equipes de sensibilização podem dar informações e apoio antes, durante e depois do tratamento médico. O trabalho de sensibilização funciona como uma rede de proteção para facilitar o acesso em situações nas quais o sistema de saúde não pode lidar com a demanda ou levaria ao estigma.

As atividades de sensibilização incluem campanhas de informação e conscientização generalizadas. As equipes de sensibilização informam sobre a disponibilidade e a localização de serviços, motivam as pessoas a buscarem apoio e acompanham as vítimas no nível da comunidade. Também ensinam as pessoas a reconhecerem os sinais de sofrimento psíquico, as consequências da violência e o impacto negativo do estigma. O objetivo dessas atividades é incentivar as vítimas a buscarem ajuda e reduzirem o estigma. Além disso, as atividades de sensibilização melhoram o funcionamento geral dos estabelecimentos de saúde ao criarem uma interação verdadeira com a comunidade.

Para garantir que as vítimas de violência tenham acesso a um atendimento abrangente, é fundamental construir e manter um sistema de encaminhamento multidisciplinar que respeite propriamente a confidencialidade do paciente. Um sistema eficaz inclui uma variedade de serviços, como gestão clínica/médica, segurança física e abrigo, serviços jurídicos e sociais, e apoio psicológico. Também pode facilitar o acesso a serviços que promovam a educação e o empoderamento econômico adicionais. Todos esses elementos podem contribuir para a recuperação. Os diferentes prestadores não devem fazer as mesmas perguntas às vítimas. Portanto, é essencial que todos os prestadores de serviço coordenem e compartilhem informações, ao mesmo tempo em que mantêm a confidencialidade e trabalham para proteger as vítimas e impedir futuros danos.

Considerações específicas para crianças

Os familiares são quase sempre separados uns dos outros durante conflitos armados e outras situações de violência. Parte do trabalho do CICV é reunir famílias. Este processo é muitas vezes idealizado como um rápido retorno à “normalidade”. No entanto, dependendo do que aconteceu durante o período de separação, tanto adultos como crianças podem enfrentar dificuldades psicológicas que têm um impacto na sua interação com membros da sua família ou comunidade durante e/ou depois do processo de reunificação familiar.

O CICV conta com equipes de Restabelecimento de Laços Familiares (RLF) para reunir familiares separados. O trabalho de algumas dessas equipes inclui saúde mental e apoio psicossocial: as equipes aprendem como identificar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial de crianças e das duas famílias para evitarem causar mais danos durante o processo de reunificação familiar. Os profissionais de saúde mental participam do desenvolvimento de capacidades das equipes de RLF para avaliar as necessidades psicológicas e psicossociais, prestar apoio psicológico básico, identificar crianças com necessidades graves em termos de saúde mental e encaminhá-las para prestadores de serviço especializados. Depois de uma família ser reunificada, as questões SMAPS são monitoradas e, se for necessário, trabalhadas durante visitas familiares.

Em países onde os programas SMAPS (ou outros serviços de saúde mental) administrados por conselheiros treinados estão disponíveis, as crianças com necessidades psicológicas podem ser encaminhadas. Onde não houver o sistema SMAPS, é ainda mais importante desenvolver a capacidade das equipes de RLF para prestar apoio psicológico básico. Se as equipes de RLF treinadas para entender possíveis dificuldades psicológicas e psicossociais que as crianças e as suas famílias venham a enfrentar, o processo de reunificação familiar provavelmente terá mais sucesso. Enquanto as crianças esperam que o seu familiar seja encontrado, o ideal é que recebam um atendimento alternativo no seio de uma família, em vez de uma instituição. Isso é para o benefício das crianças, já que as famílias acolhedoras temporárias selecionadas de maneira adequada dão uma oportunidade para as crianças de interagirem com uma estrutura familiar e com uma comunidade. As equipes de RLF também são treinadas para apoiar essas famílias acolhedoras enquanto acompanham as crianças durante esse período de espera.

PÚBLICO-ALVO

1. Direto: vítimas da violência (incluindo vítimas de violência sexual e crianças):

São feitos esforços para identificar os grupos ou indivíduos particularmente vulneráveis segundo gênero, deficiência (física ou mental), idade (com atenção especial para as crianças separadas das suas famílias, crianças associadas com grupos armados, crianças nascidas do abuso sexual e os idosos) e outro grupo social marginalizado dentro da comunidade ou vítimas de determinados tipos de violência (p.ex.: violência sexual).

2. Indireto: famílias das vítimas, equipes de saúde, principais atores da comunidade, equipes de RLF no terreno e membros da comunidade em geral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O programa visa a prestar serviços SMAPS do CICV para:

Vítimas de violência (incluindo violência sexual) em centros de saúde

Os pacientes em estabelecimentos de saúde que recebem apoio do CICV [ESPECIFICAR tipo(s) / nome(s) do estabelecimento(s) e/ou lugar (es), etc.] que sofrem problemas de saúde mental e/ou consequências psicossociais da violência são diagnosticados e tratados de maneira adequada, em conformidade com parâmetros nacionais/internacionais.

Vítimas de violência (incluindo violência sexual) no nível da comunidade

As necessidades psicológicas e psicossociais das vítimas de violência [ESPECIFICAR tipo(s) de violência, p.ex.: urbana, e lugar(es)] são atendidas por atores comunitários.

Criança vítima de violência que precisa ser reunida com familiares

As crianças separadas das suas famílias em/como consequência de [ESPECIFICAR, p.ex.: lugar(es), motivo(s) da separação, etc.] e/ou as suas famílias e/ou as famílias de tutela se beneficiam do apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial para trabalhar os aspectos psicológicos e psicossociais de serem reunidos e facilitar esse processo.

Esses objetivos podem ser alcançados mediante o desenvolvimento de capacidades da equipe de saúde e dos atores-chaves na comunidade e da prestação de apoio individual ou grupal para as vítimas/sobreviventes.

MÉTODOS

O desenvolvimento das capacidades da equipe de saúde e/ou atores comunitários para prestar apoio psicológico (individual ou em grupo) básico:

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|---|--|---|
| Promoção | Incorporar licenciados em saúde mental no estabelecimento de saúde. | Discutir com as autoridades locais de saúde relevantes, incluindo a equipe de administração do estabelecimento de saúde, a importância de incorporar saúde mental e apoio psicossocial nos seus serviços e contratar licenciados em saúde mental in loco. | As autoridades de saúde e a equipe de administração no estabelecimento de saúde incorporam saúde mental e apoio psicossocial aos seus serviços. O estabelecimento de saúde inclui licenciados em saúde mental na sua força de trabalho. |
| Treinamento de profissionais locais de saúde mental | Ensinar e/ou melhorar as habilidades dos licenciados para prestar assistência em termos de saúde mental e apoio psicossocial para vítimas de violência, com atenção voltada especificamente para as vítimas de violência sexual e contra as crianças. | Oficinas com licenciados em saúde mental sobre as necessidades psicológicas das vítimas de violência e técnicas terapêuticas usadas para trabalhá-las. As oficinas serão realizadas por delegados SMAPS do CICV. As oficinas acontecem toda semana ou a cada duas semanas, durante três a seis meses (isto é, período de tempo suficiente para cobrir o conteúdo necessário). As oficinas incluem apresentações teóricas, assim como atividades de grupo, role play, vídeos e discussões de casos. | Os psicólogos e conselheiros locais prestam apoio de qualidade em termos de saúde mental e apoio psicossocial para as vítimas de violência, incluindo: identificar e tratar os sintomas de sofrimento psíquico; entender o impacto do sofrimento psíquico no funcionamento diário; identificar as atuais estratégias de enfrentamento e explorar as estratégias positivas de enfrentamento; fomentar os recursos individuais e as redes sociais de apoio. Os métodos de coleta de dados SMAPS são usados e, quanto possível, incorporados às novas ferramentas de coleta de dados no estabelecimento de saúde. Outros serviços disponíveis (p.ex.: serviços de saúde, econômicos, jurídicos e sociais) são identificados e, se possível, se estabelece um sistema de encaminhamento. |
| Treinamento de equipe de saúde | Estabelecer e/ou melhorar as habilidades da equipe de saúde para prestar apoio psicológico básico para as vítimas de violência, com atenção específica às vítimas de violência sexual e às crianças. | Oficina para as equipes de saúde sobre apoio psicológico básico. Entre os pontos abordados estão: habilidades de escuta, habilidades de comunicação, como coletar informações sobre a vítima de maneira delicada, como reconhecer problemas psicológicos; priorizar necessidades; identificar recursos individuais e sociais; e aonde encaminhar a vítima para cuidados adicionais. Se for necessário, a equipe de saúde poderá receber um treinamento psicoterapêutico mais detalhado. Oficinas para as equipes de saúde sobre prestar apoio psicológico básico para vítimas de violência sexual, incluindo o uso de kits pós-estupro e a importância do acompanhamento para garantir a adesão ao tratamento. A agenda das oficinas deve estar alinhada com as horas de trabalho da equipe (p.ex.: uma hora por dia durante um período longo o suficiente para cobrir o conteúdo do curso, isto é, de um a três meses de sessões regulares de treinamento). As oficinas são ministradas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados SMAPS ou psicólogos locais). As oficinas incluem apresentações, atividades de grupo, role play, vídeos e discussões. | A equipe de saúde têm conhecimento e habilidades suficientes para prestar apoio psicológico básico. A equipe de saúde tem capacidade para aconselhar a encontrar soluções, incluindo uma “sessão dourada” (como as vítimas em situações de violência estão propensas a não voltar para o acompanhamento, a primeira sessão pode ser a única que receberão). A equipe de saúde tem conhecimento e habilidades para prestar apoio psicológico básico a vítimas de violência sexual, incluindo acompanhamento de pacientes que tomam a medicação pós-estupro. A equipe de saúde está envolvida na identificação de outros serviços relacionados e na criação de um sistema de encaminhamento/acompanhamento. As equipes de saúde têm condições de reconhecer as necessidades ou exigências psicológicas mais graves e fazer os encaminhamentos adequados (onde este serviço estiver disponível). |

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|---|--|---|
| Treinamento de principais atores comunitários | Estabelecer e/ou melhorar as habilidades dos atores comunitários para prestar apoio psicológico ou psicoterapêutico básico às vítimas de violência, com atenção específica às vítimas de violência sexual e crianças. | <p>Oficinas com os atores-chaves na comunidade sobre apoio psicológico básico. Entre os pontos abordados estão: habilidades de escuta, habilidades de comunicação, como coletar informações sobre a vítima de maneira delicada, como reconhecer problemas psicológicos; priorizar necessidades; identificar recursos individuais e sociais; e aonde encaminhar a vítima para cuidados adicionais. Se for necessário, a equipe de saúde poderá receber um treinamento psicoterapêutico mais detalhado.</p> <p>Oficinas com os atores comunitários chaves para prestar conhecimento e habilidades de apoio psicoterapêutico: técnicas psicoterapêuticas para trabalhar necessidades psicológicas e psicossociais.</p> <p>Oficinas com atores comunitários sobre apoio psicológico às vítimas de violência sexual.</p> <p>Oficinas sobre o trabalho com crianças, questões relacionadas com a separação da família, o processo de reunificação familiar e importantes considerações em termos de saúde mental e apoio psicossocial.</p> <p>As oficinas acontecem toda semana ou a cada duas semanas durante vários meses (o período de tempo varia de modo a garantir que todo o conteúdo do curso seja coberto).</p> <p>As oficinas são ministradas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados SMAPS ou psicólogos locais).</p> <p>As oficinas incluem apresentações, atividades de grupo, role play, vídeos e discussões.</p> | <p>Os atores comunitários chaves têm conhecimento e habilidades suficientes para prestar apoio psicológico básico ou detalhado para as vítimas de violência (incluindo violência sexual).</p> <p>Os atores-chaves na comunidade têm capacidade para aconselhar a encontrar soluções, incluindo uma “sessão dourada” (como as vítimas em situações violentas estão propensas a não voltar para o acompanhamento, a primeira sessão pode ser a única que receberão).</p> <p>Os atores-chaves na comunidade têm conhecimento e habilidades relacionadas com as seguintes questões SMAPS: trabalho com crianças, a separação da família e o processo de reunificação familiar.</p> <p>Os atores-chaves na comunidade estão envolvidos na identificação de outros serviços relacionados e na criação de um sistema de encaminhamento/acompanhamento.</p> <p>Os atores-chaves na comunidade têm condições de reconhecer as necessidades ou exigências psicológicas mais graves e fazer os encaminhamentos adequados (onde este serviço estiver disponível).</p> |
| Treinamento de equipes de sensibilização | Desenvolver uma rede de apoio psicossocial em comunidades mediante o estabelecimento de estratégias de sensibilização. | <p>Oficinas com atores-chaves na comunidade realizados em um curto período de tempo (duas a quatro semanas).</p> <p>As oficinas são ministradas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados SMAPS ou psicólogos locais).</p> <p>As oficinas incluem apresentações, atividades de grupo, role play, vídeos e discussões.</p> | <p>As equipes de sensibilização têm condições de informar sobre o impacto da violência sobre a saúde mental, com atenção específica às vítimas de violência sexual e crianças vulneráveis.</p> <p>As equipes de sensibilização têm conhecimento e habilidades para conscientizar grupos relevantes em questões SMAPS, sessões sob medida para participantes específicos.</p> <p>As equipes de sensibilização têm conhecimento e habilidades para identificar as vítimas durante as atividades informativas e de sensibilização, e fazer os encaminhamentos pertinentes.</p> <p>As equipes de sensibilização têm condições de ajudar as vítimas a receberem apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial ao orientá-las de forma eficientes através do sistema institucional de atendimento.</p> |

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|-------------------|---|---|---|
| Supervisão | Monitoramento e apoio permanentes para a equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade para consolidar o conhecimento e as habilidades adquiridos durante o treinamento. | <p>Visitas regulares aos estabelecimentos de saúde e reuniões/discussões regulares com a equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade, conforme for necessário.</p> <p>Participação eventual de sessões de apoio psicológico.</p> <p>Discussão de casos com a equipe de saúde que presta apoio psicológico básico ou com atores-chaves na comunidade que prestam tanto apoio psicológico básico como outros tipos de atendimentos mais especializados às vítimas.</p> <p>Acompanhamento e observação de equipes de sensibilização durante campanhas de informação e conscientização. Apreciação do conteúdo e relevância das atividades, habilidades de comunicação, etc.</p> <p>Revisão das percepções da comunidade quanto ao papel da equipe de conscientização na comunidade, p.ex.: avaliar a capacidade de desenvolver a confiança das equipes de sensibilização mediante entrevistas com membros da comunidades.</p> | <p>A apropriação local do programa e a sustentabilidade do apoio psicológico e psicossocial são asseguradas.</p> <p>Serviços de apoio psicológico e psicossocial de qualidade são prestados por uma equipe treinada de saúde e/ou atores-chaves na comunidade.</p> <p>A equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade treinados têm conhecimento e habilidade para usar um enfoque voltado para buscar soluções e responder a todas as necessidades das vítimas.</p> <p>A equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade treinados têm condições de reconhecer as necessidades ou exigências psicológicas mais graves e fazer os encaminhamentos adequados (onde este serviço estiver disponível).</p> <p>As equipes de sensibilização compreendem as mensagens-chaves e recebem o apoio necessário para comunicar essa informação de forma eficaz.</p> <p>São usados métodos adequados de coleta de dados.</p> <p>As áreas que exigem um maior apoio são identificadas e se oferecem atividades de treinamento e atualização.</p> |

Os profissionais de saúde mental, equipes de saúde e atores-chaves na comunidade que prestam apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial às vítimas de violência o fazem mediante:

| ATIVIDADE | DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE |
|------------------------------|--|
| Consultas individuais | As pessoas com sintoma de sofrimento psicológico são identificadas e tratadas por licenciados em saúde mental locais, equipe de saúde treinada ou atores-chaves na comunidade treinados . No caso de necessidades psicológicas graves, os pacientes são encaminhados para serviços especializados. Uma consulta individual dura em média 30-40 minutos. O processo de acompanhamento pode ser apoiado por equipes de sensibilização. |
| Visitas domiciliares | Se estiverem disponíveis licenciados em saúde mental (p.ex.: conselheiros ou psicólogos locais) e/ou atores comunitários locais treinados e/ou equipes de sensibilização , podem-se organizar visitas domiciliares para as vítimas com necessidades psicológicas específicas. O objetivo dessas visitas é prestar apoio, identificar outras necessidades, avaliar os recursos do indivíduo, da família e da comunidade, e acompanhar os casos que envolvem pacientes que não têm condições de ter acesso a sessões de apoio individuais e/ou grupais ou que não estejam dispostos a fazê-lo por terem medo de ser estigmatizados. Em determinados casos, os pacientes podem ser encaminhados a serviços especializados. |
| Apoio grupal | Grupos dirigidos por licenciados em saúde mental (p.ex.: conselheiros ou psicólogos locais) e/ou atores comunitários locais treinados e/ou equipes de sensibilização . Os participantes devem concordar em manter a confidencialidade. Esses grupos podem ser abertos (os participantes podem entrar em qualquer etapa) ou fechados (abertos somente para os participantes envolvidos desde o início). O conteúdo depende das necessidades dos participantes. Em média, os grupos têm de cinco a dez sessões, com um máximo de 12 participantes e cada sessão dura aproximadamente 1,5 hora. |

Informações e sensibilização:

As sessões de grupo e as visitas domiciliares informam e sensibilizam as pessoas quanto às questões SMAPS. As sessões de grupo realizadas em lugares públicos podem criar uma oportunidade ideal para chegar à comunidade, enquanto que as visitas domiciliares podem ser indicadas para as pessoas com menos mobilidade, incluindo idosos, pessoas com deficiência física ou donas de casa.

As atividades informativas organizadas pelas equipes de sensibilização usam os seguintes métodos:

| ATIVIDADE | DESCRIÇÃO | AÇÃO TOMADA POR EQUIPES DE SENSIBILIZAÇÃO |
|--|--|---|
| Informações públicas | <p>Informações sobre saúde mental e apoio psicossocial para a comunidade em grandes grupos.</p> <p>Eventos realizados em lugares públicos (p. ex.: praças ou mercados públicos) ou através do meio de comunicação mais acessível/disponível.</p> | <p>Definir informações-chaves para serem difundidas, incluindo: mensagens de promoção da saúde (p. ex.: incentivar as vítimas de violência sexual a buscarem apoio); orientação sobre onde e como ter acesso aos serviços; e descrições sobre sintomas psicológicos comuns de sofrimento como resultado da violência.</p> <p>Definir informações-chaves para as vítimas de violência sexual, como: o impacto da violência sexual (consequências médicas, psicológicas e psicossociais tanto no nível individual, como no comunitário); onde e como ter acesso aos serviços; a importância de buscar ajuda o quanto antes (dentro das 72 horas);⁴⁷ o protocolo de tratamento no centro de saúde; o acesso (o ideal é que seja as 24/7) e o custo (gratuito) dos serviços.</p> <p>Informar as comunidades através da difusão de mensagens, distribuição de folhetos e cartazes, usando outros meios de comunicação, como as redes sociais, e/ou rádios, etc.</p> |
| Informações relativas ao grupo | <p>Informações sobre saúde mental e apoio psicossocial para grupos específicos (p. ex.: jovens, mulheres, homens, professores ou líderes comunitários).</p> <p>Tempo médio de duração de cada sessão: aprox. 1 hora.</p> | <p>Informações sob medida para grupos específicos durante as apresentações e discussões (o objetivo é informar os grupos sobre os sintomas de sofrimento psíquico, criar um espaço seguro para os participantes discutirem as próprias experiências, e informar-lhes sobre os serviços disponíveis).</p> |
| Informações relativas à família | <p>Informações sobre saúde mental e apoio psicossocial para familiares (p.ex.: núcleo familiar ou restante da família).</p> <p>Tempo médio de duração de cada sessão: aprox. 1 hora por família</p> | <p>Informações sob medida para familiares durante as visitas familiares ou em um lugar conveniente (o objetivo é informar os grupos sobre os sintomas de sofrimento psíquico, criar um espaço seguro para os participantes discutirem as próprias experiências, e informar-lhes sobre os serviços disponíveis).</p> |

As ferramentas para a coleta de dados são usadas para registrar o número de atividades informativas implementadas. A eficácia dessas ferramentas é monitorada mediante o registro do número de pessoas que buscaram ajuda como resultado das atividades informativas sobre saúde mental e apoio psicossocial.

Atividades de conscientização, implementadas pelas equipes de sensibilização, são feitas sob medida para trabalhar questões específicas.

| ATIVIDADE | DESCRIÇÃO | AÇÃO TOMADA POR EQUIPES DE SENSIBILIZAÇÃO |
|--------------------------------|--|---|
| Sensibilização do grupo | <p>A sensibilização de grupos mistos e/ou específicos (separados por idade, gênero, religião, etc.) para questões SMAPS.</p> <p>Eventos realizados em lugares públicos dentro da comunidade (p.ex.: centros de juventude, igrejas, mesquitas ou escolas).</p> <p>Tempo médio de duração de cada sessão: aprox. 1 hora.</p> | <p>Informar os líderes comunitários e outros membros-chaves da comunidade sobre a atividade e, se for necessário, obter permissão.</p> <p>Planejar atividades que envolvam a comunidade, como peças teatrais que representem um membro da comunidade aconselhando uma pessoa com necessidades psicológicas de ir a um centro de saúde, seguida de uma discussão em grupo.</p> <p>Definir as mensagens-chaves que serão difundidas durante a atividade de sensibilização do grupo.</p> <p>Usar ferramentas de coleta de dados para cadastrar os participantes, registrar as ocupações e questões que possam ter, e monitorar as mudanças na percepção deles quando às questões trabalhadas durante as atividades de sensibilização (p.ex.: estigma, comportamento para a saúde).</p> |

⁴⁷ É importante buscar atendimento médico o mais rápido possível após um estupro, para que a vítima possa ser examinada e para que possam ser coletadas informações para apoiar o processo penal. O tratamento médico, que inclui um contraceptivo de emergência para reduzir o risco de gravidez e um medicamento anti-retroviral, é mais eficaz dentro das 72 horas após o estupro. Para mais informações, ver nota 4,6 anterior.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para apoiar o processo de monitoramento, vários indicadores podem ser usados para avaliar a eficácia dos programas SMAPS voltados para as vítimas de violência.

Como os programas para apoiar as vítimas de violência são implementados em centros de saúde e no nível comunitário, os indicadores e as ferramentas de coleta de dados devem ser adaptados como corresponde. O monitoramento regular melhora a coordenação multidisciplinar de programas que, com frequência, combinam diferentes tipos de apoio, como atendimento médico, apoio psicológico e atividades informativas e de sensibilização.

As informações sobre incidentes de violência sexual são extremamente delicadas e confidenciais. Divulgá-las pode ter consequências graves e possivelmente ameaçar a vida das vítimas/sobreviventes e daqueles que as ajudam. No entanto, é também importante coletar dados para entender tendências e padrões mais amplos relativos às necessidades de proteção e prevenção. Os protocolos para a coleta segura de dados devem colocar as vítimas/sobreviventes em primeiro lugar e proteger a identidade delas. Por exemplo, os dados devem permanecer anônimos e os prestadores de serviço de saúde devem seguir um código estrito de confidencialidade. A ferramenta de coleta abrangente de dados SMAPS proporciona uma plataforma para a coleta e a análise de dados.

Todos os indicadores são especificados antes do início do programa e recebem um prazo. Entre os exemplos de indicadores desempenhos e resultados empregados para medir a eficácia das intervenções estão:

Programas de integração para vítimas/sobreviventes de violência em estabelecimentos de saúde

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|--|--|
| Desempenho | |
| Número de equipes de saúde treinadas para prestar atendimento SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços SMAPS para vítimas de violência |
| Número de pacientes com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que acessam os serviços | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços SMAPS • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros |
| Número de encaminhamentos por parte da equipe de saúde a serviços especializados de saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que atendem aos critérios de encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a capacidade dos acompanhantes de identificar casos que requerem encaminhamento e de fazê-lo |
| Resultado | |
| Número de pacientes com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que apresentam redução do nível de sofrimento psíquico/ Número de pacientes que recebem atendimento de saúde e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pacientes com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que apresentam melhoras no funcionamento/ Número de pacientes que recebem atendimento de saúde e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pacientes com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que apresentam melhoras nos mecanismos de enfrentamento / Número de pacientes que recebem atendimento de saúde e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pacientes com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que acessam os serviços após as atividades informativas e de sensibilização/ Número de pacientes com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que acessam os serviços | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a eficácia dos serviços SMAPS, especificamente das atividades informativas e de sensibilização • Dar informações sobre a capacidade das equipes de sensibilização de identificar casos que requerem encaminhamento e de fazê-lo • Dar informações sobre a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que atendem aos critérios para encaminhamento |

Programas de integração para vítimas/sobreviventes de violência em serviços comunitários

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|---|--|
| Desempenho | |
| Número de atores-chaves na comunidade treinados para prestar atendimento em termos de saúde mental e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de prestadores de serviço SMAPS para as vítimas de violência |
| Número de encaminhamentos realizados pelos atores-chaves na comunidade para serviços especializados de saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que atendem os critérios para encaminhamento • Dar informações sobre a viabilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a capacidade dos atores-chaves na comunidade de identificar casos que requerem encaminhamento e de fazê-lo |
| Resultado | |
| Número de vítimas de violência que apresentam redução no nível de sofrimento / Número de vítimas de violência que receberam atendimento SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de vítimas de violência com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que apresentam melhoras no funcionamento/ Número de vítimas de violência que recebem atendimento de saúde e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de vítimas de violência com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que apresentam melhoras nos mecanismos de enfrentamento / Número de vítimas de violência que recebem atendimento de saúde e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |

Considerações específicas para vítimas de violência sexual

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|---|---|
| Desempenho | |
| Número de profissionais da equipe de saúde treinados para prestar atendimento SMAPS a vítimas de violência sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços em termos de saúde mental e apoio psicossocial para vítimas de violência sexual |
| Número de atores-chaves na comunidade treinados para prestar atendimento SMAPS a vítimas de violência sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços em termos de saúde mental e apoio psicossocial para vítimas de violência sexual |
| Número de novas vítimas de violência sexual que têm acesso aos serviços no estabelecimento de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a extensão da violência sexual • Dar informações sobre o uso e o acesso aos serviços de saúde • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços SMAPS • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros |
| Número de vítimas de estupro que consultam os serviços de saúde dentro das 72 horas | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre o acesso a serviços de saúde para vítimas de estupro (isto é, que a vítima/sobrevivente busque ajuda) • Dar informações sobre a eficácia dos serviços SMAPS, especificamente atividades informativas e de sensibilização referentes ao acesso aos serviços de saúde dentro das 72 horas |
| Resultado | |
| Número de novas consultas relacionadas com a violência sexual no estabelecimento de saúde / Número de novas consultas no estabelecimento de saúde (dentro de um dado espaço de tempo) | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de vítimas de violência sexual que têm acesso aos serviços de saúde • Dar informações sobre o acesso aos estabelecimentos de saúde (isto é, que a vítima/sobreviventes busque ajuda) • Ajuda a planejar os recursos humanos e outros |
| Número de novas vítimas de estupro que consultaram os serviços de saúde dentro das 72 horas / Número de vítimas de estupro que consultaram os serviços de saúde (dentro de um dado espaço de tempo) | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre o acesso aos serviços de saúde para vítimas de estupro (isto é, que a vítima/sobrevivente busque ajuda) • Dar informações sobre a eficácia de serviços SMAPS, especificamente atividades informativas e de sensibilização referentes ao acesso aos serviços de saúde dentro das 72 horas |

Considerações específicas para crianças

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|--|---|
| Desempenho | |
| Número de voluntários de RLF treinados para prestar apoio psicológico e psicossocial básico para crianças durante o processo de reunificação | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços SMAPS para crianças que precisam de reunificação |
| Número de crianças vítimas de violência com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que acessam os serviços | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços SMAPS • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros |
| Resultado | |
| Número de crianças vítimas de violência que apresentam redução no nível de sofrimento psíquico / Número de crianças vítimas de violência que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de crianças vítimas de violência que apresentam melhoras no funcionamento / Número de crianças vítimas de violência que recebem atendimento SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de crianças vítimas de violência que apresentam melhoras nos mecanismos de enfrentamento / Número de crianças vítimas de violência quando recebem atendimento SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |

GLOSSÁRIO DE TERMOS USADOS NO MONITORAMENTO E NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS SMAPS PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Necessidades SMAPS: categorizadas pelos níveis de sofrimento psíquico, funcionamento e mecanismos de enfrentamento, sendo medidas com escalas padronizadas.

Vítimas de estupro: vítimas de violência sexual que passaram por penetração vaginal ou anal com qualquer parte do corpo de outra pessoa ou objeto, ou penetração oral por um órgão sexual de outra pessoas sem o consentimento da vítima.

Sofrimento psíquico: os níveis de sofrimento psíquico são medidos com escalas padronizadas.

Funcionamento: os níveis de funcionamento são medidos com escalas padronizadas.

Enfrentamento: os mecanismos de enfrentamento são medidos com escalas padronizadas.

Serviços SMAPS: apoio/serviços para trabalhar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial prestados como parte do programa SMAPS.

Serviços especializados de saúde mental: serviços que tratam as necessidades das pessoas com problemas graves/complexos de saúde mental, incluindo distúrbios psiquiátricos.

Encaminhamento: as necessidade específicas de uma vítima de violência são identificadas e, então, se estabelece o contato entre a pessoa e um serviço adequado para as suas necessidades.

Treinamento para prestar serviços SMAPS: níveis de treinamento em atendimento SMAPS prestados variarão segundo as necessidades das vítimas, a disponibilidade de licenciados em saúde mental locais, a brecha entre as necessidades e a disponibilidade de serviços SMAPS, e as competências e a disponibilidade de os acompanhantes serem treinados. Pode incluir uma variedade de técnicas de apoio psicológico básico e/ou técnicas mais detalhadas sob medida às necessidades das vítimas.

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- **Carga de trabalho da equipe de saúde**

A equipe de saúde que lida com as vítimas de violência já tem uma carga de trabalho pesada; ao mesmo tempo algumas têm vontade de incorporar atividades de saúde mental no seu trabalho diário, outras podem estar menos motivadas a fazê-los ou estar sobrecarregadas. Pode ser um desafio impedir essa carga de trabalho de pôr em risco a qualidade dos serviços. Prestar apoio psicológico básico também pode ser um desafio para a equipe de saúde devido a barreiras linguísticas, preconceitos quanto a questões de saúde mental, pressões de tempo e aptitude pessoal. É importante que os serviços SMAPS são sob medida para as circunstâncias de modo a estabelecer um equilíbrio realista entre a carga de trabalho da equipe de trabalho e as necessidades de saúde mental dos pacientes.

- **Identificação de vítimas de violência sexual**

Trabalhar e superar o silêncio associado com a violência sexual é um importante desafio. As vítimas enfrentam uma escolha difícil: buscar tratamento significa revelar informações e pode levar a uma rejeição e estigma; manter-se em silêncio pode ser significativamente prejudicial à sua saúde. A maneira de lidar com isso é criar um ambiente no qual as vítimas se sintam seguras o suficiente para falar. Isso significa não somente gerar um espaço de calma e privado onde podem falar e estar seguros de que o que dizem será mantido confidencial, mas também garantir que sejam tratados por pessoas solidárias desde o início.

Identificar vítimas masculinas de violência sexual pode ser extremamente complexo. No mundo todo, a forma como as sociedades veem a violência sexual contra homens pode impedir as vítimas de aceitar que eles são vítimas, que leva a uma longa demora antes que busquem apoio. As atividades informativas e de sensibilização podem abordar essa questão, mas isso pode ser feito de maneira culturalmente delicada.

- **Prestação de resposta multidisciplinar adequada**

As necessidades das vítimas de violência (incluindo violência sexual) vai além das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial. Para garantir que todas as necessidades sejam atendidas, a resposta deve ser multidisciplinar. Todos os atores envolvidos devem trabalhar juntos, compartilhando informações relevantes ao mesmo tempo em que garantem que as informações delicadas permaneçam confidenciais.

- **Necessidades específicas de crianças**

Lidar com casos de violência contra crianças é um desafio particular, já que exige o acordo das pessoas que cuidam delas e dos prestadores de serviço. Quando não há pessoas que cuidem delas, os prestadores de serviço devem tomar decisões em base aos interesses vitais da crianças. Para evitar perpetuar o estigma, recomenda-se que qualquer resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial envolva todas as crianças na comunidade, isto é, evitando atividades que visem somente grupos de crianças, como as crianças associadas com as forças armadas ou nascidas do abuso sexual.



4. CUIDADORES

SOCORRISTAS DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA
E PRINCIPAIS ATORES COMUNITÁRIOS

PONTOS DE PREOCUPAÇÃO

Durante os conflitos armados, outras situações de violência e emergências, são as pessoas de dentro da comunidade que basicamente ajudam outras no dia a dia. Esses “cuidadores” são pessoas que enfrentam as mesmas dificuldades que outras na comunidade (eles perderam parentes e amigos, as suas casas foram destruídas, e vivem em um ambiente perigoso e instável), ainda assim continuam prestando ajuda a outros. Reconhecendo o duplo peso que recai sobre essas pessoas, o CICV se concentra em apoiar aquelas que canalizam a sua energia, esforços e conhecimento em atender as necessidades das suas comunidades nas circunstâncias mais difíceis.⁴⁸

Os cuidadores são aqueles que atuam em um cargo de primeira linha orientado aos serviços. São membros de uma comunidade afetada por conflito armado e violência e são pessoas conhecidas, nas quais os outros confiam e às quais recorrem em busca de conselhos, ajuda e apoio. Têm um acesso único na comunidade que precisa de assistência assim como importantes pontos de vista culturais que outras de fora podem não ter. Essas pessoas podem ter cargos remunerados ou trabalhar voluntariamente.

Definição usada nos programas SMAPS do CICV

Para assistir outras pessoas em situações de crise, conflito e/ou violência, os cuidadores – em inúmeras e diferentes disciplinas – quase sempre apresentam um alto nível de motivação e preocupação com o bem-estar de outros. Trabalhando em situações voláteis e perigosas, com recursos limitados e em estreita proximidade com as vítimas, os cuidadores fomentam um senso de solidariedade dentro das comunidades que pode ajudar a restabelecer e estabilizar o sistema social.

Ao mesmo tempo em que prestar assistência e atendimento a outras pessoas pode ser incrivelmente compensador, as situações de constante violência e insegurança, redes sociais interrompidas, longas jornadas de trabalho e incerteza quanto à eficácia dos seus esforços aumentam a probabilidade de os cuidadores serem afetados psicologicamente. Os cuidadores podem vivenciar a insegurança e o medo no seu dia a dia fora do trabalho, fazendo com que seja particularmente difícil manter a vida pessoal e a profissional separadas. Enquanto os cuidadores se esforçam para atender as necessidades de outras pessoas, as suas próprias necessidades básicas (como comida e abrigo) podem não estar sendo atendidas. Isso aumenta o fardo sobre elas e as suas famílias – que se esforçam para prestar assistência a outros, ao mesmo tempo em que encontram dificuldades para atender as suas próprias necessidades. Além disso, um ambiente de trabalho difícil, sobretudo quando combinado com uma gestão ineficaz, pode afetar de forma significativa o bem-estar dos cuidadores. Eles muitas vezes não têm o reconhecimento ou a recompensa que merecem dos seus supervisores, o que impacta negativamente no estado de espírito e, finalmente, no seu desempenho.

Como todos, os cuidadores trazem sua própria carga emocional para as situações de crise a que são convocados a responder. Personalidades, dificuldades de saúde mental do passado ou do presente, estratégias de enfrentamento existentes e/ou dinâmicas familiares podem criar pontos cegos que são agravados pelas rigorosas condições de trabalho em circunstâncias difíceis. Alguns cuidadores podem não conseguir aproveitar as fontes de apoio disponíveis, uma vez que estão muito concentrados nas necessidades dos outros. Esses aspectos, ao contrário de excluí-los de assistir outras pessoas, devem ser compreendidos e trabalhados, promovendo

⁴⁸ Ao contrário dos “cuidadores”, que são membros da comunidade afetadas, a equipe do CICV recebe apoio da equipe de saúde do Departamento de Recursos Humanos do CICV. Esse apoio está separado dos programas operacionais de saúde mental e apoio psicossocial no terreno, que se concentram especificamente em assistir indivíduos e comunidades afetadas por conflitos armados, outras situações de violência e emergências.

o apoio, aumentando a eficácia e encorajando a perseverança dos cuidadores. É importante identificar essas questões, avaliar o possível impacto e tomar medidas proativas para garantir que os cuidadores gozem de bem-estar e prevenir o esgotamento mental (burnout).

Os cuidadores também requerem orientação e apoio para melhorar a maneira como ajudam a outros em situações de crise. Em meio ao conflito e ao caos, as pessoas podem estar extremamente agitadas e apresentar reações emocionais intensas, como o choro desesperado, raiva, nervosismo ou pânico. Essas reações são difíceis de administrar por pessoas sem treinamento. Em alguns casos, as pessoas que ajudam precisam transmitir más notícias, as quais nem todos estão preparados para receber. Com certeza, todas as cuidadores têm capacidades básicas para realizar o seu trabalho com humanidade e se esforçam para proteger a dignidade das vítimas, mas em situações de conflito, violência e emergências isso pode não ser suficiente. Embora bem-intencionados, sem o treinamento adequado os cuidadores podem causar danos sem intenção. Eles precisam de um treinamento extensivo e de supervisão para desenvolver as habilidades básicas de apoio psicológico. Como as pessoas que ajudam já são agentes de mudança nas suas comunidades, com o treinamento, a orientação e a supervisão adequados elas podem ter um impacto ainda mais positivo nas pessoas que estão ajudando.

Os cuidadores podem ser:

Socorristas para situações de emergência cuja função implica ser os primeiros a chegarem ao local onde ocorreu um acidente crítico na comunidade e/ou prestar assistência emergencial, p.ex.: paramédicos em ambulâncias, socorristas, equipe médica de emergência, socorristas comunitários; ou

Atores-chaves na comunidade que representam um papel ativo na comunidade em termos de prestação de serviços e/ou atendimento a outros, p.e.: líderes comunitários, professores, equipe médica para casos que não são emergências e outros voluntários.

O CICV se esforça para apoiar os cuidadores (socorristas para situações de emergência e atores-chaves na comunidade) na sua saúde mental e no seu bem-estar psicossocial. Ao mesmo tempo, reconhece que o comprometimento, a motivação e a boa vontade dessas pessoas para ajudar às vítimas, podem acabar por expô-los à possíveis danos físicos, psicológicos, e psicossociais. Tanto os socorristas para casos de emergência como os atores-chaves na comunidade não somente lidam com as consequências do conflito e da violência, mas também estão expostos ao sofrimento de outros regularmente.

Ao mesmo tempo em que prestar uma resposta de emergência durante situações de crise é difícil o suficiente durante tempos de paz, o clima de conflito e violência torna o desafio ainda maior e implica riscos de segurança para todos os envolvidos. À medida que a quantidade, a frequência e a gravidade dos incidentes críticos escalam, os socorristas para situações de emergência têm que lidar, cada vez mais, com pessoas com necessidades imediatas e agudas em termos de saúde mental e apoio psicossocial. Na maioria das vezes, eles estão mal preparados para lidar com as suas próprias reações emocionais à dor e ao sofrimento dos cuidadores e podem não saber lidar com as pessoas psicologicamente afetadas. Frequentemente, socorristas em situações de emergência prestam assistência emergencial para pessoas que sofrem de ferimentos ou doenças repentinos ao mesmo tempo em que consolam e tranquilizam tanto as vítimas em si, como os que estavam presentes no local da emergência. Quando as necessidades psicológicas dessas vítimas ou dos transeuntes são agudas ou graves, isso pode ser avassalador e podem interferir na habilidade deles de realizar o seu trabalho.

Diferente dos socorristas para situações de emergência, os atores-chaves na comunidade não necessariamente estão acostumados a trabalhar com pessoas com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial. No entanto, durante conflitos, situações de violência ou emergências, determinados atores de confiança podem começar a estar

constantemente expostos às necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial das pessoas que atendem. Como os atores comunitários chaves são pessoas às quais as vítimas de conflito e violência já recorrem em busca de serviços ou assistência, mais ainda durante situações de crises, eles estão bem posicionados para prestar apoio psicológico e psicossocial básico para grupos específicos de pessoas, p.ex.: uma líder de uma associação local de mulheres têm um acesso singular às mulheres da comunidade. Porém, sem um treinamento específico para prestar apoio, esses cuidadores podem sentir mal-preparadas e carecer de orientação sobre como ajudar, sobretudo em casos complexos como mortes e violência (principalmente a violência sexual), assim como situações onde se faz necessário apoiar crianças com necessidades específicas.

É cada vez mais comum que as pessoas que ajudam, assim como membros das comunidades afetadas, sejam as únicas que têm acesso às pessoas afetadas pelo conflito e situações de emergência. Nesses casos, deve-se prestar uma maior atenção a esses cuidadores, não somente devido às suas próprias necessidades psicológicas e psicossociais, mas também porque elas são vitais para os esforços de prestar atendimento SMAPS às suas comunidades.

Dentro do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, as Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho têm um papel particularmente importante nos programas de ajuda aos cuidadores, isto é, os funcionários remunerados ou os voluntários⁴⁹ que desempenham funções como as de socorristas para situações de emergência, sobretudo os que prestam primeiros socorros. Quase sempre são os primeiros a prestar apoio quando um desastre assola e continuam prestando depois que outros atores já foram embora. Considerando o ambiente de trabalho perigoso e estressante, às vezes eles enfrentam dificuldades para aderir completamente aos Princípios Fundamentais do Movimento de imparcialidade, neutralidade e independência. As atitudes das suas comunidades podem ter um impacto edificante ou desmotivante. Por exemplo, os cuidadores podem ser parabenizados quando respondem às consequências de um terremoto, mas podem receber pouco ou nenhum apoio quando respondem às comunidades deslocadas ou quando prestam ajuda a pessoas que são consideradas localmente como pertencendo a grupos rivais. Além disso, as Sociedades Nacionais deveriam considerar como são percebidas localmente, já que uma visão negativa pode ter um impacto direto e, às vezes, perigoso sobre os cuidadores quando exibem ou usam o emblema da cruz vermelha ou do crescente vermelho.

NECESSIDADES EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

As necessidades psicológicas e psicossociais dos cuidadores podem ser muito parecidas com as das pessoas que estão sendo ajudadas, mas é mais provável que apresentem necessidades específicas em virtude do seu trabalho de assistência em circunstâncias muito desafiantes.

Algumas das preocupações apresentadas aqui estão relacionadas com o estresse que vai além dos fatores diários de estresse. O estresse é um estado de excitação elevada quase sempre descrito como um sentimento de sobrecarga, tensão e preocupação. O estresse em si é uma reação fisiológica e psicológica necessária e é útil, que somente se torna um problema quando dura muito, é muito intenso e/ou ultrapassa a capacidade de resposta dos mecanismos de enfrentamento naturais da pessoa. As reações ao estresse podem ser agudas e/ou acumulativas.

Dependendo da situação e do seu papel, os cuidadores podem correr o risco de serem agredidos, de se encontrarem na linha de fogo ou de serem vítimas de bombardeios, sequestros ou outros tipos de ataques. Algumas vezes são alvos deliberados ou podem

⁴⁹ Segundo o princípio do voluntariado, um dos Princípios Fundamentais do Movimento, os voluntários ou trabalhadores voluntários são pessoas que oferecem os seus serviços de maneira gratuita ou por uma módica quantia de dinheiro, de maneira permanente ou temporária.

presenciar (ou serem obrigadas a presenciar) atos terríveis como execução ou estupro.⁵⁰ Ademais, quando estão envolvidas na gestão de cadáveres, podem não estar preparadas, bem-equipadas ou legalmente autorizadas para fazê-los, ou podem vir a ter acesso aos corpos dias depois da morte (às vezes em temperaturas muito altas, o que leva os corpos a um estado avançado de decomposição). Cenas como essas podem ser altamente traumatizantes. Quando os cuidadores vivenciam incidentes terríveis, em muitos casos elas nem sequer recebem apoio básico.

As reações agudas ao estresse ocorrem como resultado de um evento no qual uma pessoa é ameaçada de violência ou de morte ou quando é obrigada a presenciar atos dessa natureza. Esses tipos de acontecimentos são quase sempre chamados incidentes críticos: um acontecimento único, repentino e inesperado que afeta a integridade física e/ou psicológica da pessoa e que não lhes proporciona tempo para se preparar emocionalmente.

Ter reações agudas ao estresse depois de um incidente crítico é uma resposta normal a uma situação anormal. As reações podem incluir irritabilidade, agitação, problemas para dormir e comer, fadiga, isolamento e apatia. Além de outras reações, como a diminuição de concentração e problemas de memória, podem ocorrer sintomas relacionados com o trauma que incluem revivê-lo (flashbacks) e comportamento evasivo. Como parte do processo de recuperação, podem ocorrer reações emocionais intensas, que podem assustar os próprios indivíduos e ser difícil de entender para outro, como mudanças de humor, euforia, culpa, raiva, tristeza, sentimentos de alienação, distanciamento, de estar fora de controle e letargo emocional. Ademais, as pessoas expostas a um incidente crítico podem apresentar um elevado reflexo de sobressalto (isto é, uma reação exagerada a um barulho ou movimento), isolamento, ter dificuldades de se expressar, falar constantemente do ocorrido, discutir com outras pessoas ou apresentar um humor sarcástico exagerado.

As reações acumuladas ao estresse são relativas a fatores de estresse de baixa intensidade, mas crônicos, que impregnam a vida da pessoa e terminam por terem um efeito acumulativo. É uma forma gradual de estresse que afeta as pessoas durante um tempo e que pode levar a um esgotamento mental (*burnout*).

O esgotamento mental (*burnout*) é o resultado de um estresse prolongado causado por uma sobrecarga de trabalho que leva a uma exaustão física e psicológica, assim como a falta de motivação e entusiasmo.

Algumas fontes comuns de estresse crônico para os cuidadores podem incluir o ambiente de trabalho caótico que exige reações e tomada de decisões rápidas, sensação de ser oprimido por uma alta carga de trabalho e necessidades não atendidas, colegas de trabalho estressados, questões estruturais dentro da gestão. A isso se soma que os cuidadores podem encontrar dificuldades de comunicação devido à sua personalidade ou a diferenças culturais, preparação inadequada, ter que fazer tarefas que estão completamente fora da sua área de treinamento e competência, ou dilemas morais e éticos. Esses fatores se acrescentam ao sentimento de estar isolado de uma família ou de uma rede social de apoio, à privação crônica de sono e à ausência de supervisão e reconhecimento. Os efeitos negativos desses fatores diários de estresse se acumulam e podem levar ao esgotamento mental.

⁵⁰ Para trabalhar a questão da violência contra os pacientes, profissionais, estabelecimentos e veículos de saúde, e com o objetivo de garantir o acesso seguro e a prestação de assistência à saúde em conflitos armados e outras situações de emergência, o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho lançaram a iniciativa Assistência à Saúde em Perigo: healthcareindanger.org

Os níveis mais altos de estresse quase sempre podem ser mais facilmente diagnosticados pela presença de múltiplos fatores crônicos de estresse do que pela ocorrência de incidentes ocasionais e isolados. Em situações de conflito armado e violência, nas quais os recursos individuais e sociais são reduzidos, os sistemas judiciário e regulatório colapsam e as pessoas estão constantemente em perigo, os efeitos crônicos do estresse podem ser ainda mais devastadores.

Hoje em dia, está amplamente documentado que a interação com as vítimas que passaram por experiências traumáticas coloca os cuidadores em um alto risco de fadiga por compaixão e/ou estresse traumático secundário. Ouvir histórias de sofrimento ou presenciar eventos traumáticos de outros regularmente, e ser confrontado com realidades de violência e sofrimento, pode finalmente afetar aos próprios cuidadores. Eles podem apresentar muitas das reações relacionadas com o trauma de maneira similar às pessoas que estão sendo ajudadas.

A fadiga por compaixão é uma exposição indireta a acontecimentos traumáticos mediante relatos ou narrativas em primeira mão desses acontecimentos por outros que os sofreram. Com o tempo, essa exposição resulta em uma experiência indireta na qual as pessoas que a ouvem passam a ter as reações relacionadas com o trauma.

O **estresse traumático secundário** envolve a experiência direta de presenciar acontecimento(s) traumático(s) de outros. Embora não seja uma vítima primária, a testemunha pode se tornar uma vítima secundária ao estar oprimida pelo que vê e ouve em pessoa. Dependendo da natureza e do grau de exposição, as testemunhas podem sofrer estresse traumático primário também. O estresse traumático secundário também pode afetar os membros da família e amigos das vítimas do trauma como resultado da proximidade da relação.

Definição adaptada de Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma⁵¹

Além de administrar as suas próprias reações às situações difíceis, os cuidadores enfrentam o fardo de desempenhar as tarefas designadas ao mesmo tempo em que prestam apoio psicológico básico para os indivíduos que assistem. Como os cuidadores estão em posições-chaves para prestar apoio às necessidades psicológicas e psicossociais das comunidades afetadas por conflitos armados e situações de violência, é essencial garantir que estejam empoderadas para fazê-lo de maneira adequada sem estarem sobrecarregadas ou oprimidas.

Os cuidadores expostos aos riscos supracitados requerem e merecem um apoio de qualidade e abrangente para ajudá-los e poderem ajudar melhor aos outros. Deve ser garantido também um atendimento contínuo, já que alguns cuidadores podem precisar eles mesmos de assistência por parte de serviços especializados de saúde mental ou de uma compreensão de quando e onde usar um sistema de encaminhamento para as pessoas que estão sendo ajudadas.

RESPOSTA EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Os programas “Cuidando de quem cuida” usam diversas estratégias para apoiar o bem-estar dos cuidadores e empoderá-los na sua função, assim como melhorar a qualidade do trabalho vital que realizam.

⁵¹ Rothschild, B., *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*, W.W. Norton and Company, Nova York, 2006.

Esses programas se fundamentam em uma resposta que consiste de duas vertentes:

1. Permitir que os cuidadores cuidem de si mesmos: as atividades são culturalmente adaptadas e visam a equipar os cuidadores com ferramentas que possam desenvolver os seus recursos internos para ajudá-los a cuidar de si mesmos de maneira mais eficaz e buscar apoio quando necessário. Além disso, o programa SMAPS se esforça por assegurar que os gestores façam o possível para reduzir os fatores de estresse que afetam os cuidadores.
2. Equipar os cuidadores com habilidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial para apoiar melhor as comunidades afetadas que estão sendo ajudadas: a resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial não visa a treinar os cuidadores a oferecer atendimento de saúde mental, mas sim desenvolver capacidades específicas e recursos para prestar apoio psicológico básico dentro do escopo da sua função e assegurando que saibam quando e aonde encaminhar.

Para os programas alcançarem esses dois objetivos, são necessárias mais do que oficinas de treinamentos esporádicas. A estratégia mais eficaz é integrar aspectos psicológicos e psicossociais no núcleo do treinamento que os cuidadores já recebem para a sua função atual (p.ex.: como parte de um treinamento de primeiros socorros). Além disso, são necessários treinamento, supervisão e acompanhamento contínuos. Equipar as pessoas que ajudam com boas habilidades de apoio psicológico básico pode aumentar a autoconfiança delas e prepará-las melhor para superar situações estressantes.

AValiação de Necessidades

O primeiro objetivo da avaliação de necessidades é determinar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial dos próprios cuidadores. Para isso, o primeiro passo é identificar os cuidadores que estão particularmente vulneráveis na sua função devido ao nível de exposição à violência, situações estressantes e/ou situações de emergência (isto é, socorristas para situações de emergência), assim como os cuidadores que já estão sendo contatados pelas vítimas ou que estão em condições de ajudar grupos específicos que foram afetados pela violência (isto é, atores-chaves na comunidade).⁵²

A avaliação de necessidades leva em consideração as experiências dos cuidadores, as suas vulnerabilidades e desafios, ademais das estratégias de enfrentamento que usam atualmente. A avaliação também analisa as dificuldades estruturais e gerenciais que podem ter um impacto sobre o bem-estar (p.ex.: cronograma de turnos de trabalho, conhecimento e percepção da saúde mental e apoio psicossocial entre a equipe administrativa, e a disponibilidade de programas SMAPS dentro da organização para os cuidadores), e visa a identificar fatores de risco e possíveis soluções para tratá-los.

O segundo objetivo da avaliação de necessidades é identificar os desafios que os cuidadores enfrentam em relação às necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial das pessoas que estão sendo ajudadas. Para tanto, é preciso que as discrepâncias existentes entre as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial das vítimas e as habilidades dos cuidadores que atendem às suas necessidades sejam identificadas. Isso requer uma avaliação sob medida para um grupo específico de cuidadores mediante a observação das tarefas relativas à sua função (p.ex.: ensinar, cuidar, prestar primeiros socorros), o tipo de vítima que recebe assistência (p.ex.: crianças, pacientes, feridos) e as necessidades específicas delas, e o nível de conhecimento e habilidades atuais em termos de saúde mental e apoio psicossocial dos cuidadores (p.ex.: capacidade de ouvir, identificação de sofrimento psíquico, etc.).

Quando o CICV realiza uma avaliação de necessidade dentro de uma Sociedade Nacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, o avaliador (um delegado SMAPS) coordena com os delegados de cooperação e primeiros socorros do CICV no terreno, cujas funções envolvem trabalhar em estreita parceria com as Sociedades Nacionais. Isso garante que o CICV trabalhe com uma estrutura de coordenação já estabelecida, facilitando a participação

⁵² Um exemplo deste grupo de cuidadores são os voluntários de Restabelecimento de Laços Familiares das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, que ajudam crianças separadas dos seus familiares.

ativa das Sociedades Nacionais na avaliação e na apropriação de qualquer programa que estiver sendo lançado.

Uma avaliação abrangente de necessidades leva de um a três meses e é realizada por um delegado de saúde e apoio psicossocial. A duração da avaliação depende do número de grupos-alvos e da gravidade, tanto dos cuidadores como das vítimas, segundo as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial.

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

As necessidades identificadas durante a avaliação são analisadas e priorizadas. Os objetivos específicos e as estratégias relacionadas serão estabelecidos nesse sentido, como, por exemplo, os recursos humanos e a duração do programa.

Um delegado SMAPS é enviado para trabalhar de **6 a 12 meses**, dependendo das capacidades locais, para avaliar as necessidades, assim como desenvolver, adaptar e implementar o programa. Em geral, o programa é mais eficaz quando a mesma pessoa que realizou a avaliação também o implementa. Isso permite que desenvolvam e fortaleçam a proximidade com os que atuarão enquanto cuidadores que já terá sido gerada durante a avaliação.

A prioridade número um do programa é assegurar que os próprios cuidadores recebam apoio psicológico e psicossocial. Por exemplo, isso pode ser feito ao selecionar cuidadores competentes com uma disposição para os cuidados e dar-lhe treinamento e apoio para estabelecer e facilitar um sistema de apoio entre pares. Um sistema de encaminhamento para os cuidadores que precisam de serviços de saúde mental especializado é criado e implementado.

O segundo objetivo do programa é garantir que os cuidadores tenham ferramentas para assistir melhor as comunidades afetadas nas funções que cumprem atualmente. Isso é feito mediante sessões de treinamento que trabalham a discrepância entre as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial das vítimas e as habilidades dos cuidadores, além de realizar uma supervisão contínua da implementação dessas habilidades de apoio psicológico básico.

O CICV tem uma resposta de primeiros socorros estabelecida, que abrange tanto os primeiros socorros físicos como o **apoio psicológico e psicossocial básico**, isto é, apoio prestado para as pessoas com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial através de técnicas básicas nessa área.

A resposta do CICV para as questões de SMAPS envolve prestar apoio psicológico e psicossocial básico como parte de uma resposta detalhada às necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que requer um treinamento extenso, supervisão e acompanhamento.

PÚBLICO-ALVO

1. **Direto:** cuidadores, isto é, socorristas para situações de emergência e atores-chaves na comunidade que são parte da comunidade afetada e que trabalhem na linha de frente dos serviços de atendimento.
2. **Indireto:** vítimas de conflitos armados e outras situações de violência que recebem ajuda dos cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O programa visa a oferecer:

Atendimento de saúde mental e psicossocial para os cuidadores

Os cuidadores [ESPECIFICAR, *p.ex.: voluntários da SN/socorristas/cuidadores, etc.*] melhoram o seu bem-estar e a sua habilidade de prestar apoio psicológico e psicossocial básico às vítimas.

Este objetivo é alcançado com o estabelecimento de um sistema de apoio que proporcione apoio psicológico e psicossocial aos cuidadores, de maneira a prevenir desgastes emocionais ou a facilitar que se recuperem; e também ao fortalecer as habilidades dos cuidadores de apoiar melhor às vítimas de violência dentro do escopo da sua função.

MÉTODOS

Cuidando de quem cuida

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|--|--|--|
| Apoio estrutural | Estabelecer um sistema de gestão de estresse sustentável e de qualidade integrado à organização dos cuidadores (p.ex.: Sociedades Nacionais, serviços de ambulância ou escolas em contextos violentos). | <p>Promover junto aos responsáveis por equipes atividades de conscientização (p.ex.: grupos de discussão entre gerência e cuidadores para facilitar a questão de compartilhar experiências; apresentação de histórias reais de cuidadores sobre incidentes críticos; oficinas sobre fatores de risco psicológico e psicossocial no trabalho dos cuidadores).</p> <p>As atividades de conscientização incluem recomendações de repouso e recuperação, intervalos adequados para a equipe que trabalha em condições estressantes, descrições claras das funções, comunicação clara entre gerência e equipe, e desativação de emoções após incidentes críticos.</p> <p>As sessões de conscientização são realizadas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados de saúde mental, psicólogos locais).</p> | <p>Os responsáveis por equipes entendem a importância de se concentrar na preparação e na recuperação psicológica dos cuidadores após incidentes críticos.</p> <p>Os responsáveis por equipes integram o apoio psicológico e psicossocial nas atividades centrais do grupo específico de cuidadores.</p> <p>Os responsáveis por equipes designam um ponto focal para a gestão do estresse.</p> <p>Os responsáveis por equipes estão comprometidos a minimizar os fatores de risco mediante a promoção de cronogramas de trabalho e recursos adequados.</p> <p>Os responsáveis por equipes reconhecem interna e publicamente o trabalho dos cuidadores.</p> |
| Treinamento de cuidadores para se ajudarem | Assegurar que as cuidadores tenham conhecimento das ferramentas de gestão do estresse e como prevenir e trabalhar as consequências negativas em termos de saúde mental e apoio psicossocial de incidentes críticos tanto no nível individual como no grupal. | <p>Oficinas com os cuidadores para compartilhar e discutir conhecimento sobre questões SMAPS, como as consequências em termos de saúde mental e apoio psicossocial da exposição à violência, os desafios que enfrentam nessa função, o estresse, a normalização das reações, mecanismos de autosenfrentamento.</p> <p>As oficinas são ministradas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados SMAPS, psicólogos locais).</p> <p>As oficinas incluem apresentações teóricas juntamente com atividades de grupo, role play, vídeos e discussões.</p> | <p>Os cuidadores têm conhecimento suficiente de questões relativas a saúde mental e apoio psicossocial para entender e lidar melhor com os desafios da sua função.</p> <p>Os cuidadores entendem e se sentem preparadas para usar técnicas de autocuidado e recorrer aos serviços SMAPS.</p> |

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|---|--|---|
| Treinamento de cuidadores como facilitadores de apoio entre pares | Garantir que os cuidadores tenham conhecimento e habilidades para prestar apoio psicológico e/ou psicossocial básico de qualidade para outros cuidadores. | <p>Oficinas com facilitadores selecionados de apoio (que são parte do grupo alvo de cuidadores) para melhorar o conhecimento e as habilidades para prestar apoio psicológico básico, incluindo fortalecer os mecanismos de autoenfrentamento, condução de sessões de desativação de emoções após incidentes críticos e fazer encaminhamentos.</p> <p>Oficinas com facilitadores selecionados de apoio entre pares para melhorar o conhecimento e as habilidades de prestar apoio psicossocial, incluindo fortalecer de redes sociais de apoio, trabalhar o impacto do trabalho delas na família e nas relações, e discutir outras necessidades, p.ex.: questões financeiras e condições de vida.</p> | <p>Os facilitadores de apoio entre pares proporcionam apoio psicológico básico para indivíduos e grupos.</p> <p>Os facilitadores de apoio entre pares identificam os cuidadores com necessidades psicológicas mais graves e as encaminham de maneira adequada.</p> <p>Estabelecem-se procedimentos para prestar apoio de emergência em termos de saúde mental e apoio psicossocial para cuidadores em casos de incidentes críticos, p.ex.: sessões de desativação de emoções com facilitadores treinados imediatamente depois do envolvimento dos cuidadores no incidente.</p> <p>Os facilitadores de apoio entre pares prestam apoio psicossocial a outros cuidadores.</p> |
| Supervisão | Monitoramento e orientação contínuos do sistema estrutural de apoio, e apoio para a prevenção e a recuperação de cuidadores em termos de saúde mental e apoio psicossocial. | <p>Reuniões / discussões regulares com os responsáveis por equipes.</p> <p>Reuniões / discussões regulares com os cuidadores.</p> <p>Reuniões / discussões regulares com os facilitadores de apoio entre pares.</p> <p>Participação ocasional em sessões nas quais a prestação de apoio entre pares acontece.</p> | <p>São prestados serviços de apoio psicológico e psicossocial de qualidade.</p> <p>Os casos psicológicos graves são identificados e encaminhados adequadamente (onde os serviços especializados estiverem disponíveis).</p> <p>Outras necessidades são identificadas e os encaminhamentos adequados para outros serviços são realizados (onde estiverem disponíveis).</p> <p>Os serviços SMAPS estão integrados na organização de forma sustentável.</p> <p>São usados métodos adequados para a coleta de dados.</p> |

Ajuda os cuidadores a apoiarem às vítimas de conflitos armados e outras situações de violência

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|--|--|---|
| Treinamento de cuidadores a ajudarem outros | Estabelecer e/ou melhorar as habilidades dos cuidadores para prestar apoio psicológico e psicossocial básico dentro do escopo da sua função. | <p>Grupos de discussão com os cuidadores para definir o tipo de habilidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial e as atividades que podem ser incorporadas no trabalho diário atual (p. ex.: para os professores, é importante entender o cronograma de aulas e a demografia dos alunos e as necessidades correspondentes para decidir que atividades SMAPS são adequadas e devem ser incluídas no treinamento).</p> <p>Oficinas com os cuidadores (adaptada às atividades diárias dessas pessoas) sobre questões como habilidades de escuta, identificar problemas psicológicos, normalização das reações, priorizar as necessidades, identificar recursos individuais e sociais, e para onde encaminhar para atendimento adicional. (Oficinas SMAPS com socorristas são integradas no treinamento de primeiros socorros.)</p> <p>Quando estiverem treinando os cuidadores, o cronograma das oficinas deve estar alinhado em conformidade com o horário de trabalho deles (p.ex.: uma hora por dia durante um período de tempo que permita que o conteúdo seja coberto, isto é, de um a três meses de treinamento regular).</p> <p>As oficinas são ministradas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados SMAPS, psicólogos locais).</p> <p>As oficinas incluem apresentações teóricas juntamente com atividades de grupo, role play, vídeos e discussões.</p> | <p>Os cuidadores têm conhecimento e habilidades suficientes em termos de saúde mental e apoio psicossocial para prestar apoio psicológico e psicossocial básico para as vítimas dentro da sua função.</p> <p>Os cuidadores são capazes de identificar os indivíduos com necessidades psicológicas mais graves e outras necessidades, e fazer o encaminhamento adequado.</p> <p>As atividades de primeiros socorros incluem técnicas e práticas para prestar apoio psicológico básico.</p> |
| Supervisão | Monitoramento e apoio contínuos da capacidade das pessoas que prestam ajuda de prestar apoio psicológico e psicossocial básico dentro do escopo da sua função. | <p>Reuniões / discussões regulares com pessoas que prestam ajuda.</p> <p>Participação nas atividades diárias dos cuidadores onde ocorre a prestação de apoio psicológico e/ou psicossocial básico.</p> | <p>São prestados serviços de apoio psicológico e psicossocial de qualidade às vítimas.</p> <p>Os casos psicológicos graves são identificados e encaminhados adequadamente (onde os serviços especializados estiverem disponíveis).</p> <p>Outras necessidades são identificadas e os encaminhamentos adequados para outros serviços são realizados (onde estiverem disponíveis).</p> <p>Os serviços SMAPS estão integrados na organização de forma sustentável.</p> <p>São usados métodos adequados para a coleta de dados.</p> |

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para apoiar o processo de monitoramento, o CICV identificou vários indicadores que podem ser usados para avaliar a eficácia dos programas que ajudam os cuidadores, e os ajudam a prestar apoio às vítimas de conflitos armados e outras situações de violência. Ambos os componentes precisam ser monitorados. A ferramenta de coleta abrangente de dados SMAPS proporciona uma plataforma para a coleta e a análise de dados.

Todos os indicadores são especificados antes do início do programa e um prazo é designado. Alguns exemplos de indicadores de desempenho e resultados empregados para medir a eficácia das intervenções incluem:

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|---|---|
| Desempenho | |
| Número de pessoas que prestam ajuda que participaram de grupos de apoio entre pares | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade dos serviços SMAPS para pessoas que prestam ajuda |
| Número de pessoas que prestam ajuda treinadas para prestar atendimento SMAPS dentro do escopo da sua função | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços SMAPS (pessoas que prestam ajuda treinadas) para vítimas de conflitos, violência e emergências • Dar informações sobre a habilidade dos cuidadores de identificar necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial e apoiar de forma adequadas as vítimas de conflitos, violência e emergências |
| Número de encaminhamentos realizados pelos cuidadores para serviços especializados de saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial para definir critérios para encaminhamento • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo • Dar informações sobre a habilidade dos cuidadores de identificar de forma adequada os casos que requerem encaminhamento e de fazê-los |
| Resultado | |
| Número de pessoas que prestam ajuda que apresentaram redução do nível sofrimento psíquico / Número de pessoas que prestam ajuda que recebem apoio SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pessoas que prestam ajuda que apresentaram melhoras no funcionamento / Número de pessoas que prestam ajuda que recebem apoio SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pessoas que prestam ajuda que apresentaram melhoras nos mecanismos de enfrentamento / Número de pessoas que prestam ajuda que recebem apoio SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pessoas que prestam ajuda que oferecem atendimento SMAPS básico de qualidade para outros indivíduos dentro do escopo da sua função / Número de pessoas que prestam ajuda treinadas para para oferecer atendimento SMAPS básico dentro do escopo da sua função | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS • Dar informações sobre a habilidade dos cuidadores treinadas para apoiar vítimas de conflitos, violência e emergências |

GLOSSÁRIO DE TERMOS USADOS NO MONITORAMENTO E NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS SMAPS PARA PESSOAS QUE PRESTAM AJUDA

Necessidades SMAPS: categorizadas pelos níveis de sofrimento psíquico, funcionamento e mecanismos de enfrentamento, sendo medidas com escalas padronizadas.

Serviços SMAPS: apoio/serviços para trabalhar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial prestados como parte do programa SMAPS.

Serviços especializados de saúde mental: serviços que tratam as necessidades das pessoas com problemas severos/complexos de saúde mental, incluindo distúrbios psiquiátricos.

Sofrimento psíquico: os níveis de sofrimento psíquico são medidos com escalas padronizadas.

Funcionamento: os níveis de funcionamento são medidos com escalas padronizadas.

Enfrentamento: os mecanismos de enfrentamento são medidos com escalas padronizadas.

Encaminhamento: as necessidades específicas de uma vítima de violência são identificadas e, então, se estabelece o contato entre a pessoa e um serviço adequado para as suas necessidades.

Treinamento para prestar serviços SMAPS: níveis de treinamento em atendimento SMAPS prestados variarão segundo as necessidades das vítimas, a disponibilidade de licenciados em saúde mental locais, a brecha entre as necessidades e a disponibilidade de serviços SMAPS, e as competências e a disponibilidade de os cuidadores serem treinados. Pode incluir uma variedade de técnicas de apoio psicológico básico e/ou técnicas mais detalhadas sob medida às necessidades das vítimas.

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- Estabelecer um sistema de apoio estrutural pode ser um desafio, já que requer a incorporação de medidas de preparação e resposta na estrutura das organizações dos cuidadores com o objetivo de minimizar e trabalhar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial dos cuidadores. Quase sempre implica também uma mudança de atitude quanto a tornar o bem-estar dos próprios cuidadores uma prioridade, que pode ser um desafio para a visão e a vontade dos responsáveis por equipes, em vista das pressões sobre os recursos e normas culturais.
- Ao mesmo tempo em que é um desafio, também é essencial trazer uma abordagem enfocada na resiliência e adequada ao contexto para apoiar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial dos cuidadores. Isso significa não somente identificar recursos locais (p.ex.: redes sociais de apoio, serviços de saúde mental de qualidade, acesso aos serviços), mas também entender como esses recursos devem conformar o programa.
- Para serem eficazes, as intervenções que visam a ajudar aos cuidadores para ajudar melhor outros devem ser adaptadas culturalmente e relevantes para a situação, às necessidades dos indivíduos que estão sendo ajudados pelos cuidadores, e a função dessas pessoas. Isso significa que não existe um modelo único para o tipo e o nível de treinamento em apoio psicológico básico que cada grupo de pessoas que prestam ajuda receberá para integrar na sua função; cada programa é singular.



**5.
PACIENTES
HOSPITALIZADOS
COM FERIDAS
POR ARMAS E
PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA
FÍSICA**

PONTOS DE PREOCUPAÇÃO

Os conflitos armados e outras situações de violência causam ferimentos tanto entre os civis, como entre aqueles que participam diretamente das hostilidades. Conflitos armados também aumentam significativamente a vulnerabilidade das pessoas com uma deficiência física pré-existente. A gestão médica de vítimas durante esses períodos é diferente daquela praticada em tempos de paz. Restrições de segurança afetam todo o sistema de saúde, o fornecimento de materiais é interrompido, hospitais são atacados e funcionários fogem temendo pela sua segurança.⁵³ Um êxodo em massa de profissionais de saúde deixa as estruturas de saúde em situação crítica de falta de pessoal. Profissionais de saúde treinados para trabalhar em equipes multidisciplinares com frequência se encontram na posição de suportar toda a carga de trabalho médico sozinhos, lidando com sub-especialidades com as quais, no melhor dos casos, têm conhecimento apenas superficial.

Pacientes hospitalizados com feridas por armas são pessoas que passam por cirurgias e tratamento hospitalar agudo depois de ferimentos por arma.

Como consequência de conflito e violência, o número de pessoas que estão doentes ou feridas e/ou terminam com uma deficiência física aumenta drasticamente. Devido à natureza violenta desses ferimentos ou da piora no seu estado físico durante o conflito, essas pessoas estão ainda mais física e psicologicamente vulneráveis. A maioria dos ferimentos afetam as extremidades corporais. A extensão da destruição e da contaminação dos tecidos que ocorre não é comparável aos ferimentos vistos em tratamentos rotineiros de traumas. Juntamente com os desafios físicos, dificuldades psicológicas são agravadas por fatores exacerbados durante conflito, como separação de famílias, morte de entes queridos, a perda dos meios de subsistência e o deslocamento forçado.

Pessoas com deficiências físicas podem ser vítimas diretas ou indiretas de conflitos armados. Vítimas diretas são aquelas que, por exemplo, sofreram amputação de membro(s), fraturas de membro(s), ferimentos na espinha dorsal ou queimaduras como consequência de conflito. Vítimas indiretas são aquelas com deficiências devido à restrição no atendimento médico relacionada com o conflito ou situação pós-conflito, como pessoas com doenças agudas ou crônicas (p.ex.: diabetes, derrame cerebral) ou deformidades congênitas (p.ex.: crianças com os pés disformes ou paralisia cerebral).

Profissionais de saúde enfrentam o enorme desafio de prestar serviços em um contexto que está gravemente desestruturado por conflito armado, atendendo a demandas de uma alta carga de trabalho e, ao mesmo tempo, superar o impacto do conflito e da violência na sua vida pessoal.⁵⁴ Isso, somado à falta de profissionais treinados em saúde mental, pode gerar e perpetuar comportamentos que levam a relacionamentos de baixa qualidade com os pacientes, o que, por sua vez, tem impacto negativo no seu bem-estar e recuperação. A probabilidade de que a equipe de saúde disponível tenha algum conhecimento ou habilidade em saúde mental e apoio psicossocial é baixa, justamente no momento no qual

⁵³ Para trabalhar a questão da violência contra pacientes, profissionais, estabelecimentos e veículos de saúde, e com o objetivo de garantir acesso seguro e assistência à saúde em conflitos armados e outras situações de emergência, o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho lançaram a iniciativa Assistência à Saúde em Perigo: healthcareindanger.org.

⁵⁴ A equipe do CICV recebe apoio da equipe de saúde do Departamento de Recursos Humanos do CICV. Esse apoio está separado dos programas operacionais de saúde mental e apoio psicossocial no terreno, que se concentram especificamente em assistir indivíduos e comunidades afetadas por conflitos armados, outras situações de violência e emergências.

as necessidades são muito altas. Lidar com o impacto psicológico de um diagnóstico que pode mudar a vida de uma pessoa e as fortes emoções que o acompanham, como medo, raiva, tristeza e negação, além do acontecimento violento que causou o ferimento em si, requer compreensão e cuidados especiais.

Vivenciar o estresse durante um período prolongado de tempo altera a produção de hormônios de um indivíduo, o que, por sua vez, impacta seus processos psicológicos e está associado com problemas mentais. Assim como o sofrimento psíquico dificulta os processos gerais de cura física, uma condição de saúde mental saudável promove a cura física.

O tratamento que os pacientes recebem durante períodos difíceis, quando estão mais vulneráveis, afeta sua saúde mental no curto e longo prazos. Muitas pessoas passam por dificuldades físicas, psicológicas e/ou sociais em quatro etapas críticas após o incidente: (1) reações associadas com o trauma físico; (2) reações a procedimentos médicos; (3) reações no estado físico do indivíduo ou à deficiência; e (4) reações e readaptações ao ambiente social e familiar do indivíduo.⁵⁵ Essas reações podem aparecer imediatamente ou algum tempo depois, dependendo dos recursos individuais e sociais do paciente. Elas precisam ser trabalhadas de maneira adequada, sendo parte de uma resposta de saúde mental e apoio psicossocial abrangente.

O CICV empenha-se em prover assistência em tais situações, implementando programas de saúde mental e apoio psicossocial em hospitais e centros de reabilitação física – com boa vinculação nos serviços pré-hospitalares e na saúde básica – para assegurar a estratégia de cuidado integral aos pacientes.

NECESSIDADES EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

O tratamento para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física em geral se concentra nos aspectos físicos (como a gravidade dos ferimentos, os modelos de tratamento de traumas e a gestão clínica). No entanto, os aspectos psicológicos representam parte integral na recuperação do paciente após um ferimento físico traumático.

Pacientes gravemente feridos correm o risco de desenvolver sintomas psicológicos relacionados com o trauma, como choque, ansiedade, raiva, depressão, desespero, dificuldades de concentração, insônia, sentimentos de desamparo, intervenção e estupor, uma sensação de perigo constante, mudança no apetite e no peso, lembranças aterrorizantes e reviver experiências (flashbacks). Esses sintomas podem ser agravados por fatores como tipo de personalidade, condições de saúde mental pré-existentes e abuso de substâncias, assim como a natureza do acontecimento no qual a pessoa foi ferida, além das circunstâncias sociais do paciente. Mudanças na personalidade e limitações cognitivas podem ocorrer após feridas traumáticas na cabeça. Sintomas psicológicos podem amplificar a experiência de dor e fazer com que esta persista por tempos depois da dor física ter diminuído.

Pessoas com novas deficiências físicas têm de enfrentar desafios específicos, como lidar com as transições na vida e viver a deficiência. Ao mesmo tempo, devem se ajustar às mudanças no seu papel dentro da família e da sociedade (p.ex.: divórcio, poucas perspectivas de relacionamentos, desemprego), e encarar o estigma e as atitudes negativas por parte de outras pessoas. Essa experiência pode ser comparada com um processo de luto que envolve choque, negação, depressão, ajuste e aceitação. Embora essas reações possam ser antecipadas, podem ocorrer em qualquer ordem e intensidade. Complicações surgem quando a pessoa tem dificuldades para ultrapassar uma dessas reações e fica “presa”, obstruindo o processo de ajuste e aceitação.

⁵⁵ R. Singh et al. “Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall”, *Clinical Rehabilitation*, Vol. 23, Nº 2, 2009, pp. 281-286

Apesar das reações e dos sintomas psicológicos descritos acima estarem amplamente presentes nas vidas das pessoas com deficiência física, estas não podem ser presumidas em todos os casos. Diferentes tipos de ferimentos e deficiências levarão a diferentes sintomas psicológicos. As reações também se apresentarão de forma diferente dependendo do gênero, idade, papel dentro da família (p. ex.: arrimo de família, dona de casa), profissão e mecanismos de enfrentamento individuais e sociais.

As necessidades dos pacientes variam durante os diferentes estágios do tratamento e da reabilitação. Enquanto os pacientes estão hospitalizados, estes devem lidar com os efeitos psicológicos do acontecimento que causou o ferimento, a dor, a apreensão médica e pré-operatória, e um ambiente hospitalar desconhecido, possivelmente sem contato com os seus entes queridos e sem saber se estão bem. É comum que os pacientes sintam medo de condições que podem ameaçar ou mudar sua vida, ansiedade relacionada com os procedimentos médicos (p. ex.: não acordar depois da anestesia, estresse relacionado com a cirurgia), e medo da morte. Eles ficam ansiosos se vão receber más notícias, como a necessidade de uma amputação, e podem relutar em dar ou não o consentimento para um procedimento médico. Em algumas situações, os pacientes podem passar por sofrimento psíquico agudo e requerer estabilização e apoio especializado em saúde mental.

Na fase pós-operatória, os pacientes enfrentam a dor causada pela cirurgia, possíveis complicações cirúrgicas, depressão, raiva e medo dos desafios da recuperação prolongada e da deficiência duradoura. Sintomas de ansiedade e depressão podem levar a problemas de adesão ao tratamento, seguir uma dieta ou fazer planos de higiene para práticas pós-operatórias complexas como a medicação tomada e limpeza da ferida.

Durante o processo de reabilitação, dependendo da situação específica, pessoas com deficiências físicas podem ter que reduzir progressivamente a dependência dos serviços médicos, hospitalares e/ou de reabilitação, lidar com as dificuldades de usar equipamentos de locomoção, e aceitar a sua dependência de outras pessoas para cuidados pessoais e higiene, assim como o aumento da sua vulnerabilidade frente ao perigo. Alguns dos principais desafios orbitam ao redor da aceitação a uma nova imagem e às limitações diárias de locomoção.

Finalmente, a dor crônica e a dor do membro fantasma são comuns depois da amputação e afetam gravemente a qualidade de vida. Pacientes que têm um histórico médico complexo, incluindo múltiplas cirurgias, infecções crônicas e ferimentos complicados, têm mais chances de sofrer de dores crônicas. “Membro fantasma” é o termo usado para qualquer fenômeno sensorial que se sinta no membro ausente ou em parte dele. A maioria das pessoas amputadas tem sensações fantasmas em algum momento de suas vidas e, para alguns, continuam por toda a vida.

RESPOSTA EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

O CICV tem como objetivo incorporar atividades SMAPS nos seus programas de atendimento integrado para pacientes hospitalizados com feridas por armas e para pessoas com deficiência física. As equipes hospitalares e de reabilitação física precisam adquirir um entendimento abrangente das dificuldades psicológicas dos pacientes durante o tratamento e reabilitação.

O atendimento SMAPS pode ser prestado tanto pela equipe de saúde que é treinada e apoiada adequadamente, ou por profissionais de saúde mental que trabalhem com eles. Profissionais de saúde mental também precisam ampliar seu conhecimento sobre as dificuldades físicas associadas com deficiências, ferimentos e tratamento médico e/ou procedimentos de reabilitação. Para prestar um atendimento abrangente aos pacientes, é,

portanto, crucial que as equipes SMAPS, do hospital e de reabilitação física colaborem em cada etapa dessa prestação. Como parte dos esforços do CICV para garantir a estratégia de cuidado integral, os pacientes recebem apoio durante a hospitalização e a reabilitação, com serviços SMAPS integrados em ambas as etapas.

Como as necessidades dos pacientes variam durante as diferentes etapas do tratamento e reabilitação, a resposta em termos de saúde mental e apoio psicossocial deve ser adaptada nesse sentido. Os programas implementados no contexto hospitalar principalmente visam apoiar os pacientes para lidar melhor com as reações associadas ao trauma físico e aos procedimentos médicos. O apoio psicológico e psicossocial nesta etapa ajuda os pacientes hospitalizados a aceitarem e aderirem ao tratamento médico, desta forma facilitando a sua recuperação. Os programas implementados nos estabelecimentos de reabilitação física visam principalmente ajudar os pacientes a lidarem melhor com as reações às mudanças na sua condição física (isto é, relacionadas com a sua deficiência) e com um reajuste ao ambiente social e familiar. O apoio psicológico e psicossocial nesta etapa ajuda as pessoas com deficiências físicas a superarem o trauma da experiência e a promoverem a independência, o bem-estar social e autoconfiança.

AValiação DE NECESSIDADES

Quando se realiza a avaliação das necessidades de pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física, o CICV conduz entrevistas individuais e discussões de grupo com a equipe de saúde que trabalha com esses pacientes (p.ex.: clínicos-gerais, cirurgiões, enfermeiros, ortopedistas e fisioterapeutas). O objetivo é entender as atuais práticas de atendimento, os serviços SMAPS disponíveis e até que ponto esses serviços já são prestados pela equipe de saúde. Também é importante avaliar o conhecimento da equipe em termos de saúde mental e apoio psicossocial e se entendem essas necessidades dos pacientes. Depois disso, são realizadas as entrevistas individuais com os pacientes hospitalizados e com pessoas com deficiência física para entender em profundidade necessidades específicas e a experiência que tiveram com os serviços de saúde.

A avaliação determina a lacuna entre o nível das necessidades SMPAS dos pacientes e os serviços disponíveis (incluindo serviços profissionais de saúde mental, assim como o nível básico de apoio psicológico e psicossocial prestado pela equipe de saúde como parte da sua função). Quando os serviços SMAPS disponíveis são insuficientes para atender as necessidades dos pacientes, a possibilidade de designar um profissional local de saúde mental em tempo integral é avaliada. Em alguns países isso não é possível devido à falta de profissionais qualificados e/ou limitações de segurança ou financeiras nos equipamentos de saúde.

Consequentemente, a capacidade da equipe de saúde de prestar serviços SMAPS para si mesmos é avaliada: o nível de conhecimento e habilidades, a pré-disposição para receber treinamento em saúde mental e apoio psicossocial, a sua carga de trabalho e o tempo disponível. Como os hospitais e os serviços de reabilitação física estão sobrecarregados durante conflitos armados e outras situações de violência, a disponibilidade da equipe para passar por um treinamento e prestar serviços SMAPS pode ser limitada. Portanto, quando as necessidades SMAPS dos pacientes são graves, o apoio prestado por parte da equipe de saúde pode não ser suficiente e é necessário analisar outros possíveis prestadores de serviços dessa natureza. Isso envolve identificar outros atores comunitários (não especializados) que poderiam ser treinados para a prática de aconselhamento.

Os aspectos psicossociais também são avaliados, incluindo uma análise da cultura local, que pode ter práticas positivas para incentivar a resiliência dos pacientes ou negativas (como o estigma), que precisam ser identificadas e trabalhadas. É importante avaliar as redes de suporte social dos pacientes (p. ex.: família, cuidadores, amigos e colegas) quando se identificam o apoio disponível durante a hospitalização, assim como os possíveis desafios para a sua reintegração social. Uma avaliação abrangente das necessidades é realizada por um delegado SMAPS e leva de **1 a 3 meses**. A duração depende do número de estruturas de saúde e da gravidade das necessidades relacionadas ao conflito.

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Após concluir a avaliação, são implementadas as recomendações específicas de saúde mental e apoio psicossocial tanto no hospital como nos estabelecimentos de reabilitação física.

Para garantir a alta qualidade do atendimento SMAPS, o CICV envia um delegado dessa área para supervisionar a elaboração e a implementação do programa. É altamente recomendado contar com delegado no local por durante **12 meses**, garantindo assim continuidade e sustentabilidade. A formação técnica da equipe de saúde e/ou psicólogos/conselheiros locais tanto nos hospitais como nos estabelecimentos de reabilitação física exigem treinamento, supervisão e apoio detalhados e contínuos.

PÚBLICO-ALVO

1. **Direto:** pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física que precisam de reabilitação.
2. **Indireto:** equipes de saúde e familiares/cuidadores de pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O programa visa a oferecer:

Saúde mental e apoio psicossocial para os pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física

Pacientes feridos por armas hospitalizados e pessoas com deficiência física em estruturas de saúde que contam com o apoio do CICV [ESPECIFICAR, *p.ex.: tipo(s) / nome(s) do(s) estabelecimento(s) e/ou lugar(es), etc.*] se beneficiam com o apoio de saúde mental e psicossocial adaptado às suas necessidades psicológicas e de recuperação/reabilitação física.

Este objetivo é alcançado através da formação técnica das equipes hospitalar e de reabilitação física e/ou psicólogos e/ou conselheiros para prestar atendimento SMAPS.

MÉTODOS

Formação técnica das equipes hospitalar e de reabilitação física para prestar atendimento SMAPS a pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física.

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|---|---|---|
| Promoção | Integrar um sistema SMAPS de qualidade para pacientes em hospitais e/ou centros de reabilitação física. | Dialogar com as autoridades locais de saúde (incluindo a equipe administrativa no hospital e/ou centros de reabilitação física) sobre a importância de incorporar o programa SMAPS nos seus serviços. | As autoridades de saúde relevantes e a equipe administrativa no hospital e/ou centros de reabilitação física incorporam o programa SMAPS nos seus serviços. O hospital e/ou centro de reabilitação física insere profissionais de saúde mental e apoio psicossocial em sua força de trabalho. |
| Treinamento de equipe hospitalar e/ou de reabilitação física | Adquirir e/ou melhorar as habilidades para prestação de serviços de saúde mental (apoio psicológico básico) para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física. | Oficinas sobre assuntos como: técnicas de escuta, coleta de informações delicadas sobre pacientes, como reconhecer problemas psicológicos, priorizar as necessidades, identificar recursos individuais e sociais; e onde encaminhar os pacientes para cuidados adicionais. A agenda das oficinas deve estar alinhada com as horas de trabalho da equipe (p.ex.: uma hora por dia durante um período longo o suficiente para cobrir o conteúdo do curso, isto é, de um a três meses de sessões regulares de treinamento). As oficinas são ministradas por profissionais de saúde mental (isto é, delegados SMAPS ou psicólogos locais). As oficinas SMAPS incluem exposições teóricas, atividades de grupo, role plays, vídeos e discussões sobre casos de pacientes. | Equipes hospitalar e de reabilitação entendem melhor e incorporam considerações psicológicas nas suas práticas diárias de atendimento. Estão asseguradas uma triagem eficaz e a gestão holística de casos de pacientes. Equipes hospitalar e de reabilitação física identificam eficazmente as necessidades psicológicas e psicossociais dos pacientes. Equipes hospitalar e de reabilitação física identificam com eficácia casos graves e os encaminham a um profissional de saúde mental (quando disponíveis na estrutura de saúde). A equipe hospitalar e de reabilitação física presta aconselhamento básico aos pacientes (quando não estiver disponível um profissional de saúde mental). Métodos para a coleta de dados SMAPS são usados e integrados nas ferramentas de coleta de dados do hospital e na reabilitação física. A equipe do hospital e de reabilitação física estão envolvidos na identificação de outros atores relacionados e estabelecem e disponibilizam um sistema de encaminhamento. |
| Treinamento de psicólogo ou conselheiro local | Adquirir e/ou melhorar as técnicas na prestação de serviços SMAPS para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física. | Oficinas sobre as necessidades psicológicas de pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física, e sobre técnicas psicoterapêuticas adequadas para atender as necessidades dos pacientes. As oficinas acontecem toda semana ou a cada uma/duas semanas durante vários meses (isto é, período de tempo suficiente para cobrir o conteúdo necessário). As oficinas são realizadas pela equipe de saúde mental do CICV. As oficinas incluem apresentações teóricas, assim como atividades de grupo, role plays, vídeos e discussões de casos. | O psicólogo ou conselheiro local presta serviços SMAPS de qualidade para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física, incluindo: identificação e tratamento de sintomas de sofrimento psíquico (p. ex.: ansiedade, raiva, desespero); dificuldades para dormir; dificuldades para comer; impacto dos sintomas de sofrimento psíquico no estado físico (p. ex.: palpitações causadas por ansiedade, dificuldades para respirar, dores de cabeça, dor); impacto dos sintomas de sofrimento psíquico na reabilitação física (p. ex.: adesão ao plano de exercícios físicos, gestão da dor do membro do fantasma); e questões relacionadas com a reintegração social (p. ex.: mecanismos de enfrentamento do estigma, reajuste na função dentro da família e da sociedade). Os métodos para a coleta de dados são usados e integrados nas ferramentas de coleta de dados do hospital e da reabilitação física. Outros atores são identificados e um sistema de encaminhamento é estabelecido e disponibilizado sempre que possível. |

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|---|--|---|
| Supervisão de equipe hospitalar ou de reabilitação física e/ou psicólogo/conselheiro local | Monitoramento e apoio contínuos para usar o conhecimento e as habilidades adquiridas durante o treinamento. | Encontros / discussões regulares. Supervisão de sessões nas quais se presta apoio psicossocial. Discussões de casos (sobre os pacientes que recebem <i>aconselhamento</i> e/ou apoio psicológico). | Os serviços SMAPS são sustentáveis e integrados no hospital e/ou centro de reabilitação física. São prestados serviços de apoio psicológico e psicossocial de qualidade para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física. Os casos psicológicos graves são identificados e encaminhados de forma adequada (quando serviços especializados estiverem disponíveis). Outras necessidades são identificadas e encaminhadas de maneira adequada a outros serviços (quando estiverem disponíveis). Os métodos para a coleta de dados são usados e integrados nas ferramentas de coleta de dados do hospital e da reabilitação física. Questões que precisam de um maior apoio são identificadas e trabalhadas (p. ex.: mediante supervisão e sessões de treinamento para atualização). |

Serviços SMAPS para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiências e as suas famílias/cuidadores.

| PÚBLICO-ALVO | ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|--------------------------|--|---|
| Pacientes em período pré-operatório | Hospital | Serviços individuais SMAPS para pacientes, em colaboração com a equipe hospitalar (para compartilhar informações sobre procedimentos médicos e facilitar a expressão de medos e preocupações). | A ansiedade dos pacientes com relação à cirurgia diminui. Os sintomas de sofrimento psíquico dos pacientes diminuem. |
| Pacientes em período pós-operatório | Hospital | Serviços individuais SMAPS para gestão da dor e adesão aos cuidados pós-operatórios. Prestados por um profissional em saúde mental em colaboração com a equipe do hospital. | Os pacientes que relatam diminuição da dor e o uso de estratégias positivas de enfrentamento da dor aumentam. Os sintomas de sofrimento psíquico dos pacientes diminuem (p. ex.: sintomas de sofrimento psíquico relacionados com a internação no hospital diminuem). A adesão dos pacientes aos cuidados pós-operatórios aumenta. A recuperação médica dos pacientes aumenta. |
| Famíliares e cuidadores de pacientes hospitalizados com feridas por arma | Hospital | Apoio individual e/ou discussões em grupo são realizadas por um profissional em saúde mental em colaboração com a equipe do hospital. Famíliares e cuidadores são informados quanto ao estado físico dos pacientes e os desafios relacionados a isso (com o consentimento do paciente). | As preocupações dos familiares / cuidadores com relação ao estado físico do paciente diminuem. Os familiares / cuidadores organizam a prestação de cuidados do paciente em casa. |

| PÚBLICO-ALVO | ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|-------------------------------|---|---|
| Pessoas com deficiência física | Centro de Reabilitação Física | Apoio individual é prestado e grupos de suporte mútuo são organizados por um profissional em saúde mental em colaboração com a equipe de reabilitação física. | Os pacientes relatam diminuição da dor e o uso de estratégias positivas de enfrentamento da dor aumentam (dores crônicas e dor do membro fantasma). Os pacientes aceitam suas novas condições e se apoiam uns aos outros durante o processo de reabilitação. Os pacientes aumentam a adesão ao plano de reabilitação física. Os sintomas de sofrimento psíquico dos pacientes diminuem (p. ex.: depressão e sintomas de ansiedade relacionados com a deficiência). |
| Familiares e cuidadores de pessoas com deficiências físicas | Centro de Reabilitação Física | Apoio individual e /ou em grupo é prestado por um profissional em saúde mental em colaboração com a equipe de reabilitação física. | Os familiares e cuidadores dos pacientes entendem e aceitam as mudanças físicas dos pacientes e adquirem habilidades para facilitar a reabilitação e a reintegração deles. |

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para apoiar o processo de monitoramento, o CICV identificou diversos indicadores que podem ser usados para avaliar a eficácia dos programas de prestação de serviços SMAPS para pacientes hospitalizados com feridas por armas (chamados abaixo de “pacientes hospitalizados”) e pessoas com deficiência física. A ferramenta abrangente do CICV para a coleta de dados SMAPS proporciona uma plataforma consolidada para a coleta e a análise de dados, quando relevante e factível, é integrada nos mecanismos das estruturas de saúde para registro de dados.

Todos os indicadores são definidos antes do início do programa e se estabelece um cronograma. Exemplos dos indicadores de desempenho e resultado usados para medir a efetividade das intervenções estão listados abaixo:

| INDICADOR | MOTIVO PARA SUA UTILIZAÇÃO |
|--|--|
| Resultado | |
| Número total de membros da equipe de saúde treinados para prestar serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Informa sobre a disponibilidade de serviços SMAPS para pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física. |
| Número total de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades de saúde mental e apoio psicossocial. • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços SMAPS. • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros recursos. |
| Número total de encaminhamentos realizados pela equipe de saúde a serviços de saúde mental especializados | <ul style="list-style-type: none"> • Informa sobre a extensão das necessidades SMAPS que atendem aos critérios de encaminhamento. • Informa sobre a viabilidade, pertinência e efetividade da estratégia de cuidado integral • Informa sobre a capacidade da equipe de saúde de identificar casos que requerem encaminhamento e encaminhar. |
| Impacto | |
| Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física com necessidades SMAPS que apresentam redução no nível de sofrimento psíquico / Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades SMAPS • Monitorar a pertinência e a efetividade dos serviços SMAPS |

| INDICADOR | MOTIVO PARA SUA UTILIZAÇÃO |
|---|---|
| Impacto | |
| Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física com necessidades SMAPS que apresentam melhoras na funcionalidade / Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades SMAPS • Monitorar a pertinência e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física com necessidades SMAPS que apresentam melhoras nos mecanismos de enfrentamento / Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades SMAPS • Monitorar a pertinência e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física com necessidades SMAPS que apresentam melhoras na adesão ao tratamento / Número de pacientes hospitalizados e/ou pessoas com deficiência física que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a pertinência e a efetividade dos serviços SMAPS • Dar informações sobre a viabilidade, pertinência e efetividade da estratégia de cuidado integral. |

GLOSSÁRIO DE TERMOS USADOS NO MONITORAMENTO E NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS SMAPS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS COM FERIDAS POR ARMAS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS

Necessidades de saúde mental e apoio psicossocial: categorizadas pelos níveis de sofrimento psíquico, funcionalidade e mecanismos de enfrentamento, sendo medidas com escalas padronizadas.

Pacientes hospitalizados: pacientes feridos por armas que deram entrada em uma estrutura hospitalar.

Pessoas com deficiência física: pessoas com deficiência física nova ou pré-existente que precisam de reabilitação física.

Serviços especializados de saúde mental: serviços que tratam as necessidades das pessoas com problemas graves/complexos de saúde mental, incluindo distúrbios psiquiátricos.

Serviços SMAPS: apoio/serviços para trabalhar as necessidades de saúde mental e apoio psicossocial, prestado(s) como parte do programa SMAPS.

Sufrimento Psíquico: os níveis de sofrimento psíquico são medidos com escalas padronizadas.

Funcionalidade: os níveis de funcionalidade são medidos com escalas padronizadas.

Mecanismos de Enfrentamento: os mecanismos de enfrentamento são medidos com escalas padronizadas.

Adesão ao tratamento: linha de base e acompanhamento avaliados em consulta com a equipe de saúde.

Encaminhamento: as necessidade específicas de um paciente são identificadas e, então, se estabelece o contato entre a pessoa e um serviço adequado para as suas necessidades.

Treinado/a para prestar serviços SMAPS: níveis de treinamento SMAPS prestados variarão de acordo com as necessidades das vítimas, com a disponibilidade de profissionais em saúde mental locais, a lacuna entre as necessidades e a disponibilidade de serviços SMAPS, e as competências e a disponibilidade de os equipes/atores locais serem treinados. Nos treinamentos é possível incluir uma variedade de técnicas de apoio psicológico básico e/ou técnicas psicoterápicas mais complexas, adaptadas às necessidades dos pacientes.

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- Devido à crítica condição física de muitos dos pacientes hospitalizados com feridas por armas, e à natureza temporária da sua permanência no hospital, prestar serviços SMAPS pode ser desafiador. É importante que o apoio psicológico tenha objetivos claros para trabalhar as necessidades SMAPS imediatas dos pacientes e (p. ex.: adesão ao tratamento) focando na produção de soluções.
- A adaptação a um ferimento traumático ou a uma deficiência física é um processo singular, dinâmico e complexo. Processos de adaptação bem-sucedidos envolvem concentrar-se na capacidade em vez de na deficiência, ter expectativas realistas quanto aos pontos fortes e os desafios da pessoa, e integrar a nova condição física ao conceito que a pessoa tem de si mesmo. Esses são fatores-chaves para ter em mente durante a prestação bem sucedida de serviços SMAPS.
- As deficiências afetam muito mais do que uma pessoa. Por exemplo, os familiares também podem ter dificuldades para adaptar suas expectativas, funções, prioridades e vidas em geral. Apoiar pessoas com deficiência, portanto, vai além de simplesmente cuidar do paciente; também inclui apoiar as famílias e redes sociais de apoio. Este processo de envolver várias pessoas e trabalhar suas necessidades pode ser um aspecto desafiador do programa.



6. PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E EX-DETENTOS

PONTOS DE PREOCUPAÇÃO

As pessoas privadas de liberdade são inerentemente vulneráveis, em particular durante conflitos armados e outras situações de violência, quando os sistemas penitenciários ficam bastante desestruturados. O aumento no número de pessoas que são detidas quase sempre supera os sistemas judiciário e penitenciário, o que resulta em estabelecimentos negligenciados, superlotados ou controlados por facções. Nessas circunstâncias, o tratamento humano dos detentos torna-se um desafio ainda maior: as condições de vida se deterioram, o acesso à assistência à saúde é obstruído, e as autoridades impõem duras restrições, como a segregação e o isolamento. Independente da razão para a sua detenção, alguns grupos são particularmente vulneráveis quando detentos, como as mulheres, crianças, idosos, pessoas feridas, doentes ou com deficiência, usuários de drogas e pessoas com distúrbios mentais.

Pessoas privadas de liberdade: segundo o CICV, as pessoas estão privadas de liberdade - detidas - quando estão confinadas em um lugar estritamente delimitado, sob o controle ou com o consentimento de um ator estatal ou não estatal, e que não podem sair segundo a sua vontade. Considera-se que as pessoas estão detidas desde o momento em que são presas ou mantidas em um lugar sem permissão ou autorização para sair, a menos que sejam liberadas.

O tratamento desumano, as más condições de vida e a falta de governância nos lugares de detenção podem ser nocivos tanto física como psicologicamente para os detentos. Eles podem sofrer fisicamente quando as necessidades básicas, como alimentos e atendimento médico, não são atendidas ou quando são vítimas de violência por parte dos funcionários ou de outros detentos. Entre outros fatores, a superlotação e a falta de funcionários são fatores de risco que resultam em um aumento da violência entre os detentos. Os detentos também podem estar expostos a abusos físicos, psicológicos e sexuais durante a detenção. As condições se agravam ainda mais quando eles não podem informar às suas famílias e amigos da sua detenção, ou não têm acesso a um advogado ou a um exame médico por parte de um médico independente.⁵⁶

Em conflitos armados e outras situações de violência ou em tempos de tensões políticas, a tortura, os maus-tratos e as execuções extrajudiciais muitas vezes aumentam nos centros de detenção. Esses tipos de experiências horríveis têm efeitos físicos, psicológicos e psicossociais tanto sobre as vítimas como sobre suas famílias, muito tempo depois do fim do acontecimento.

⁵⁶ Associação de Prevenção à Tortura (APT), “Yes, Torture Prevention Works”: Insights from a Global Research Study on 30 Years of Torture Prevention, APT, Genebra, 2016.

O termo **maus-tratos** não é um termo legal, mas é usado para abarcar os seguintes atos:

Tortura: dor ou sofrimento severos, sejam eles físicos ou mentais, infligidos com o objetivo de obter informações ou uma confissão, exercer pressão, intimidação ou humilhação.

Tratamento cruel ou desumano (termos sinônimos): o ato de infringir grave dor ou sofrimento físico ou mental, ou que constitua um sério atentado à dignidade humana. Diferente da tortura, esses atos não precisam ser cometidos por um fim específico.

Tratamento humilhante ou degradante (termos sinônimos): Atos que envolvam humilhação real e grave ou sério ultraje à dignidade humana e cuja intensidade é tamanha que a pessoa poder se sentir ultrajada.

Definições baseadas no direito internacional humanitário consuetudinário⁵⁷

Muitos detentos também correm risco de desenvolver problemas de saúde mental, tenham ou não necessidades prévias em termos de saúde mental. A incerteza quanto à sua situação, ao tratamento durante a detenção e a separação do mundo exterior quase sempre desencadeiam ou agravam o sofrimento psíquico nos detentos. O aumento da vulnerabilidade que a detenção gera e a falta de serviços de saúde (sobretudo serviços de saúde mental) em estabelecimentos de detenção implica que as dificuldades psicológicas são em geral prevalentes, mas sobretudo desapercebidas e/ou não tratadas.

As pessoas com distúrbios mentais pré-existentes são particularmente propensas a terminar detidas durante conflitos armados e outras situações de violência. Quando os serviços de saúde são desestruturados, os pacientes com distúrbios mentais em geral ficam sem tratamento. Isso pode resultar em uma piora no seu estado, levando a um comportamento mais disruptivo, imprevisível e até mesmo agressivo, o que pode levar a uma condenação penal. Os sistemas locais muitas vezes não contam com um lugar para assistir as pessoas com distúrbios mentais e os estabelecimentos de detenção são usados como alternativa aos estabelecimentos psiquiátricos. As dificuldades em termos de saúde mental quase sempre são negligenciadas, já que os sistemas de assistência à saúde penitenciário são principalmente mal-financiados e carecem de conhecimento psiquiátrico para lidar com esses casos sistematicamente.

Mesmo depois de terem sido liberados de um estabelecimento de detenção, os ex-detentos⁵⁸ continuam sofrendo os efeitos da má nutrição, falta de atendimento médico, perda de contato com a sua família e a comunidade, o estigma, os maus-tratos e a tortura. A reintegração é um processo longo e complexo que envolve os efeitos pós-detenção assim como garantir o bem-estar físico, psicológico e psicossocial dessas pessoas.

⁵⁷ CICV, Base de dados de DIH Consuetudinário, Norma 90. Tortura e tratamento cruel, desumano ou degradante: https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule90

⁵⁸ Embora o termo “ex-detento” seja usado para facilitar a leitura neste documento, o termo recomendado, sempre que possível, é “pessoa que esteve detida”.

NECESSIDADES EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Os elevados números de pessoas com distúrbios mentais graves que ingressam nos estabelecimentos de detenção apresentam importantes desafios. Em muitos casos, os adultos com doenças mentais entram em um estabelecimento de detenção com um histórico de problemas de saúde crônicos, desemprego, vida nas ruas, instabilidade financeira, uso de drogas e comportamentos de alto risco. Na maioria das sociedades, as pessoas com distúrbios mentais enfrentam questões como a marginalização, o estigma e a discriminação nas esferas social, econômica e de saúde devido aos conceitos equivocados generalizados sobre os distúrbios mentais. Em geral, essas pessoas não têm uma rede de apoio familiar ou social, que são fundamentais para cobrir as necessidades básicas delas, nem relacionamentos solidários, positivos e duradouros, o que fomenta a saúde e a estabilidade emocionais.

Os funcionários penitenciários não estão familiarizados com problemas de saúde mental e a atenção correspondente, e podem usar práticas como acorrentar ou isolar esses detentos, o que pode piorar os problemas existentes. É comum que a saúde mental e o bem-estar geral dos detentos se deteriore rapidamente quando sujeitos a essas práticas. Além disso, como as condições nos estabelecimentos de detenção não são favoráveis para a boa saúde mental, todos os detentos correm o risco de sofrer um declínio no seu estado mental.

A assistência à saúde mental dentro dos estabelecimentos de detenção, incluindo o encaminhamento para serviços de saúde mental, em geral são inexistentes ou inadequados, e quando existem, quase sempre se enfocam unicamente no atendimento psiquiátrico. A experiência do CICV no terreno confirmou que ainda existem muitos lugares de detenção onde os funcionários são mal treinados – quando são – em questões de saúde mental, sobretudo em países onde existe uma carência geral de especialistas em saúde mental (como psiquiatras, enfermeiros psiquiatras e psicólogos). Portanto, os detentos com distúrbios mentais não recebem um apoio eficaz da equipe de saúde.

Para os detentos que requerem medicação como parte da assistência à saúde mental, uma interrupção no tratamento pode ter efeitos extremamente adversos e levar a uma rápida deterioração do seu estado psicológico. Os sistemas de detenção podem não conseguir obter a medicação necessária e/ou não conseguir assegurar a continuidade do atendimento médico quando os detentos são transferidos de um lugar de detenção para outro e/ou após serem liberados.

As conseqüências físicas, psicológicas e psicossociais para os detentos que passam por maus-tratos e tortura podem ser devastadoras. A tortura é um mecanismo complexo que pode traumatizar o corpo, comprometer o funcionamento social⁵⁹ e debilitar a autonomia do indivíduo, a sua identidade, o sentido de segurança e a capacidade e sobrevivência. A tortura pode também afetar profundamente a interligação da pessoa e a confiança na família, nos amigos e na sociedade como um todo. Pode dificultar os vínculos e abalar o sistema de crença da pessoa e como vê o mundo e o lugar que ocupa nele.

Além das lembranças físicas duradouras da tortura e dos maus-tratos, o impacto psicológico pode ser devastador. Embora os efeitos variem consideravelmente, segundo o Protocolo de Istambul,⁶⁰ os problemas psicológicos mais comuns são a depressão e distúrbios relacionados com traumas, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). As reações incluem reviver o acontecimento, entorpecimento emocional e evasão, viver com medo constante, depressão que debilita, conceito degradado sobre si, ataques de pânico, doenças somáticas, abuso de substância e/ou dificuldades neuropsicológicas. As vítimas de maus-tratos e tortura podem continuar suportando um enorme sofrimento e não conseguem levar uma vida normal quando estão em liberdade.

59 I. A. Kira, "Torture assessment and treatment: The wraparound approach", *Traumatology*, Vol. 8, Nº 16, 2, pp. tel.: 61 - 90 2002

60 ACNUDH, *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment ("Istanbul Protocol")*, HR/P/PT/8/Rev.1, Genebra, 2004.

Quando os detentos ganham liberdade, quase sempre vivenciam medos relacionados com o seu futuro, problemas para se reajustarem à vida em família e ao entorno social, além dos efeitos do estigma. Em um momento em que o apoio social é essencial para garantir a reintegração positiva, as relações familiares tendem a ser tensas. Os desafios incluem isolamento emocional dos entes queridos, porque insistem em discutir as suas experiências durante o tempo que estiveram detentos, o sentimento de não poder cumprir com as expectativas dos familiares com relação a ajustar-se à vida fora do estabelecimento de detenção e problemas de relacionamento vinculados ao sexo e a intimidade.⁶¹

Sejam problemas físicos, sejam sequelas psicológicas duradouras e/ou exclusão social (no nível familiar, profissional ou comunitário), as necessidades dos ex-detentos precisam ser atendidas de maneira holística se quisermos que o apoio seja eficaz. Por estarem sofrendo as consequências de maus-tratos e tortura, juntamente com os desafios que envolvem a perda da liberdade, eles (os detentos) requerem uma gestão clínica duradoura após serem liberados.

RESPOSTA EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

As atividades de bem-estar para os detentos, em particular aquelas relacionadas com garantir que a assistência à saúde adequada e apropriada esteja disponível para os detentos e ex-detentos, são uma parte fundamental do trabalho do CICV. O objetivo do CICV é assegurar que os detentos sejam tratados de maneira humana e que as suas condições de detenção sejam aceitáveis e estejam em conformidade com o Direito Internacional Humanitário e o Direito Internacional dos Direitos Humanos. Para proteger a saúde física e mental e a dignidade dos detentos, o CICV oferece uma resposta multidisciplinar às necessidades individuais e coletivas de saúde em cumprimento da estrutura de detenção do CICV, da política do CICV sobre tortura e da política sobre assistência.

Com relação à assistência à saúde especificamente, a Estratégia de Saúde do CICV destaca o compromisso de atender as necessidades dos detentos com problemas psiquiátricos assim como as consequências médicas, psicológicas e psicossociais dos maus-tratos e da tortura em ex-detentos.

Nesse sentido, a estratégia adotada tem um enfoque com duas vertentes: *intra muros* e *extra muros*.

Intra muros: dentro dos lugares de detenção, o CICV visa a garantir que as necessidades dos detentos com problemas psiquiátricos sejam atendidas.

O apoio *intra muros* inclui proporcionar recomendações técnicas ou avaliar as habilidades e desenvolver a capacidade da equipe de saúde para promover a assistência adequada para os detentos com distúrbios mentais. Realiza-se um trabalho de promoção com os funcionários penitenciários quando os problemas psicossociais são identificados, como aqueles relacionados com as condições de vida e higiene, como parte do enfoque multidisciplinar das equipes de saúde e proteção do CICV. O CICV também pode fornecer medicamentos farmacológicos a estabelecimentos de detenção que enfrentam uma escassez temporária.

⁶¹ C., Haney, “The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Postprison Adjustment”, in J. Travis and M. Waul (eds.), *Prisoners Once Removed: The Impact of Incarceration and Reentry on Children, Families, and Communities*, The Urban Institute Press, Washington, D.C., 2003, pp. 33-66

Extra muros: fora dos lugares de detenção, o CICV visa a garantir que os ex-detentos que passaram por maus-tratos e tortura tenham acesso ao atendimento médico, psicológico e psicossocial que precisam. Fora dos lugares de detenção, o CICV visa a garantir que as necessidades dos detentos com problemas psiquiátricos sejam atendidas.

O apoio *extra muros* envolve uma resposta multidisciplinar às necessidades de ex-detentos e, em particular, às necessidades de vítimas de maus-tratos e tortura, que fortaleça os serviços locais culturalmente adequados a atender a essas necessidades em longo prazo.

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

Intra muros

As avaliações de necessidades *intra muros* são realizadas dentro dos lugares de detenção por delegados de saúde mental e apoio psicossocial em colaboração com médicos e enfermeiros e a equipe de proteção do CICV. As avaliações *intra muros* analisarão, no mínimo: o tipo, a prevalência e o início dos problemas de saúde mental entre os detentos; os fatores subjacentes a esses problemas; e as formas de discriminação que os detentos com problemas de saúde mental enfrentam em termos de acesso a acomodação, alimentação, água e serviços de saúde.

Durante uma avaliação *intra muros*, o CICV faz entrevistas individuais com os detentos e a equipe de saúde que trabalha no estabelecimento. As avaliações psiquiátricas podem ser realizadas com detentos com distúrbios mentais para avaliar o seu estado com mais detalhes. Além disso, as reuniões com as autoridades pertinentes são coordenadas de modo a entender a sua posição com relação à saúde mental dos detentos e à sua preparação para prestar a assistência adequada.

A avaliação também identifica os serviços existentes dentro e fora dos estabelecimentos de detenção, e os serviços prestados pelas autoridades ou por organizações externas que estão especificamente voltados para trabalhar a saúde mental (isto é, serviços de promoção, prevenção e/ou tratamento). A legislação nacional relativa à prestação de assistência em termos de saúde mental a ex-detentos também deve ser considerada nesta avaliação.

Extra muros

Uma avaliação de necessidades *extra muros*, enfocada nas necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial de ex-detentos, é muito parecida com a que se realiza *intra muros*, mas a pessoa responsável por essa avaliação pode ser especialista em psicologia, em vez de psiquiatria, e adota um enfoque multidisciplinar e mais amplo.

As avaliações *extra muros* analisarão, no mínimo: o tipo, a prevalência e o início dos problemas psicológicos e psicossociais enfrentados por ex-detentos; os fatores subjacentes a esses problemas; as consequências físicas, psicológicas e sociais da tortura e dos maus-tratos; e formas de discriminação que os ex-detentos podem enfrentar em termos de acesso a acomodação, meios de sobrevivência e serviços de saúde após ganharem liberdade.

Para uma avaliação de necessidades *extra muros*, o CICV faz entrevistas com ex-detentos e, sempre que possível, com as suas famílias, com o objetivo de ter uma compreensão sólida dos desafios físicos, psicológicos e sociais que enfrentam. Além disso, entrevistas com os prestadores de serviço e autoridades pertinentes são realizadas com o objetivo de identificar e avaliar os serviços disponíveis (p. ex.: médico, reabilitação física, serviços sociais e apoio administrativos) e a preparação das autoridades para apoiar os ex-detentos.

A avaliação identifica e analisa a qualidade técnica dos serviços de saúde mental (isto é, serviços de promoção, prevenção e/ou tratamento) prestados pelas autoridades ou por organizações externas. A legislação nacional relativa à prestação de assistência em termos de saúde mental a ex-detentos também deve ser considerada nesta avaliação.

Uma avaliação *extra muros* engloba os aspectos psicossociais também, como as necessidades de um indivíduo em termos de relacionamento interpessoal e entorno social. É importante considerar a cultura local e identificar e trabalhar tanto as práticas positivas (por ex.: fomentar a resiliência dos ex-detentos) e as negativas (p.ex.: o estigma). As redes sociais (p.ex.: família, cuidadores, amigos e colegas) são avaliadas, já que este é um fator significativo que deve ser considerado quando se identificam possíveis desafios dos ex-detentos na reintegração social.

Uma avaliação de necessidades abrangente *intra muros* ou *extra muros* leva de **1 a 3 meses**, dependendo do acesso que o CICV tem aos lugares de detenção e o contato com os ex-detentos. Dependendo do tipo de avaliação, será realizada por um delegado SMAPS que seja um psicólogo (*extra muros*) ou um psiquiatra (*intra muros*).

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial é prestado como parte de uma resposta mais ampla e multidisciplinar às necessidades dos detentos e ex-detentos.

Depois de uma avaliação, um programa é elaborado com base nas necessidades identificadas e nos recursos locais existentes. A implementação exige a presença de um delegado SMAPS por um período de **12 meses**. O ideal é que o delegado trabalhe em colaboração com um profissional de saúde mental que tenha vasta experiência em psiquiatria ou sólido arcabouço em psicologia clínica. O psiquiatra/psicólogo local é treinado para assumir finalmente a implementação em si, desde que não haja riscos de segurança para a equipe local que trabalha nos lugares de detenção ou com ex-detentos.

PÚBLICO-ALVO

1. Direto:

Intra muros: detentos com distúrbios de saúde mental.

Extra muros: ex-detentos, em particular, vítimas de maus-tratos e tortura.

2. Indireto: familiares dos detentos e dos ex-detentos, membros da comunidade no geral, e todas as pessoas associadas com os estabelecimentos de detenção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O programa visa a oferecer:

Atendimento psiquiátrico para detentos com distúrbios mentais graves

Em [especificar o número e os tipos de lugares de detenção alvos e/ou área geográfica], as pessoas privadas de liberdade e que sofrem de distúrbios mentais graves são diagnosticadas de maneira adequada quando participam dos serviços médicos (penitenciários) existentes e recebem o atendimento médico adequando em conformidade com os protocolos internacionais de tratamento durante o período de detenção.

Apoio médico, mental e psicossocial para ex-detentos

Após serem liberados de (ESPECIFICAR), XX ex-detentos que sofrem de consequências físicas e/ou psicológicas de maus-tratos e/ou detenção prolongada receberam atendimento médico adequado e/ou atendimento em termos de saúde mental, assim como apoio psicossocial, em conformidade com recomendações internacionais.

Esses objetivos podem ser alcançados *intra muros* ao desenvolver a capacidade da equipe de saúde e conscientizar os funcionários gerais nos lugares de detenção e *extra muros* ao desenvolver a capacidade dos prestadores locais de serviço para ajudar ex-detentos, em particular as vítimas de maus-tratos e tortura, superar as consequências de detenção e conseguir a reintegração.

MÉTODOS

Intra muros: apoio técnico para garantir que os detentos com distúrbios de saúde mental recebam atendimento

Quando prestam apoio *intra muros*, o CICV visa a garantir que os detentos com questões de saúde mental em lugares de detenção recebam o atendimento adequado. Os esforços podem também melhorar as condições para toda população detida.

O apoio *intra muros* pode ser prestado mediante as seguintes atividades:

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|--|---|--|
| Promoção / Apoio infraestrutural | Garantir que os detentos com distúrbios mentais sejam tratados com humanidade e vivam em condições adequadas. | Promover junto aos responsáveis por equipes e mediante atividades informativas e de sensibilização (p. ex.: discussões em grupo ou reuniões individuais) as melhoras nas celas e nas instalações sanitárias e de recreação. | Os responsáveis por equipes entendem a importância de ter condições / instalações adequadas para a saúde e a recuperação dos detentos. Os responsáveis por equipes estão comprometidos a garantir que os detentos com distúrbios mentais sejam tratados com humanidade por toda a equipe. |
| Desenvolvimento de capacidade para equipes de detenção (incluindo equipe de saúde que trabalha com os detentos) | Melhorar os processos de triagem e identificação para os detentos com distúrbios mentais (quando chegam e periodicamente depois disso). | Os estabelecimentos de detenção recebem ferramentas para a triagem. / As ferramentas atuais são revisadas e a equipe é treinada para usá-las. A equipe de detenção recebe instruções básicas de psicoeducação para identificar melhor os detentos com distúrbios mentais e interagir com eles. | A equipe de detenção entende melhor os distúrbios mentais e apresenta melhoras na interação com detentos que apresentam tais distúrbios. Os fatores de sofrimento psíquico nos lugares de detenção (p. ex.: falta de visitas familiares, confinamento solitário, falta de acesso a materiais educativos, falta de acesso ao ar fresco) diminuem. |
| Criação de protocolo e encaminhamento | Desenvolver protocolos e tratamentos adequados (incluindo encaminhamentos) para diferentes distúrbios mentais, segundo o tipo, a gravidade e atitudes culturais. | A equipe de detenção recebe os protocolos adequados para interagir com os detentos com distúrbios mentais e os encaminha de maneira adequada. Os estabelecimentos de detenção recebem os fornecimentos necessários de remédios psicotrópicos. | Os detentos com necessidades em termos de saúde mental / distúrbios mentais recebem tratamento, cuidados terapêuticos ou encaminhamento (p. ex.: transferência para hospitais psiquiátricos, remédios psicotrópicos junto com aconselhamentos, psicoterapia). A colaboração com as autoridades ou outros serviços dentro ou fora dos estabelecimentos de detenção (p. ex.: ONGs especializadas ou associações) garante que os detentos gozem de um cuidado equivalente ao da população geral. |
| Informações | Assegurar que os detentos sejam informados sobre os serviços disponíveis após a sua liberação. | Os detentos e os seus familiares recebem informações sobre os serviços ou organizações de apoio disponíveis (o ideal é que essas informações sejam dadas antes de serem liberados ou após a liberação quando recorrem ao CICV em busca de assistência). | Os detentos e os seus familiares conhecem os serviços ou organizações de apoio disponíveis. |

Extra muros: trabalhar as consequências da detenção, em particular aqueles que sofreram maus-tratos e tortura

Quando presta apoio *extra muros*, o CICV visa a facilitar a prestação de assistência abrangente (incluindo apoio médico, psicólogo e psicossocial) para ex-detentos que estão lidando com as consequências do encarceramento prolongado, maus-tratos e/ou tortura.

O apoio *extra muros* pode ser prestado mediante as seguintes atividades:

| ATIVIDADE | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|---|--|--|
| Promoção / apoio estrutural | Facilitar os esforços para assegurar a continuidade da assistência à saúde para ex-detentos como parte de uma abordagem integral (serviços de saúde mental e psicossocial). | Estabelecer/fortalecer parcerias com os prestadores de serviços existentes (privados e/ou públicos) para garantir que as necessidades dos ex-detentos sejam atendidas. Sensibilizar e treinar prestadores de serviços em necessidades específicas de ex-detentos. | As necessidades dos ex-detentos são atendidas pelos prestadores de serviços existentes na comunidade. Os ex-detentos e os seus familiares recebem apoio após a liberação. |
| Prestação de cuidados e encaminhamento | Ajudar os ex-detentos a retornarem à sociedade e garantir que as suas necessidades físicas, psicológicas e psicossociais sejam atendidas. | A equipe de detenção e/ou a equipe do CICV que trabalha nos estabelecimentos de detenção incentivam os ex-detentos a entrar em contato com os serviços logo depois de serem liberados para check-ups médicos, de saúde mental e psicossociais. Os ex-detentos são encaminhados à equipe pertinente do CICV e/ou prestadores de serviços identificados para atender as necessidades adicionais, p.ex.: necessidades em termos de saúde mental, socioeconômicas e/ou legais. Na ausência de serviços existentes, os ex-detentos recebem apoio durante um período limitado de tempo por parte da equipe do CICV (multidisciplinar, dependendo das necessidades), ao mesmo tempo em que o CICV promove a criação de serviços locais para atender as necessidades de longo prazo dos ex-detentos. | Os ex-detentos buscam, são tratados e fazem check-ups médicos, de saúde mental e psicossocial. Os ex-detentos conhecem e usam os serviços de outros prestadores. O relacionamento com os serviços locais que podem atender as necessidades de longo prazo dos detentos são desenvolvidos / fortalecidos. |

O ideal é que, para programas futuros, os programas de assistência médica pós-liberação do CICV deveriam se basear em um enfoque integral e ser expandido para incluir os familiares dos detentos. Isso deve ser feito em parceria com as organizações locais que podem prestar apoio em longa data para ex-detentos e as suas famílias.

A lista de atividades descrita acima não é exaustiva de nenhuma maneira. Simplesmente visa a ilustrar as inúmeras áreas que podem ser trabalhadas através de serviços SMAPS de qualidade mesmo com recursos limitados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para apoiar o processo de monitoramento, o CICV identificou diversos indicadores que podem ser usados para avaliar o progresso dos programas SMAPS para detentos e ex-detentos. Para os programas *intra muros*, os dados SMAPS são ingressados na base de dados de saúde em detenção do CICV para proporcionar um panorama abrangente das necessidades em termos de saúde e facilitar a coleta de dados e processo de análise. Para os programas *extra muros*, dados mais detalhados de questões psicológicas e psicossociais são coletados junto com os registros de assistência à saúde em detenção.

Também podem ser úteis para avaliar a capacidade do sistema nacional e local de atender as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial de detentos e ex-detentos (p. ex.: conscientização das autoridades locais, recursos financeiros) de uma perspectiva qualitativa.

Todos os indicadores são especificados antes do início do programa e contam com um cronograma. Alguns exemplos de indicadores de desempenho e resultados empregados para medir a eficácia das intervenções incluem:

Programas intra muros

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|--|---|
| Desempenho | |
| Número de membros de equipes de estabelecimentos de saúde treinados em questões de saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços SMAPS (isto é, equipes de saúde treinadas) para os detentos. |
| Número de equipes de estabelecimentos de saúde que participaram de sessões informativas (sobre como melhorar a identificação de detentos com distúrbios mentais e como interagir com eles) | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a habilidade da equipe do estabelecimento de detenção de identificar detentos com distúrbios mentais e interagir com eles de maneira adequada. |
| Resultado | |
| Número de detentos que apresentam distúrbios mentais que tiveram acesso à assistência à saúde mental / Número de detentos | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental. • Dar informações sobre o uso e o acesso à assistência à saúde mental. • Servir de base para calcular a cobertura dos serviços de saúde mental. • Ajudar a planejar os recursos humanos e outros. |
| Número de detentos com distúrbios de saúde mental que recebem acompanhamento / Número de detentos que recebem assistência à saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial. • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS. |
| Número de mortes de detentos com distúrbios mentais identificados / Número de detentos com distúrbios mentais identificados | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a taxa de mortalidade de detentos com distúrbios de mentais. • Monitorar a extensão da vulnerabilidade de detentos com distúrbios mentais. • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS. • Dar informações sobre a habilidade da equipe de detenção de apoiar os detentos com distúrbios mentais. |
| Número de mortes de detentos com distúrbios mentais identificados / Número de mortes de detentos sem distúrbios mentais | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a diferença na taxa de mortalidade entre os detentos com e sem distúrbios mentais. • Monitorar a extensão da vulnerabilidade dos detentos com distúrbios mentais. • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS. • Dar informações sobre a habilidade da equipe de detenção de apoiar os detentos com distúrbios mentais. |

Programas extra muros

| INDICADOR | MOTIVO PARA A SUA UTILIZAÇÃO |
|--|---|
| Desempenho | |
| Número de membros da equipe SMAPS dos estabelecimentos de detenção que participaram de sessões de sensibilização nessa área e/ou desenvolvimento de capacidades de apoio exigido pelos ex-detentos | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a disponibilidade de serviços SMAPS para ex-detentos e conscientização quanto às suas necessidades. |
| Número de ex-detentos encaminhados para serviços especializados de saúde mental / Número de ex-detentos com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> • Dar informações sobre a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial que atendem os critérios de encaminhamento. • Dar informações sobre a factibilidade, adequação e efetividade do tratamento contínuo. • Dar informações sobre a habilidade dos prestadores de serviço de identificar casos que exigem encaminhamento e fazê-lo; |
| Resultado | |
| Número de ex-detentos que apresentam redução no nível de sofrimento psíquico / Número de ex-detentos que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de ex-detentos que apresentam melhoras no funcionamento / Número de ex-detentos que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |
| Número de ex-detentos que apresentam melhoras nos mecanismos de enfrentamento / Número de ex-detentos que recebem serviços SMAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a extensão das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial • Monitorar a adequação e a efetividade dos serviços SMAPS |

GLOSSÁRIO DE TERMOS USADOS EM PROGRAMAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E EX-DETENTOS

Equipe de saúde do estabelecimento de saúde: inclui profissionais de saúde que trabalham em estabelecimentos de saúde ou associados a estes.

Equipe do estabelecimento de detenção: todos os outros funcionários que trabalham no estabelecimento de detenção, que pode incluir guardas penitenciários, assistentes sociais e equipe administrativa.

Seguimento: os detentos com distúrbios da saúde mental que consultam a equipe de saúde mais de uma vez.

Distúrbios da saúde mental: grupos de sintomas classificados por um diagnóstico psiquiátrico.

Prestadores de serviços SMAPS: qualquer outra organização que presta serviços SMAPS; neste caso, trabalham as necessidades de ex-detentos e/ou acessível aos ex-detentos.

Necessidades SMAPS: categorizadas pelos níveis de sofrimento psíquico, funcionamento e mecanismos de enfrentamento, sendo medidas com escalas padronizadas.

Sofrimento psíquico: os níveis de sofrimento psíquico são medidos com escalas padronizadas.

Funcionamento: os níveis de funcionamento são medidos com escalas padronizadas.

Enfrentamento: os mecanismos de enfrentamento são medidos com escalas padronizadas.

Serviços SMAPS: apoio/serviços para trabalhar as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial prestado(s) como parte do programa SMAPS.

Serviços especializados de saúde mental: serviços que tratam as necessidades das pessoas com problemas severos/complexos de saúde mental, incluindo distúrbios psiquiátricos.

Encaminhamento: as necessidade específicas de uma vítima de violência são identificadas e, então, se estabelece o contato entre a pessoa e um serviço adequado para as suas necessidades.

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- O abuso de substância continua sendo um problema generalizado nos lugares de detenção, embora seja uma área de trabalho relativamente nova para o CICV. Determinar as estratégias mais factíveis e sustentáveis para trabalhar os aspectos relacionados com a saúde desse problema exigirão mais prática no terreno.
- Embora seja altamente prevalente, os problemas de saúde mental são, muitas vezes, um tabu entre os detentos. Para identificar os detentos com distúrbios mentais, o CICV deve promover a prestação de assistência à saúde mental ao mesmo tempo em que desenvolve a confiança entre a equipe de saúde e os detentos.
- O apoio em termos de saúde mental para os detentos e ex-detentos com distúrbios mentais requer um compromisso duradouro e acompanhamento de perto por parte de profissionais de saúde mental.

O apoio aos ex-detentos depende fortemente da capacidade local. A qualidade deste apoio dependerá de se os prestadores locais/nacionais estão cientes ou não da existência de necessidades em longo prazo e se estão disponíveis para atender essas necessidades de maneira adequada.



7. POPULAÇÕES AFETADAS POR SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

PONTOS DE PREOCUPAÇÃO

Independente de as situações de emergência surgirem em decorrência de desastres naturais ou causadas pelo homem, elas resultam em destruição generalizada e situações ameaçadoras. Severos danos em lares, comunidades e serviços locais deixam a população com necessidades urgentes de assistência vital, tais como acesso a abrigo, alimentos, água e assistência à saúde. Pessoas que vivem em países e comunidades de baixa renda são particularmente vulneráveis e contam com menos recursos para se preparar e se recuperar de uma situação de emergência. Em situações como essas, a magnitude das necessidades e a perda de vidas são provavelmente ainda maiores.

Uma emergência é declarada quando uma situação humanitária muda de maneira repentina e significativa (em escala, urgência ou complexidade de necessidades), grandes segmentos da população correm um risco agudo de morrer, há grande sofrimento e/ou perda da sua dignidade, e existe falta de capacidade de resposta humanitária no terreno para lidar com a crise.

Definição baseada nos Protocolos da Agenda Transformadora do IASC⁶²

Quando uma emergência é declarada, assistência humanitária multissetorial em grande escala é mobilizada. A prioridade desta resposta é garantir que a população afetada esteja segura e que suas necessidades básicas sejam atendidas. Além desses imperativos essenciais, um componente-chave da resposta é a prestação de serviços médicos, psicológicos e sociais.

Durante e após as situações de emergência, a população afetada sofre uma ampla variedade de consequências em termos de saúde mental, bem como problemas psicossociais agudos e duradouros. Estes podem ser causados pela situação de emergência em si (p.ex.: ferimentos, morte de entes queridos, separação de familiares, perda de meios de subsistência, aumento da violência, perda de apoio comunitário), por condições pré-existentes (p.ex.: distúrbios mentais) e/ou por resposta humanitária (p.ex.: abrigos superpopulosos, falta de privacidade). Embora as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial possam ser agudas a curto prazo, podem também debilitar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades afetadas em longo prazo.⁶³

Portanto, durante situações de emergência é essencial que sejam realizados esforços abrangentes nos níveis individual, familiar e comunitário para proteger e apoiar o bem-estar psicológico e psicossocial das populações afetadas. Uma resposta eficaz em termos de saúde mental e apoio psicossocial envolve fortalecer redes de apoio social, prestar apoio psicológico básico e proporcionar acesso aos serviços especializados em saúde mental. Em reconhecimento e apoio às atividades SMAPS em situações de emergência, a *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*⁶⁴ apresenta um conjunto mínimo de respostas multissetoriais que incorporam os serviços SMAPS como parte de um modelo inclusivo de resposta a situações de emergência. As *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*⁶⁵, de 2007, apresentam depois como planejar, estabelecer e coordenar os serviços SMAPS como parte de estratégias de resposta de emergência.

62 IASC, "What does the IASC Humanitarian System-Wide Level 3 Emergency Response mean in practice?", IASC, 2015

63 OMS, *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*, OMS, Genebra, 2003

64 The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, The Sphere Project, Genebra, 2011

65 IASC, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, Genebra, 2007

NECESSIDADES EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

As dificuldades em termos de saúde mental e apoio psicossocial estão intimamente relacionadas, sobretudo em situações de emergência, quando a devastação pessoal, social e econômica é imediata, severa, generalizada e incisiva.

Reações psicológicas induzidas pela situação de emergência incluem tristeza, medo, raiva, estado de alerta, insônia, pesadelos, irritabilidade, culpa, ideias suicidas, constrangimento (a chamada “culpa dos sobreviventes”), confusão, desesperança, isolamento e desorientação. São comuns altos níveis de ansiedade devido à falta geral de informações e acesso aos serviços básicos, e sofrimento psíquico pré-existente, como depressão, ansiedade e luto complicado, provavelmente se agravam. O sofrimento psíquico também se manifesta através de sintomas físicos, como dores de cabeça, fadiga, perda de apetite, dores e desconfortos.

A maioria das pessoas que sofrem dessas reações agudas superarão, com o tempo, contanto que as suas necessidades básicas sejam atendidas, possam retomar o seu funcionamento diário, e que recebam o apoio que necessitam. No entanto, algumas que sofrem com sintomas relacionados com o trauma e o sofrimento psíquico continuam sofrendo muito tempo depois do episódio que gerou a emergência e podem atender aos critérios de um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático. Para lidar com a situação e o estresse subsequente, as pessoas podem desenvolver mecanismos de enfrentamento negativos como abuso de substâncias, comportamento agressivo e/ou isolamento social.

O recrudescimento das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial quase sempre superam os serviços existentes nessa área, o que provavelmente deviam ser pouco desenvolvidos se deterioram ainda mais durante situação de emergência. A falta de serviços, conjuntamente com devastação avassaladora e necessidades básicas não atendidas, implica que necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial provavelmente sejam negligenciadas. Pessoas com distúrbios pré-existentes ou recentemente desenvolvidos se encontram particularmente vulneráveis em uma situação de emergência. A situação de emergência não só poderia deteriorar rapidamente a condição da população afetada, mas também é muito provável que a mesma receba pouco ou nenhum tratamento, ou que o tratamento que já haviam começado seja interrompido.

RESPOSTA EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Quando as situações de emergência acontecem, o CICV trabalha em estreita coordenação com outros membros do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (p.ex.: Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho), assim como com várias organizações governamentais e não governamentais. O CICV se concentra basicamente em proteger e assistir as pessoas afetadas pelo conflito armado e a violência permanentes.⁶⁶

Em situações de emergência e desastres, vários níveis de apoio psicológico e psicossocial são prestados com o objetivo de atender uma variedade de necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial de diferentes grupos e prevenir o surgimento de novas necessidades nessa área e o agravamento das já existentes. Esta resposta estratégica se encaixa em um sistema de apoio em vários níveis estabelecida na pirâmide de intervenção da IASC, tendo os serviços básicos e a segurança em sua base, seguidos de apoio comunitário e

⁶⁶ Acordo sobre a Organização das Atividades Internacionais dos Componentes do Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho – Acordo de Sevilha, Sevilha, 1997

familiar, depois concentrado-se no apoio não especializado, e finalmente tendo os serviços especializados no topo.⁶⁷

O CICV presta apoio psicossocial ao atender as necessidades básicas e fatores de estresse social, difundindo informações essenciais e conscientizando grupos quanto a questões que devem ser levadas em consideração. Em resposta às necessidades psicológicas, os sistemas de apoio psicológico básico são fortalecidos com os prestadores de serviços de saúde e atores comunitários. Além disso, os prestadores de serviços especializados atendem às necessidades dos indivíduos com distúrbios mentais identificados e, portanto, recebem apoio.

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

Para realizar uma avaliação detalhada, o CICV envia regularmente um delegado SMAPS por um mínimo de **3 a 4 semanas**.

Esse delegado realiza uma avaliação das necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial e respectivos recursos, incluindo uma análise da capacidade da comunidade de lidar com a situação de emergência, usando uma ferramenta de avaliação rápida.⁶⁸ Esta ferramenta estabelece uma estrutura metodológica abrangente que engloba: (1) uma breve descrição do acontecimento; (2) os grupos de risco ou pessoas afetadas; (3) um inventário de serviços e intervenções já prestadas; (4) os serviços de saúde mental e apoio psicossocial disponíveis; (5) os pontos a serem levados em consideração, as áreas problemáticas e as questões prioritárias; (6) as recomendações e sugestões.

Nesse sentido, uma avaliação eficaz de emergência identificará as necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial, as percepções culturais sobre o sofrimento psíquico, mecanismos de enfrentamento individuais e comunitários, vulnerabilidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial, e serviços disponíveis. Devido à urgência de apoio psicológico e psicossocial em algumas situações, é importante que a avaliação seja realizada e que as atividades comecem o quanto antes depois de acontecer uma emergência.

Assim como a coleta de dados e a identificação de necessidades, a avaliação em si é um meio para prestar uma primeira resposta. Ao entrevistar os indivíduos e comunidades afetadas, pode-se prestar apoio psicológico e psicossocial básico ao compartilhar informações, normalizar (isto é, dar informações sobre as reações psicológicas comuns a situações anormais) e sensibilizar com psicoeducação (isto é, compartilhar estratégias de enfrentamento positivas para lidar com essas reações).

Segundo as diretrizes do IASC⁶⁹, o delegado SMAPS coordena com as outras partes interessadas que estão respondendo à emergência. Isso inclui a equipe e os voluntários das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, prestadores de serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais, e organizações religiosas e da comunidade civil. Entre os grupos específicos de pessoas cujas vulnerabilidades se agravam durante uma emergência estão as vítimas de violência (incluindo as vítimas de violência sexual), menores desacompanhados, profissionais nas linhas de frente, pacientes feridos por armas e pessoas com deficiência física. Cada grupo exige uma atenção particular durante a avaliação. As recomendações para apoiar esses grupos estão estabelecidas nos capítulos pertinentes destas diretrizes.

Uma visão abrangente do impacto da situação de emergência pode ser obtida através da avaliação de necessidades específicas dos diferentes grupos demográficos (isto é, agrupados por idade, gênero ou etnia). Presta-se uma atenção especial também aos aspectos culturais locais - tanto os que fomentam a resiliência como os que dificultam a recuperação através de práticas nocivas.

⁶⁷ IASC, *Grupo de referencia sobre salud mental y apoyo psicossocial en emergencias humanitarias y catástrofes del IASC*, IASC, Ginebra, 2012.

⁶⁸ W. V. Laurel, "Development of the rapid assessment tool for mental health and psychosocial support in the Philippine health emergency setting", *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, Vol. 40, Nº 1, 2009, pp. 88-95

⁶⁹ IASC, *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, IASC, Genebra, 2012

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Depois da avaliação, as necessidades identificadas são analisadas e priorizadas. Na maioria das emergências, o CICV integra o apoio de saúde mental nas estruturas de saúde existentes. Isso aumenta o acesso à assistência à saúde mental para as pessoas que necessitam, já que muitas pessoas buscarão imediatamente ajuda devido às manifestações físicas e somáticas do sofrimento psíquico.

Os sintomas mais agudos de sofrimento psíquico podem, em geral, ser tratados sem medicação psicotrópica e com apoio psicológico e psicossocial básico. Envolve intervenção de crise (p. ex.: técnicas terapêuticas breves orientadas para a solução), normalização, psicoeducação e encaminhamentos para prestadores de serviço que trabalhem as necessidades básicas ou específicas. É importante que a qualidade dos prestadores de serviços especializados que apoiam as pessoas com distúrbios mentais seja identificada e que as informações sejam compartilhadas entre os parceiros estratégicos relevantes para estabelecer um sistema de encaminhamento eficaz. Em contextos de emergência, as considerações práticas que envolvem o caminho que os pacientes devem percorrer dentro do sistema de encaminhamento se torna ainda mais significativa. Incluem aspectos tais como providenciar opções de transporte, cobrir os gastos de transporte e atualizar regularmente o mapa de prestadores de serviços disponíveis, já que pode mudar constantemente.

É essencial realizar atividades psicossociais que garantam que os serviços de saúde mental e apoio psicossocial que estão disponíveis sejam reconhecidos e acessíveis a todas as pessoas afetadas. A maneira mais eficaz de chegar às pessoas com necessidades nessa área, sobretudo os grupos mais vulneráveis, é facilitar o acesso deles aos serviços, é formando equipes de sensibilização. Essas equipes móveis organizam atividades informativas e de conscientização nos lugares onde podem chegar tanto às comunidades como um todo ou a grupos-alvos específicos.

PÚBLICO-ALVO

1. **Direto:** dependendo do tipo da situação de emergência, os grupos vulneráveis identificados nos capítulos anteriores deste documento (famílias de pessoas desaparecidas, vítimas de violência, pessoas que prestam ajuda, pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas portadoras de deficiência física, e pessoas privadas de liberdade) que são particularmente afetadas por situações de emergência.
2. **Indireto:** indivíduos e comunidades afetadas por situações de emergência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O programa visa oferecer:

Apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial aos grupos mais vulneráveis afetados pela situação de emergência

Na situação de emergência XX, a(s) população(ões)-alvo(s) XX [ESPECIFICAR (vítimas de violência, pessoas que prestam ajuda, pacientes hospitalizados com feridas por armas, famílias de pessoas desaparecidas, pessoas privadas de liberdade)] no(s) lugar(es) XY [ESPECIFICAR, p.ex.: área geográfica] tiveram redução em sua vulnerabilidade relacionada a problemas de saúde mental e psicossocial.

Esses objetivos podem ser alcançados ao se desenvolver a capacidade da equipe de saúde disponível (ou, se não estiver disponível, a dos atores-chaves na comunidade), criando equipes de sensibilização e apoiando o desenvolvimento e o uso de vias de encaminhamento.

MÉTODOS

O programa SMAPS para pessoas afetadas por emergências é prestado mediante as seguintes atividades:

| OBJETIVO | FINALIDADE | METODOLOGIA | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|--|--|---|
| Treinamento da equipe de saúde (e/ou atores-chaves na comunidade) | Formar as equipes de saúde (e/ou atores-chaves na comunidade) em necessidades e consequências relacionadas à saúde mental e apoio psicossocial para melhorar a resposta nesta área em situações de emergência. | <p>Desenvolver ferramentas de formação e materiais de informação/conscientização, dependendo da situação específica e do público-alvo.</p> <p>Formação em questões de saúde mental e apoio psicossocial, como reações psicológicas normais e anormais, identificação de sintomas, triagem de reações agudas de sofrimento psíquico, prestação de apoio psicológico básico e os patamares e vias de encaminhamento é prestada à equipe de saúde (ou quando não for possível, aos atores-chaves na comunidade).</p> <p>Facilitar o estabelecimento de equipes de sensibilização e identificar os mecanismos mais eficazes para compartilhar informações e atividades de conscientização (p. ex.: rádio, linha direta, folhetos, teatro).</p> | <p>A equipe de saúde e/ou atores comunitários (dependendo dos recursos locais e da disponibilidade) têm conhecimento e habilidades suficientes para prestar apoio psicológico básico às pessoas com necessidades em termos de saúde mental e apoio psicossocial em casos de emergência.</p> <p>A equipe de saúde e/ou atores comunitários têm a habilidade de identificar casos de sofrimento psíquico psicológico grave, condições psiquiátricas e facilitar os encaminhamentos adequados (quando houver serviços especializados disponíveis).</p> <p>Informações acerca das necessidades em termos de saúde mental, apoio psicossocial e sobre os serviços disponíveis em caso de emergência são difundidas entre os indivíduos e comunidades afetadas.</p> <p>O acesso aos serviços de saúde mental e apoio psicossocial está garantido.</p> |
| Recomendações/Indicações | Assegurar que as pessoas com necessidades de saúde mental especializadas e outras necessidades específicas sejam encaminhadas de maneira adequada. | <p>Identificar e/ou compartilhar um mapa de prestadores de serviços de saúde mental especializados de qualidade e apoio ao desenvolvimento de vias de encaminhamento.</p> <p>Atualizar continuamente o mapa de encaminhamento.</p> <p>Apoiar e colaborar com as autoridades locais e outras agências envolvidas na resposta à situação de emergência em termos de saúde mental e apoio psicossocial.</p> <p>Excepcionalmente, prestar apoio direto em termos de saúde mental a indivíduos (somente quando o sistema todo estiver colapsado e houver sintomas agudos que precisam ser tratados com urgência).</p> | <p>As pessoas com distúrbios mentais são identificadas corretamente e encaminhadas para serviços especializados.</p> <p>As pessoas com outras necessidades são identificadas e encaminhadas para os serviços pertinentes.</p> |
| Supervisão | Monitoramento e apoio contínuo da equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade para usar o conhecimento e as habilidades adquiridas durante a formação. | <p>Proporcionar acompanhamento e supervisão regulares para à equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade treinados no que se refere à prestação de apoio psicológico básico.</p> <p>Visitas regulares aos serviços de saúde e reuniões/discussões regulares com a equipe de saúde e/ou atores comunidades chaves de acordo com necessidades identificadas.</p> <p>Participação esporádica em sessões durante as quais se presta apoio psicológico básico e se discutem casos.</p> | <p>Os serviços de apoio psicológico e psicossocial de qualidade são prestados pela equipe de saúde e/ou atores-chaves na comunidade formados.</p> <p>Os casos psicológicos graves são identificados e os encaminhamentos adequados são realizados (se houver serviços especializados disponíveis).</p> <p>Outros casos são identificados e encaminhados de maneira adequada a outros serviços (se estiverem disponíveis).</p> <p>São usados métodos de coleta de dados de saúde mental e apoio psicossocial.</p> <p>As questões que requerem um apoio adicional são identificadas e trabalhadas (p.ex.: através de sessões de formação, de aconselhamento ou de atualização).</p> |

A lista de atividades descritas anteriormente não é exaustiva de nenhuma maneira. Simplesmente visa a ilustrar as inúmeras áreas que podem ser trabalhadas através de serviços de saúde mental e apoio psicossocial de qualidade mesmo com recursos limitados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os programas com base em evidências são fundamentais para prestar apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial de qualidade durante situações de emergências humanitárias. A coleta e análise de dados é um desafio à parte em situações assim devido à natureza incerta e mutável das situações de emergência, porém o processo é crucial para garantir a eficácia e o sucesso tanto na resposta à situação de emergência como em possíveis intervenções de longo prazo. O planejamento inicial e um enfoque flexível podem ser de grande ajuda, e os dados qualitativos podem ser particularmente relevantes.

Consulte o capítulo correspondente nestas diretrizes para ver exemplos de indicadores usados pelo CICV para diferente(s) público(s)-alvo(s) – a saber, famílias de pessoas desaparecidas, vítimas de violência, cuidadores (helpers), pacientes hospitalizados com feridas por armas e pessoas com deficiência física, e pessoas privadas de liberdade.

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- Durante as situações de emergência, o apoio em termos de saúde mental e apoio psicossocial nem sempre é considerado uma prioridade pois as organizações precisam atender a esmagadora prevalência de necessidades básicas não atendidas e estão restritas devido a considerações operacionais e de segurança. No entanto, em muitos contextos, uma resposta precoce em termos de saúde mental e apoio psicossocial proporciona um atendimento crucial para indivíduos vulneráveis e ajuda a reduzir os problemas de saúde mental e apoio psicossocial no longo prazo.
- Onde os serviços de saúde foram gravemente desestruturados ou não existem, é particularmente difícil integrar a assistência à saúde mental.
- Em emergências, é extremamente importante para o CICV trabalhar com as Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e outros prestadores de serviços para oferecer uma resposta abrangente e coordenada em termos de saúde mental e apoio psicossocial. Identificar os prestadores de serviços e estabelecer uma resposta colaborativa e sincronizada pode levar tempo, que nem sempre temos durante uma resposta emergencial. Isso é um desafio ainda maior porque os prestadores de serviço muitas vezes mudam em contextos de emergência – novos prestadores começam a trabalhar enquanto outros cessam as suas atividades.

BIBLIOGRAFIA

Associação Americana de Psiquiatria, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5ª ed., Associação Americana de Psiquiatria, Arlington, VA, 2013

Associação Americana de Psicologia, *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, Associação Americana de Psicologia, 2010

Associação de Prevenção da Tortura (APT), “Yes, Torture Prevention Works”: *Insights from a Global Research Study on 30 Years of Torture Prevention*, Genebra, 2016

Sociedade Britânica de Psicologia, *Code of Ethics and Conduct: Guidance published by the Ethics Committee of the British Psychological Society*, Sociedade Britânica de Psicologia, Leicester, 2009

Federação Europeia de Associações de Psicólogos, *Meta-Code of Ethics*, Federação Europeia de Associações de Psicólogos, Atenas, 1995

IASC, *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*, IASC, Genebra, 2005

IASC, *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, Genebra, 2012

CICV, Módulo de e-learning “Apoio Psicológico e Restabelecimento de Laços Familiares”, Genebra, 2013

CICV, “The International Committee of the Red Cross’s (ICRC’s) role in situations of violence below the threshold of armed conflict”, *Revista Internacional da Cruz Vermelha*, Vol. 89396, Nº 893, março 2014, pp. 275–304

CICV, *Acompanhamento de Famílias de Pessoas Desaparecidas: Manual Prático*, CICV, Genebra, 2013

CICV, *Primeiros Socorros em Conflitos Armados e Outras Situações de Violência*, CICV, Genebra, 2010

CICV, *Guiding Principles / Model Law on the Missing – Principles for Legislating the Situation of Persons Missing as a Result of Armed Conflict or Internal Violence: Measures to prevent persons from going missing and to protect the rights and interests of the missing and their families*, CICV, Genebra, 2009

CICV, *Proteger as Pessoas Privadas de Liberdade*, CICV, Genebra, 2016

CICV, *Princípios Fundamentais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho*, CICV, Genebra, 1996

CICV, *O CICV: missão e ação*, Genebra, 2009: https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0963.pdf

CICV, *Unaccompanied/Separated Children and Children Associated with Armed Forces or Groups: The ICRC’s approach and operational practices*, Genebra, 2010

CICV, CIR, Save the Children, UNICEF, ACNUR e World Vision, *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*, CICV, Genebra, 2004: https://www.unicef.org/protection/IAG_UASCs.pdf

Declaração de Alma-Ata, adotada pela Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, Alma-Ata, URSS, 6–12 de setembro de 1978

Acordo sobre a Organização das Atividades Internacionais dos Componentes do Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho – Acordo de Sevilha, Sevilha, 1997

The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, The Sphere Project, Genebra, 2011

ACNUR, *Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*, ACNUR, Genebra, 2003

UNICEF, *The Paris Principles: Principles and Guidelines on Children associated with armed forces or armed groups*, Paris, 2007: www.unicef.org/emerg/files/ParisPrinciples310107English.pdf

Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional da Saúde, OMS, Nova York, 22 de julho de 1946

OMS, *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*, OMS, Genebra, 2003

OMS, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings (version 2.0)*, OMS, Genebra, 2016

OMS, *Prisons and Health*, Escritório Regional da OMS para a Europa, Copenhague, 2014

OMS, *World Report on Disability*, OMS, Genebra, 2011

OMS, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, OMS, Genebra, 1992

OMS e ACNUR, Checklist for Integrating Mental Health in Primary Health Care in Humanitarian Settings, em *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*, OMS e ACNUR, Genebra, 2012

OMS e ACNUR, *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons (revised edition)*, OMS e ACNUR, Genebra, 2004: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1>

Blaauw, E., e van Marle, H., “Mental health in prisons”, em L. Møller et al. (eds.), *Health in Prisons: A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*, Escritório Regional da OMS para a Europa, Copenhague, 2007

Boss, P. “Ambiguous loss in families of the missing”, *The Lancet*, Vol. 360 (supl. 1), dezembro de 2002, pp

Boss, P. (1999), *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1999

Campbell, R., *Mental health services for rape survivors: Current issues in therapeutic practice*, Violence Against Women Online Resources, 2001, pp. 1-9

Gureje, O. et al. “Integrating mental health into primary care in Nigeria: Report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide”, *BMC Health Services Research*, Vol. 15, Nº 2, 2015, pp. 242

Haney, C., “The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Postprison Adjustment”, em J. Travis and M. Waul (eds.), *Prisoners Once Removed: The Impact of Incarceration and Reentry on Children, Families, and Communities*, The Urban Institute Press, Washington, D.C., 2003, pp. 33-66

Rothschild, B., *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*, W.W. Norton and Company, Nova York, 2006.

Singh, R., et al. "Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall", *Clinical Rehabilitation*, Vol. 23, Nº 2, 2009, pp. 281-286

Recursos internos do CICV (podem estar disponíveis mediante pedido)

Assessing the Needs of the Families of Missing Persons: Internal Guidelines, 2011

Forensic Services Reference Framework for CV-SEP, 2016

Protection Reference Framework for Civilian Population (Missing), 2015

Reference Framework for Health Interventions at First Level of Care, 2016

Reference Framework for Health Interventions for People Deprived of Freedom (DF-DFG), 2016

Reference Framework for Health Interventions for Wounded and Sick, Hospital Care, 2016

Reference Framework for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS), 2016

Reference Framework for the Civilian Population (RFL) and for People Deprived of Freedom (RFL), 2014

Reference Framework for Wounded and Sick, Physical Rehabilitation Programmes, 2016

Reference framework for Wounded and Acute Sick, First Aid/Pre-hospital Emergency Care, 2016

The ICRC strategy to assure health care for people affected by armed conflict and other situations of violence (2014-2018), CICV, 2014

Unaccompanied/Separated Children and Children Associated with Armed Forces or Groups: The ICRC's Approach and Operational Practices, 2010

Ajudamos as pessoas afetadas por conflitos armados e outras situações de violência no mundo inteiro, fazendo todo o possível para proteger a vida e a dignidade delas e para aliviar o seu sofrimento, com frequência em conjunto com os nossos parceiros da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Buscamos também evitar o sofrimento com a promoção e o fortalecimento do Direito Internacional Humanitário (DIH) e a defesa dos princípios humanitários universais. Sendo referência no âmbito do Direito Internacional Humanitário, ajudamos a desenvolver este conjunto de normas, trabalhando para a sua implementação.

As pessoas sabem que podem confiar que realizaremos diversas atividades para salvar vidas nas zonas de conflito como: fornecer alimentos, água potável segura, saneamento e abrigo; prestar assistência à saúde; e ajudar a reduzir os riscos das minas terrestres e do material bélico não detonado. Também reunimos familiares separados por conflito e visitamos pessoas que estão detidas para assegurar que sejam tratadas adequadamente. Trabalhamos próximos às comunidades para compreender e atender às suas necessidades, utilizando a nossa experiência e o nosso conhecimento para responder de modo rápido e eficaz, sem tomar partido.

 facebook.com/cicv
 twitter.com/cicv_br
 instagram.com/cicv_oficial



CICV

Comitê Internacional da Cruz Vermelha
19, avenue de la Paix
1202 Genebra, Suíça
T +41 22 734 60 01
shop.icrc.org
© CICV, julho de 2019