

Um Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias



IASC

Comité Permanente Interagências
Grupo de referência do IASC para a Saúde
Mental e Apoio Psicossocial em Emergências
Humanitárias

Versão de teste no campo

© Grupo de Referência do Comité Permanente Interagências (IASC) para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, 2017

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

www.humanitarianinfo.org/iasc

Esta publicação do IASC está disponível na página da Web do Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, em:

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>

CITAÇÃO SUGERIDA:

Grupo de Referência do Comité Permanente Interagências (IASC) para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, Um Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, IASC, Genebra, 2017.

Foto de capa (imagem principal) © Caitlin Cockcroft/ HealthNet TPO @HealthNet TPO/ 2015/ Wau, Sudão do Sul

AGRADECIMENTOS:

O conteúdo desta publicação foi desenvolvido pelo Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. A liderança da equipa operacional responsável pelo seu desenvolvimento, incluiu: **Alison Schafer** (World Vision International), **Jura Augustinavicius** (Johns Hopkins University), **Margriet Blaauw** (War Trauma Foundation), **Ananda Galappatti** (MHPSS.net e The Good Practice Group), **Saji Thomas** (UNICEF), **Wietse Tol** (Peter C. Alderman Foundation e Johns Hopkins University), **Sarah Harrison** (Federação Internacional da Cruz Vermelha e

das Sociedades do Crescente Vermelho ou IFRC Psychosocial Centre) e **Mark van Ommeren** (Organização Mundial de Saúde).

O desenvolvimento desta publicação foi coordenado pela UNICEF e financiado pelo Gabinete de Ajuda Externa a Catástrofes (OFDA) da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

Através de processos de consulta e revisão por pares, recebemos importantes contributos para esta publicação e para o quadro comum de:

Action Contre la Faim; AmeriCares; Antares Foundation; Basic Needs; Care International; CBM; Centre for the Victims of Torture; Church of Sweden/ACT Alliance; City University of New York; Equator; French Development Agency; Handicap International; HealthNet TPO Afghanistan; Secretariado do IASC; IFRC Psychosocial Centre; Comité Internacional da Cruz Vermelha, ICRC; International Medical Corps, IMC; Organização Internacional para as Migrações, IOM; Comité Internacional de Resgate, IRC; Johns Hopkins University; Malteser International; Médecins Sans Frontières, MSF; MHPSS Working Group, Jordânia; MHPSS Working Group, Turquia; MHPSS.net; National Institute for Mental Health, Sri Lanka, NIMH; Northern Provincial Council Department of Health Sri Lanka; Nottingham University; OFDA/USAID; Open University, Sri Lanka; Peace in Practice; Plan International; Psycho-Social Services and Training Institute, Cairo; Queen Margaret University; Regional Psychosocial Support Initiative, REPSSI; Royal College of Psychiatrists; Save the Children; Swiss Development Cooperation, SDC; Terre des Hommes, TdH; The Asia Foundation; The Good Practice Group; Transcultural Psychosocial Organisation, TPO Nepal; UNICEF-Child Protection Working Group; Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF; Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, UNHCR; Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Próximo Oriente, UNRWA; University of Colombo; University of Liverpool; War Child Holland; War Trauma Foundation; Organização Mundial de Saúde, WHO; World Vision International e consultores e colegas individuais.

Para comunicação e para envio de feedback acerca desta publicação, contacte o Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias através do e-mail:

mhps.refgroup@gmail.com

ÍNDICE

● Capítulo 1. Introdução	04
● Capítulo 2. Por que motivo são a monitorização e a avaliação importantes?	07
● Capítulo 3. Utilizar uma linguagem comum	09
● Capítulo 4. Objetivo e efeitos do quadro comum	11
● Capítulo 5. Uma descrição dos efeitos e indicadores do quadro comum	16
● Capítulo 6. Medição de indicadores através de meios de verificação	27
● Capítulo 7. Sugestões práticas para a utilização do quadro comum	29
● Capítulo 8. Considerações éticas a ter em conta na monitorização e avaliação	31
● Capítulo 9. Partilha de resultados e lições aprendidas	32
● Referências	34
● Anexos	
■ Anexo 1. Revisões académicas que suportam o desenvolvimento do quadro comum	35
■ Notas sobre os anexos 2, 3, 4 e 5	37
■ Anexo 2. Exemplo de quadro para o fornecimento de bens de emergência numa resposta a um terremoto	38
■ Anexo 3. Exemplo de quadro para um programa de proteção e apoio a mulheres vítimas ou em risco de violência sexual	39
■ Anexo 4. Exemplo de quadro para um programa de educação informal de crianças	40
■ Anexo 5. Exemplo de quadro para um programa de saúde concebido para tratar pessoas com perturbações mentais em clínicas de cuidados primários de saúde	41

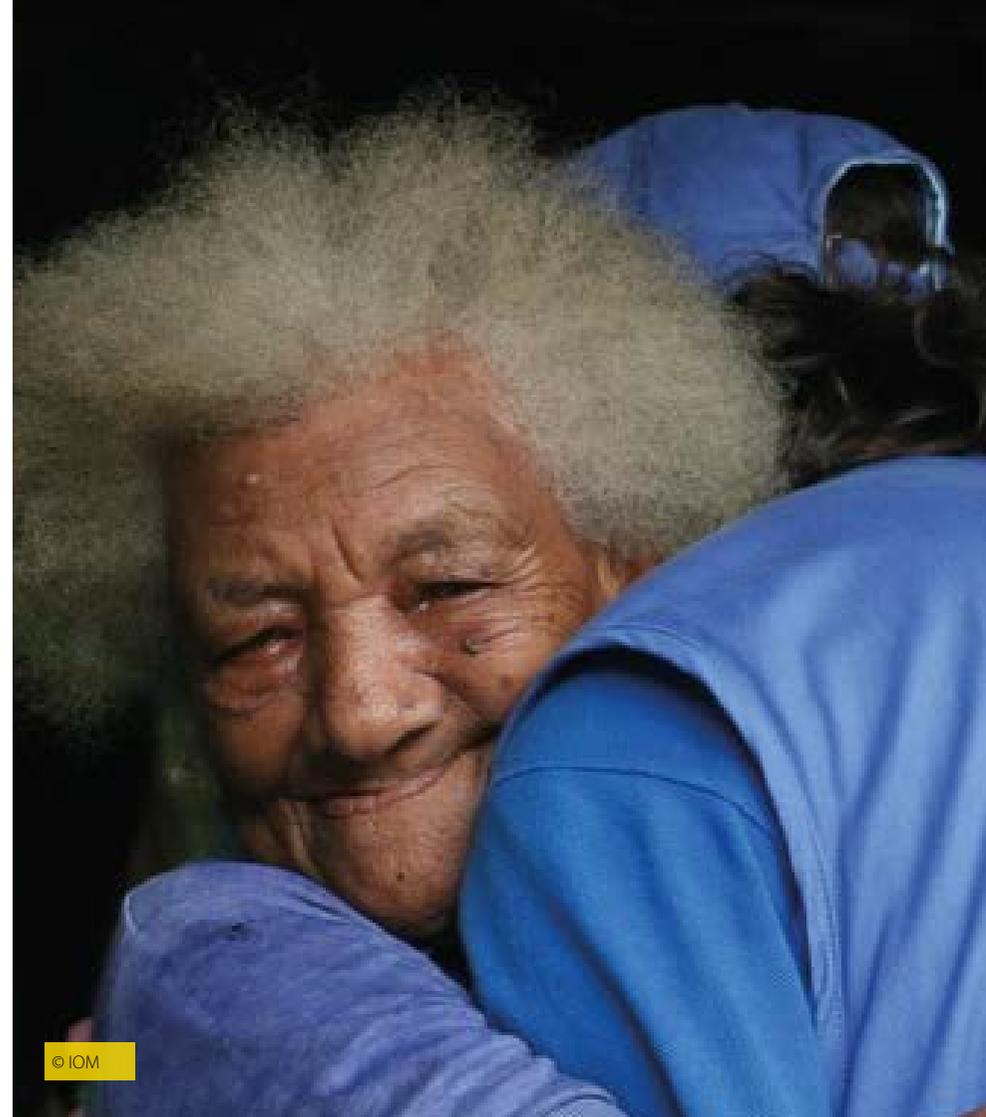
CAPÍTULO 1

Introdução

Este documento tem como objetivo fornecer orientações na avaliação, investigação, conceção, implementação e monitorização e avaliação da saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS - MHPSS em inglês) em emergências humanitárias. Embora concebido especificamente para contextos de emergência humanitária (incluindo cenários de crise prolongada), o quadro também poderá ser aplicável a fases de transição da emergência até ao desenvolvimento (incluindo iniciativas de redução de risco de desastres). O quadro pressupõe familiaridade com as Diretrizes do Comité Permanente Interagências (IASC) sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias¹ e um entendimento da programação em situações de ajuda humanitária e/ou desenvolvimento.

A saúde mental e o apoio psicossocial referem-se a qualquer tipo de apoio local ou externo que vise proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar as perturbações mentais. Assim, o quadro comum descrito nas páginas que se seguem é importante para qualquer pessoal de emergência ou desenvolvimento que se encontre direta ou indiretamente envolvido em programas que visem influenciar a saúde mental e o bem-estar psicossocial de terceiros. Isto pode incluir (sem limitação) profissionais da saúde mental, educadores ou outros intervenientes na proteção de crianças, prestadores de cuidados de saúde, nutricionistas, comunidades espirituais e de fé ou gestores de programas e técnicos profissionais envolvidos em iniciativas de construção da paz, ensino de competências de vida ou formação profissional.

O campo de saúde mental e apoio psicossocial em contexto humanitário está a avançar rapidamente e várias atividades de SMAPS fazem já parte das respostas humanitárias padrão. Em 2007, o Comité Permanente Interagências publicou as Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, as quais têm sido amplamente utilizadas para orientar programas de SMAPS em muitos contextos humanitários. Simultaneamente, têm sido publicados cada vez mais artigos de investigação que avaliam a eficácia de atividades de SMAPS específicas nestes contextos.



No entanto, a ampla variação de metas, feitos e indicadores para os muitos projetos de SMAPS que estão a ser implementados em diferentes situações humanitárias, levaram a dificuldades em demonstrar seu valor ou impacto.² Para enfrentar esse desafio, um Quadro Comum de Monitorização e Avaliação (M&A) foi desenvolvida para suplementar as diretrizes IASC de SMAPS.

COMO FOI CONCEBIDO O QUADRO COMUM?

O Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias foi desenvolvido através de um processo de revisões académicas, consultas de peritos e testes no terreno. Estes processos incluíram: uma revisão da literatura sobre os conceitos de SMAPS frequentemente medidos;³ um painel de peritos e consultas relativas a uma versão preliminar do quadro e aos termos-chave; consultas no terreno em cenários humanitários em África, na Ásia e no Médio Oriente; uma revisão aprofundada dos indicadores e instrumentos de medição utilizados mais frequentemente;⁴ e diversas revisões por pares, para estabelecer um consenso. O Anexo 1 fornece detalhes acerca das revisões académicas realizadas e sobre a forma como estas foram aplicadas às versões preliminares iniciais do quadro. O quadro final é tido como relevante para a maioria das atividades, intervenções, projetos e programas de SMAPS passíveis de serem aplicados num cenário de resposta humanitária, tal como descrito nas Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. O quadro comum poderá não abranger todas as iniciativas de SMAPS possíveis, mas será relevante para a sua maioria em cenários de emergência humanitária.

SEIS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Todas as ações de SMAPS realizadas durante a resposta de emergência devem ser realizadas de acordo com os seis princípios básicos delineados nas Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias:

- 01 Direitos humanos e igualdade** para todas as pessoas afetadas, com especial ênfase na proteção dos indivíduos e grupos que correm maior risco de violações dos seus direitos
- 02 Participação** das populações afetadas em todos os aspetos da resposta humanitária
- 03 Não causar dano** relativamente ao bem-estar físico, social, emocional, mental e espiritual, e estar especialmente atento para garantir que as ações respondem às necessidades avaliadas, seguindo o compromisso da avaliação e do escrutínio, apoiando as respostas culturalmente adequadas e reconhecendo as diferentes relações de poder entre os vários grupos que participam em respostas de emergência
- 04 Construção baseada nas capacidades e recursos disponíveis**, ao trabalhar com grupos locais, promovendo a autoajuda e reforçando os recursos existentes
- 05 Sistemas integrados de apoio**, de modo a que a SMAPS não seja um programa independente que funciona fora de outras medidas ou sistemas de resposta de emergência (incluindo sistemas de saúde)
- 06 Apoios em diversos níveis**, reconhecendo que as pessoas são afetadas por crises de maneiras diferentes e requerem diferentes tipos de apoio. Apoios em diversos níveis são idealmente implementados concorrentemente (embora todas as camadas não sejam necessariamente implementadas pela mesma organização). Estes são comumente representados pela "pirâmide de intervenção" mostrada na Figura 1.

FIGURA 1

Pirâmide de intervenções para os serviços de saúde mental e apoio psicossocial em emergências



As Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias descrevem adicionalmente um conjunto de ações mínimas de SMAPS para as atividades fundamentais que afetam a saúde mental e psicossocial dos grupos afetados. As diretrizes incluem 25 listas de ação organizadas em 11 domínios de atividades de SMAPS fundamentais e áreas de intervenção que requerem considerações de índole psicossocial. Quase todos estes domínios e as listas de ação são representados neste quadro comum. As únicas duas áreas que NÃO são abrangidas por este quadro são as respostas mínimas para (1) coordenação e (2) recursos humanos. Estas duas áreas representam ações com impactos indiretos, e não diretos, nas populações afetadas por emergências humanitárias. São, no entanto, essenciais para garantir a qualidade das intervenções em SMAPS.

CAPÍTULO 1

Por que motivo são a monitorização e a avaliação importantes?

A monitorização e a avaliação são necessárias para avaliar se um programa, um projeto ou uma intervenção está a alcançar os resultados pretendidos. Quando realizadas corretamente, a monitorização e avaliação utilizam a informação recolhida para demonstrar as alterações positivas, negativas, diretas ou indiretas que ocorreram e os objetivos alcançados ou não alcançados, ao mesmo tempo que fornece lições para consideração em atividades futuras. A monitorização e avaliação são também necessárias para a aprendizagem, a contextualização, a adaptação de programas e a responsabilização. É importante que as informações de monitorização e avaliação, em formatos adequados, sejam partilhadas com os indivíduos e as comunidades envolvidas nas atividades e outras entidades que possam beneficiar da revisão dos resultados (como outras organizações, entidades financiadoras ou autoridades governamentais regionais). A monitorização e a avaliação fazem parte das boas práticas de programação em respostas humanitárias e contribuem adicionalmente para satisfazer os princípios fundamentais das Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias.

Para que a monitorização e avaliação efetivamente avaliem a situação antes, durante e depois de um projeto, devem ser incorporadas nas atividades de um programa desde o início. Um quadro de monitorização e avaliação deve ser incluída como parte de qualquer projeto bem desenhado.

FIGURA 2

As diferenças e os pontos em comum⁵ entre a monitorização e a avaliação



Para efeitos desta publicação, “monitorização” refere-se às visitas, observações e perguntas que colocamos enquanto um programa está a ser implementado, para apurar se o mesmo está a evoluir como esperado. Uma das questões essenciais, por exemplo, na monitorização de programas de SMAPS consiste em garantir que o programa não está a causar dano. A monitorização pode ajudar a avaliar esta questão.

Da mesma forma, a “avaliação”, na aceção em que é utilizada neste documento, diz respeito à análise de um programa no início, durante a sua execução (se a calendarização o permitir) e após a respetiva conclusão, com o objetivo de apurar se o mesmo alcançou os resultados pretendidos. Para avaliar os resultados alcançados é obviamente muito importante conhecê-los.

Por exemplo, um projeto visa reduzir os sintomas entre pessoas com problemas específicos de saúde mental.

A gravidade dos sintomas, juntamente com outros indicadores do projeto (como o número de pessoas envolvidas, fatores de risco e proteção, ou o número de pessoas em grupos de risco que acedem a oportunidades de subsistência) poderia ser **monitorizado** durante toda a vida do projeto.

A gravidade dos sintomas também pode ser **avaliada** quando as pessoas são vistas pela primeira vez pelos provedores de serviços (base de referência), em pontos durante o projeto (linha intermediária) e no final do projeto (linha final ou avaliação). Medidas adicionais também são prováveis nesses diferentes estágios de coleta de dados.

UTILIZAR A MONITORIZAÇÃO E A AVALIAÇÃO PARA MEDIR A EFICIÊNCIA DE CUSTOS

Atualmente a área de SMAPS é subfinanciada. De que forma devem ser gastos os recursos limitados? Os responsáveis pela tomada de decisões procuram cada vez mais informações sobre a eficiência de custos como uma consideração fundamental no momento de decidir como investir os poucos recursos existentes para a SMAPS. A “eficiência de custos” refere-se, aqui, às comparações (a) dos custos financeiros de programas com (b) os impactos resultantes dos programas, tal como são medidos por indicadores comuns de bem-estar (como as alterações no bem-estar funcional, de saúde e subjetivo). Desta forma, é possível obter informações acerca da relação custo-benefício. Atualmente, existem poucas provas e muito pouca investigação comparada sobre a relação custo-benefício de quaisquer ações humanitárias, incluindo os programas de SMAPS em emergências humanitárias. Esta é uma falha importante. Recomenda-se que as agências colaborem com economistas do setor de bem-estar e economistas da área da saúde para começar a coletar dados de custo-efetividade, usando os indicadores de nível de metas delineados no quadro comum.⁶



CAPÍTULO 3

Utilizar uma linguagem comum

Muitas organizações têm as suas próprias abordagens à monitorização e avaliação, bem como uma terminologia única e técnicas próprias. A linguagem utilizada para descrever os diferentes componentes de um quadro de monitorização e avaliação também varia. Algumas organizações iniciam as suas conceções com uma “visão” abrangente ou um “objetivo final”. A partir daí, os termos adicionais utilizados podem incluir um “objetivo do projeto” ou “objetivo principal”, enquanto outras podem utilizar o termo “finalidade do projeto”. Da mesma forma, algumas organizações referem-se a “efeitos” como “objetivos”, “resultados” ou “atividades”. Os “indicadores” podem ser denominados “alvos”, “medidas de êxito” ou “meios de verificação”. Estes podem depois ser divididos em “indicadores de impacto”, “indicadores de efeito” ou até “indicadores de processo”. Para tornar a monitorização e avaliação no setor humanitário ainda mais complexas, as organizações e os financiadores também utilizam diferentes quadros de conceção para os projetos (como vários quadros lógicos ou teorias de mudança) e diferentes “níveis” de detalhe nas suas conceções. As organizações também diferem quanto aos elementos de um projeto que efetivamente monitorizam ou avaliam.

O Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, descrito nesta publicação, não tem como objetivo substituir as estruturas ou abordagens existentes à monitorização e avaliação. Em vez disso, o quadro está organizado de uma forma simples que permite que indivíduos e organizações utilizem os objetivos e efeitos para complementar os seus próprios quadros de monitorização e avaliação e conceções específicas de cada projeto. Este quadro também poderá ser visto como uma abordagem complementar para obter objetivos mais globais, como aqueles delineados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e/ou o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020.

As informações práticas sobre a forma como este quadro comum pode ser aplicado são descritas no Capítulo 7.

TERMINOLOGIA CHAVE

Para efeitos deste quadro comum, o significado dos termos-chave de monitorização e avaliação podem ser entendidos tal como se segue:⁷

Objetivo global: o resultado final específico pretendido ou esperado como consequência, pelo menos parcial, da concretização dos efeitos do projeto. Os resultados ao nível do objetivo são geralmente designados como “impactos”. Um portefólio de vários programas poderá ser necessário para alcançar um objetivo global. Exemplo: redução do sofrimento na área visada.

Efeitos: as alterações que ocorrem como consequência das atividades de um projeto específico. Os resultados a este nível são normalmente designados como os **efeitos do projeto**. Exemplo: as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental têm acesso a cuidados especializados adequados.

Atividades: O trabalho efetivamente implementado. O quadro comum não recomenda atividades específicas. No entanto, as atividades de cada organização terão de ser tidas em conta relativamente à forma como estas trabalham face à consecução provável do efeito e, em última instância, do objetivo. **Os resultados ao nível de uma atividade são frequentemente designados como “resultados”**. Exemplo: os colaboradores de serviços sociais recebem formação sobre os procedimentos corretos para os encaminhamentos de saúde mental e apoio psicossocial.

Indicadores: uma unidade de medida que especifica o que deve ser medido. Os indicadores destinam-se a confirmar se o impacto, os efeitos ou os resultados pretendidos foram ou não alcançados. Os indicadores podem ser quantitativos (por exemplo, percentagens ou números de pessoas) ou qualitativos (por exemplo, perceções, qualidade, tipo, conhecimento, capacidade).

> **Indicador de impacto:** neste quadro, os indicadores de impacto estão alinhados com a declaração de objetivo e visam refletir o resultado (ou impacto) das ações numa escala social, institucional ou organizacional mais abrangente. Exemplo: melhoria do funcionamento. Existem diferentes métodos para medir o impacto que envolvem uma combinação de indicadores quantitativos e qualitativos. Neste quadro, o impacto é reconhecido como uma alteração ao nível do indivíduo e ao nível coletivo/de grupo.

> **Indicador de efeito:** neste quadro, os indicadores de efeito estão alinhados com as declarações de efeito e visam refletir as alterações ocorridas para indivíduos ou grupos de pessoas como consequência de um programa ou intervenção específica de SMAPS. Exemplo: o número de pessoas que recebeu ajuda médica em casos de perturbações mentais, neurológicas ou de consumo de substâncias através de serviços médicos (cuidados de saúde primários, secundários ou terciários).

> **Indicador de resultado:** neste quadro, os indicadores de resultado estão alinhados com o plano de atividades e visam confirmar se a atividade planeada foi executada tal como pretendido. Uma vez que os indicadores de resultado estão interligados com as atividades específicas, não serão incluídos neste quadro geral. Exemplo: número de colaboradores de serviços sociais com formação em procedimentos de encaminhamento de SMAPS.

Geralmente, um projeto desenvolve um quadro lógico ou teoria de mudança para um ou vários efeitos. No entanto, a mudança poderá ser necessária em vários projetos para que seja possível observar indicadores de impacto ou mudança e alcançar o objetivo global.

Meios de verificação (MdV): a ferramenta utilizada para medir o indicador. O quadro comum não fornece um meio de verificação para cada indicador, devido à variação nas preferências entre diferentes organizações acerca dos métodos para medir a mudança. Os indicadores neste quadro podem ser aplicados com êxito, independentemente da forma como a mudança de um indicador específico é medida (por exemplo, utilizando entrevistas abertas ou formulários de inquérito, ou uma combinação de ambos), desde que a ferramenta utilizada seja adequada.

O objetivo e os efeitos do quadro comum utilizam muitos outros termos que podem ter diferentes significados para diferentes intervenientes humanitários ou profissionais de desenvolvimento, profissionais de SMAPS ou outras entidades da implementação. Para referência, e para confirmar o significado destes termos tal como são utilizados neste quadro, consulte o Capítulo 5. No entanto, é importante começar desde logo por confirmar os termos-chave utilizados no objetivo do quadro comum, incluindo:

O OBJETIVO GLOBAL DO QUADRO COMUM

Reduzir o sofrimento e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial.

Sofrimento^{8*} Um estado de dor, angústia ou dificuldades.⁹

Saúde mental: Um estado de bem-estar [psicológico] (não apenas a ausência de uma perturbação mental) no qual todos os indivíduos concretizam o seu potencial, conseguem lidar com as adversidades normais da vida, trabalham de forma produtiva e frutífera e dão o seu contributo para a comunidade.¹⁰

Bem-estar psicossocial: A dimensão psicossocial do bem-estar. Embora não exista uma definição universalmente aceite, os profissionais utilizam frequentemente o adjetivo “psicossocial” para descrever a interação entre os aspetos sociais (como as relações interpessoais e ligações sociais, os recursos sociais, as normas sociais, os valores sociais, os papéis sociais, a vida da comunidade, a vida espiritual e a vida religiosa) e os aspetos psicológicos (como as emoções, os pensamentos, os comportamentos, o conhecimento e as estratégias para lidar com situações adversas) que contribuem para o bem-estar geral.

O termo “saúde mental” é muitas vezes erradamente interpretado como apenas relativo à ausência de doença mental. No entanto, os termos “saúde mental” e “bem-estar psicossocial” sobrepõem-se. A saúde mental não pode ser alcançada sem o bem-estar psicossocial e vice-versa. **O termo composto “saúde mental e bem-estar psicossocial”** é frequentemente utilizado para refletir o objetivo combinado nas várias agências e profissionais que trabalham em intervenções de SMAPS.

* O sofrimento pode ser individual e/ou coletivo (Kleinman, A., Das, V., and Lock, M.M., Eds., Social Suffering, University of California Press, Berkeley, 1997). Os indivíduos podem sofrer de formas únicas e distintas e como resultado de uma grande variedade de experiências, mas isto ocorre geralmente num contexto social mais abrangente (ou global) que define a essência deste sofrimento; como tal, os indivíduos podem também sofrer coletivamente face a determinados eventos e estruturas sociais (por exemplo, estruturas sociais, políticas, económicas e humanitárias).

CAPÍTULO 4

Objetivo e efeitos do quadro comum

Cada programa, projeto ou atividade de SMAPS requer o seu próprio quadro de monitorização e avaliação que seja adequado e relevante para a respetiva conceção. No entanto, para obter provas globais de SMAPS e para demonstrar a sua eficácia em emergências humanitárias, são necessárias várias intervenções de SMAPS distintas para medir impactos e indicadores de efeito comuns. O objetivo, os efeitos e os indicadores associados no Quadro Comum de Avaliação e Monitorização para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias (consulte as páginas 14-15) refletem a necessidade de uma aprendizagem partilhada adicional e de programas de SMAPS melhorados em respostas de emergência.

Não é esperado que todas as iniciativas de SMAPS implementadas por todas as organizações incluam relatórios para cada objetivo, impacto ou indicador de efeito no quadro comum. No entanto, à medida que o quadro comum cresce, o campo de SMAPS começará a partilhar uma linguagem e um entendimento comum acerca das práticas mais adequadas em emergências humanitárias.

A finalidade do quadro comum consiste em encorajar e promover a utilização de um número restrito de efeitos para construir as provas básicas de SMAPS e esclarecer todos aqueles que trabalham nesta área acerca dos objetivos e impactos importantes. Para o alcançar, é recomendado que cada programa ou projeto de SMAPS utilize:

Pelo menos UM indicador de impacto do objetivo do quadro comum;

+

Pelo menos UM efeito e o correspondente indicador de efeito do quadro comum.

O OBJETIVO GLOBAL DO QUADRO

Como tal, o objetivo do quadro comum é: **Reduzir o sofrimento e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial.**

O objetivo engloba dois elementos importantes:

- Primeiro, o objetivo de reduzir o sofrimento, alinhado com o imperativo humanitário da Carta Humanitária de que “devem ser tomadas medidas para impedir ou atenuar o sofrimento humano causado por catástrofes naturais ou conflitos.”¹¹
- Segundo, o objetivo aproxima-se da SMAPS reforçando que a finalidade consiste em melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas.

Quaisquer que sejam as abordagens - seguir os princípios fundamentais das Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, ajudar as populações a obter as necessidades básicas ou visar a redução de sintomas de doença mental - qualquer uma destas ações irá, muito provavelmente, resultar na melhoria da saúde mental e no bem-estar psicossocial e/ou reduzir o sofrimento. Em última análise, o objetivo sugere que qualquer programa de SMAPS deve visar a obtenção de melhorias na saúde mental e no apoio psicossocial de uma população afetada por uma crise humanitária ou reduzir as formas através das quais esta população é afetada pelo sofrimento.

INDICADORES DE OBJETIVO

-  **Funcionamento** (por exemplo, a capacidade de realizar atividades essenciais para o dia-a-dia, a qual pode diferir de acordo com alguns fatores, como a cultura, o sexo e a idade)
-  **Bem-estar subjetivo*** (alguns aspectos de bem-estar subjetivo que podem ser medidos incluem estados emocionais: sentir-se calmo, seguro, forte, esperançoso, capaz, descansado, interessado, feliz; ou não se sentir desesperado, deprimido, ansioso ou irritado)
-  Dimensão de **angústia incapacitante prolongada e/ou presença de perturbação mental**, neurológica e de consumo de substâncias (ou sintomas das mesmas).
-  **Capacidade das pessoas com problemas de saúde mental e psicossociais para lidar** com situações adversas (por exemplo, através de competências de comunicação, gestão do stress, resolução de problemas, gestão de conflitos ou competências profissionais)
-  **Comportamento social** (por exemplo, ajudar os outros, comportamentos agressivos, recurso à violência, ações de discriminação)
-  **Conetividade social** - diz respeito à qualidade e ao número de ligações sociais que um indivíduo tem (ou percebe ter) com outras pessoas nos respetivos círculos sociais de família, amigos e conhecidos. As ligações sociais também podem ultrapassar o círculo social imediato de um indivíduo e abranger, por exemplo, outras comunidades.

EFEITOS DO QUADRO

O quadro comum identificou cinco efeitos que provavelmente contribuiriam para a consecução da declaração de objetivo. Adicionalmente, estes cinco efeitos podem ser divididos pelos dois níveis em que os programas de SMAPS são habitualmente implementados:



Focados na comunidade, em que as atividades de SMAPS se centram nas considerações sociais para garantir a segurança, o respeito pelos direitos humanos, a dignidade e as necessidades básicas; apoios na criação de uma comunidade e família que inclua o trabalho para fomentar o desenvolvimento ideal de crianças e jovens e promover um ambiente social para ajudar os indivíduos, as famílias e as comunidades a concretizar o seu potencial. As iniciativas de SMAPS focadas na comunidade geralmente visam grupos maiores de crianças ou adultos ou estão interligadas com sistemas ou estruturas sociais ou legais em abordagens baseadas na comunidade.



Focados no indivíduo, em que as atividades de SMAPS se centram nos indivíduos e famílias que requerem assistência orientada através do apoio focado especializado ou não especializado. As pessoas poderão receber intervenções de SMAPS numa base individual, familiar ou em grupos de pequena dimensão, em que os profissionais que trabalham na implementação destas iniciativas de SMAPS focadas no indivíduo monitorizariam o progresso de cada indivíduo visado pelos serviços prestados.

O quadro comum é resumido na Tabela 1. A Tabela 2 apresenta o quadro na sua totalidade, incluindo o objetivo, os efeitos e os indicadores. Os capítulos que se seguem descrevem em detalhe a forma como cada efeito se relaciona com uma ou mais listas de ação das Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, fornecem uma lógica para cada efeito e disponibilizam informações acerca dos termos-chave utilizados nessas declarações de efeito e seus respetivos indicadores.

* O termo "bem-estar subjetivo" refere-se aos vários tipos de avaliações, positivas e negativas, que as pessoas fazem das suas vidas. Inclui avaliações cognitivas reflexivas, como a satisfação com a vida e com o trabalho, o interesse e o envolvimento e as reações emocionais aos eventos da vida, como os sentimentos de alegria ou tristeza (Diener, E., 'Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being', Journal of Happiness Studies, vol. 7, no. 4, November 2006, pp. 397-404.) É possível medir vários aspectos do bem-estar subjetivo para refletir este indicador de objetivo.

TABELA 1

Resumo do quadro comum

Objetivo: Reduzir o sofrimento e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial

Efeitos:

Focados na comunidade

- 1 As respostas de emergência não causam dano e são dignificadas, participativas, propriedade da comunidade e social e culturalmente aceitáveis
- 2 As pessoas estão seguras e protegidas e as violações dos direitos humanos são tratadas
- 3 A família, a comunidade e as estruturas sociais promovem o bem-estar e o desenvolvimento de todos os seus membros

Focados no indivíduo

- 4 As comunidades e famílias apoiam as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- 5 As pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental têm acesso a cuidados de saúde especializados adequados

Princípios fundamentais subjacentes: 1. Direitos humanos e igualdade, 2. Participação, 3. Não causar dano, 4. Sistemas integrados de apoio, 5. Construção baseada nas capacidades e recursos disponíveis, 6. Apoios em diversos níveis

O Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*

OBJETIVO GLOBAL

Reduzir o sofrimento e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial [G]

INDICADORES DE IMPACTO CHAVE (Gi)

- GI.1 Funcionamento (por exemplo, a capacidade de realizar atividades essenciais para o dia-a-dia, a qual pode diferir de acordo com alguns fatores, como a cultura, o sexo e a idade)
- GI.2 Bem-estar subjetivo (alguns aspetos de bem-estar subjetivo que podem ser medidos incluem estados emocionais: sentir-se calmo, seguro, forte, esperançoso, capaz, descansado, interessado, feliz; ou não se sentir desesperado, deprimido, ansioso ou irritado)
- GI.3 Dimensão de angústia incapacitante prolongada e/ou presença de perturbação mental, neurológica e de consumo de substâncias (ou sintomas das mesmas)
- GI.4 Capacidade das pessoas com problemas de saúde mental e psicossociais para lidar com situações adversas (por exemplo, através de competências de comunicação, gestão do stress, resolução de problemas, gestão de conflitos ou competências profissionais)
- GI.5 Comportamento social (por exemplo, ajudar os outros, comportamentos agressivos, recurso à violência, ações de discriminação)
- GI.6 Conetividade social, a qual diz respeito à qualidade e ao número das ligações sociais que um indivíduo tem (ou percebe ter) com outras pessoas nos respetivos círculos sociais de família, amigos e conhecidos. As ligações sociais também podem ultrapassar o círculo social imediato de um indivíduo e abranger, por exemplo, outras comunidades.

Tenha em atenção que alguns destes seis indicadores podem servir como indicadores de efeito, dependendo da lógica do programa (teoria de mudança).

EFEITOS

(1) As respostas de emergência não causam dano e são dignificadas, participativas, propriedade da comunidade e social e culturalmente aceitáveis [O1]

INDICADORES DE EFEITO CHAVE (O)

- O1.1 Percentagem das pessoas afetadas que comunicaram que as respostas de emergência (i) estão alinhadas com os valores locais, (ii) são adequadas e (iii) são prestadas com respeito
- O1.2 Percentagem das pessoas afetadas que comunicaram que estão ativamente envolvidas em diferentes fases da resposta de emergência (por exemplo, participação na avaliação de necessidades, na conceção do programa e em atividades de implementação, monitorização e avaliação)

- O1.3 Percentagem das comunidades visadas em que as próprias populações locais tiveram oportunidade de conceber, organizar e implementar respostas de emergência
- O1.4 Percentagem de colaboradores capacitados e a seguir as orientações (por exemplo, as Diretrizes do IASC) sobre como não causar dano
- O1.5 Número de eventos negativos percebidos pelos beneficiários como causados por intervenções humanitárias e/ou de SMAPS
- O1.6 Número de pessoas afetadas que conhece os códigos de conduta dos trabalhadores humanitários e sabe como expor as suas preocupações acerca de possíveis violações
- O1.7 Alterações programáticas efetuadas após o registo de comentários através de mecanismos de feedback
- O1.8 Perceções das necessidades locais consideradas (ou seja, as necessidades percebidas como problemas graves pelas pessoas afetadas, como por exemplo problemas percebidos ao nível do alojamento ou da subsistência)

(2) As pessoas estão seguras e protegidas e as violações dos direitos humanos são tratadas [O2]

- O2.1 Número de violações dos direitos humanos denunciadas
- O2.2 Percentagem das comunidades visadas (ou seja, as aldeias, bairros ou instituições, como hospitais psiquiátricos ou orfanatos) com mecanismos formais ou informais que intervêm na proteção, monitorização e comunicação dos riscos de segurança ou grupos de risco (por exemplo, crianças, mulheres, pessoas com graves perturbações mentais)
- O2.3 Percentagem de comunidades visadas em que os representantes dos grupos-alvo são incluídos nos processos de tomada de decisões sobre a sua própria segurança
- O2.4 Percentagem de membros do grupo-alvo que, após a formação, utilizam as novas competências e o conhecimento adquirido para a prevenção dos riscos e para encaminhamento
- O2.5 Número de membros dos grupos de risco (como crianças ou vítimas de violência sexual) que utilizam espaços seguros
- O2.6 Percentagem de membros do grupo-alvo (como a população geral ou grupos de risco) que se sentem seguros
- O2.7 Número de mecanismos de proteção (como serviços sociais ou redes de proteção da comunidade) e/ou número de pessoas que receberam ajuda através de mecanismos de proteção formais ou informais
- O2.8 Número de pessoas que denunciaram violações dos direitos humanos, as perceções acerca das respostas das instituições que trataram dos respetivos casos

*A desagregação por sexo e idade é recomendada para todos os indicadores relevantes. Os indicadores apresentados aqui não são exaustivos. Além de selecionar pelo menos um indicador de impacto e efeito, os profissionais de SMAPS devem sentir-se à vontade para criar indicadores adicionais que correspondam a outros elementos dos objetivos e efeitos dos seus projetos específicos.

(3) A família, a comunidade e as estruturas sociais promovem o bem-estar e o desenvolvimento de todos os seus membros [O3]

- 03.1 Número de crianças reunificadas com membros da sua família ou em outras modalidades de cuidados adequadas, em conformidade com as suas necessidades específicas e no seu melhor interesse
- 03.2 Extensão dos conhecimentos sobre parentalidade e desenvolvimento das crianças e competências entre os cuidadores
- 03.3 Qualidade das interações entre cuidadores e crianças
- 03.4 Nível de conectividade ou coesão familiar
- 03.5 Nível de capital social, tanto cognitivo (nível de confiança e reciprocidade no seio de comunidades) como estrutural (filiação e participação em redes sociais e/ou grupos civis ou da comunidade)
- 03.6 Percentagem de comunidades alvo (como aldeias ou bairros) em que foram tomadas medidas para identificar, ativar ou reforçar os recursos locais que apoiam o bem-estar psicossocial e o desenvolvimento
- 03.7 Percentagem das comunidades alvo em que foram organizados os rituais da comunidade para os mortos
- 03.8 Percentagem de estruturas sociais formais e informais que incluem atividades ou apoios psicossociais ou de saúde mental específicos
- 03.9 Número de pessoas afetadas que utilizam diferentes estruturas sociais formais e informais (como escolas ou educação informal para crianças de todas as idades, cuidados de saúde, serviços sociais, programas de desenvolvimento de primeira infância, grupos femininos e clubes de jovens)
- 03.10 Número de pessoas em grupos de risco envolvidos em oportunidades de subsistência
- 03.11 Número de crianças com oportunidades para participar na aprendizagem e no desenvolvimento de competências socioemocionais adequadas

(4) As comunidades e famílias apoiam as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental [O4]

- 04.1 Número de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental que comunicaram ter recebido apoio adequado por parte dos seus familiares
- 04.2 Competências dos cuidadores para lidar com problemas (por exemplo, através de competências de gestão do stress, competências de gestão de conflitos, competências de resolução de problemas, competências parentais, conhecimento acerca de como procurar ajuda ou informações e dos recursos necessários para obter cuidados e apoio)

- 04.3 Nível do capital social dos indivíduos com problemas psicossociais e de saúde mental (tanto a nível cognitivo como estrutural).
- 04.4 Perceções, conhecimento, atitudes (incluindo a estigmatização) e os comportamentos de membros da comunidade, famílias e/ou prestadores de serviços face a pessoas com problemas psicossociais ou de saúde mental

(5) As pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental têm acesso a cuidados adequados de saúde especializados [O5]

- 05.1 Percentagens de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade com colaboradores que recebem formação para identificar perturbações mentais, e para apoiar pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- 05.2 Percentagens de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade com colaboradores com supervisão na identificação de perturbações mentais e no apoio a pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- 05.3 Percentagens de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade que têm e aplicam procedimentos para o encaminhamento de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- 05.4 Número de mulheres, homens, raparigas e rapazes que recebem cuidados psicossociais e psicológicos especializados (como primeiros cuidados psicológicos, encaminhamento de pessoas com problemas psicossociais aos recursos e serviços adequados, gestão de casos, aconselhamento psicológico, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas)
- 05.5 Número de mulheres, homens, raparigas e rapazes que recebem gestão clínica de perturbações mentais, neurológicas ou de consumo de substâncias através dos serviços médicos (cuidados de saúde primários, secundários ou terciários)
- 05.6 Número de pessoas em grupos de risco (por exemplo, crianças não acompanhadas ou separadas, crianças associadas a grupos armados, vítimas de violência sexual) que recebem cuidados focados ou especializados (como primeiros cuidados psicológicos, encaminhamento de pessoas com problemas psicossociais aos recursos e serviços adequados, gestão de casos, aconselhamento psicológico, psicoterapia ou outras intervenções de caráter psicológico)
- 05.7 Percentagem de programas de SMAPS disponíveis que oferecem cuidados baseados em evidência que sejam relevantes para a cultura, o contexto e a idade do grupo alvo
- 05.8 Nível de satisfação de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental e/ou respetivas famílias relativamente aos cuidados recebidos

CAPÍTULO 5

Uma descrição dos efeitos e indicadores do quadro comum

Os efeitos do quadro comum dizem respeito a aspetos específicos e listas de ação das Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Como tal, cada efeito tem uma lógica associada que ajuda a explicar a respetiva intenção.

Além disso, os efeitos e indicadores de efeito correspondentes utilizam um conjunto de termos importantes que podem ter diferentes significados para diferentes pessoas. Estes capítulos fornecem descrições detalhadas sobre a forma como estes efeitos se relacionam com as diretrizes e as ideias por detrás dos termos-chave utilizados, tanto para os efeitos como para os indicadores.



EFEITO 1.

As respostas de emergência não causam dano e são dignificadas, participativas, propriedade da comunidade e social e culturalmente aceitáveis

Relacionado com os efeitos incluídos nas listas de ação das diretrizes do IASC: 3.3, 5.1, 6.1, 6.4, 7.1, 8.1, 9.1, 10.1, 11.1

Fundamento: abordar os fatores de stress e prevenir o dano causado por respostas de emergências não adequadas é essencial para promover e proteger o bem-estar psicossocial, prevenir os estados de angústia e, possivelmente, prevenir o surgimento de perturbações, além de garantir que os mecanismos de propriedade comunitária e de proteção da segurança estão implementados.

TERMOS-CHAVE E DESCRIÇÕES RELACIONADAS COM O EFEITO 1:

- As **respostas de emergência** incluem todas as atividades de respostas de emergência internacionais, domésticas e comunitárias em qualquer setor (como, por exemplo, nutrição, água e saneamento, saúde).
- **Não causar dano** diz respeito à garantia de que as respostas de emergência não colocam as pessoas em risco (quer este seja físico, mental, social, material, emocional ou legal) ou causam danos adicionais às populações afetadas, incluindo dano potencial causado por trabalhadores humanitários, violações dos direitos humanos (incluindo violações de privacidade e dignidade), bem como a reprodução de desequilíbrios de poder nocivos (novos ou existentes) nos processos de tomada de decisões.
- **Dignificado** diz respeito ao efeito esperado das respostas de emergência, as quais valorizam as preocupações das pessoas afetadas, tratam estas pessoas com respeito enquanto indivíduos, e não objetos, e permitem que segmentos das comunidades afetadas orientem e guiem a resposta de emergência, incluindo os indivíduos ou grupos que possam requerer atenção especial.
- **Participativo** refere-se ao envolvimento de membros da comunidade na resposta de emergência, mas implica adicionalmente que a participação da comunidade é voluntária, não onera os membros da comunidade e respeita as capacidades e circunstâncias da população afetada.
- **Propriedade da comunidade** diz respeito às ações que garantem que as pessoas – incluindo membros de grupos marginalizados – contribuem para a priorização, o planeamento e a implementação do trabalho destinado a melhorar as suas circunstâncias. A propriedade da comunidade é experienciada quando as comunidades têm o poder necessário para tomar decisões importantes relativamente à ajuda prestada e à forma como esta é prestada. Isto inclui a mobilização de comunidades e o reconhecimento e/ou o reforço das capacidades das estruturas formais e informais existentes.
- **A aceitabilidade social e cultural** descreve as respostas de emergência que são sensíveis às normas e aos valores da população afetada e que asseguram que estes são respeitados na forma como as ações de resposta de emergência são executadas. Descreve a consideração pela diversidade de valores sociais e culturais no seio da população afetada, bem como o reconhecimento de que as situações de emergência levam por vezes a alterações nas práticas existentes, as quais podem ser apoiadas por alguns membros da comunidade e causar preocupação ou receio noutros.*

* Uma vez que algumas práticas locais podem causar dano, os trabalhadores humanitários devem pensar de forma crítica e apoiar as práticas locais apenas se estas se enquadrarem nas normas internacionais dos direitos humanos.

INDICADORES DO RESULTADO 1:

- O1.1: Percentagem das pessoas afetadas que comunicaram que as respostas de emergência (i) estão alinhadas com os valores locais, (ii) são adequadas e (iii) são prestadas com respeito
- O1.2: Percentagem das pessoas afetadas que comunicaram que estão ativamente envolvidas em diferentes fases da resposta de emergência (por exemplo, participação na avaliação de necessidades, na conceção do programa e em atividades de implementação, monitorização e avaliação)
- O1.3: Percentagem das comunidades visadas em que as próprias populações locais tiveram oportunidade de conceber, organizar e implementar respostas de emergência
- O1.4: Percentagem de colaboradores capacitados e a seguir as orientações (por exemplo, as Diretrizes do IASC) sobre como não causar dano
- O1.5: Número de eventos negativos percecionados pelos beneficiários como causados por intervenções humanitárias e/ou de SMAPS
- O1.6: Número de pessoas afetadas que conhece os códigos de conduta dos trabalhadores humanitários e sabe como expor as suas preocupações acerca de possíveis violações
- O1.7: Alterações programáticas efetuadas após o registo de comentários através de mecanismos de feedback
- O1.8: Perceções das necessidades locais consideradas (ou seja, as necessidades percecionadas como problemas graves pelas pessoas afetadas, como por exemplo problemas percecionados ao nível do alojamento ou da subsistência)



EFEITO 2.

As pessoas estão seguras e protegidas e as violações dos direitos humanos são tratadas

Relacionado com os efeitos incluídos nas listas de ação das diretrizes do IASC: 3.1, 3.2, 3.3, 6.2, 6.3, 8.1

Fundamento: a sensação de segurança e proteção pode reduzir os problemas psicossociais e de saúde mental ou impedir o surgimento ou agravamento destes problemas. Oferecer oportunidades para a justiça após atos ou causas de violações poderá potencializar a recuperação social e psicológica das pessoas afetadas, incluindo as pessoas afetadas por perturbações mentais e que vivem com cuidadores formais ou informais.

TERMOS-CHAVE E DESCRIÇÕES RELACIONADAS COM O EFEITO 2:

Em coordenação com os mecanismos de proteção existentes, os intervenientes de SMAPS têm um importante papel no contributo para a criação de condições para que os membros da comunidade lidem de forma segura com as ameaças e violações aos direitos humanos.

- **A sensação de segurança** pode resultar de: (i) permitir que os membros da comunidade reconheçam, previnam e respondam aos perigos ou ameaças, (ii) responder às formas como estes perigos ou ameaças podem causar impactos ao bem-estar emocional, social e psicológico, (iii) apoiar os indivíduos afetados por violações dos seus direitos, incluindo aqueles que vivem em situações de cuidados formais ou informais, no sentido de abordar e lidar com riscos, ameaças ou danos contínuos, (iv) criar sistemas de encaminhamento funcionais, medidas de responsabilização e redes, (v) promover a consciencialização acerca dos impactos das violações dos direitos humanos nas pessoas, (vi) ajudar as comunidades a ter acesso aos processos de justiça, (vii) reforçar a capacidade da comunidade e a capacidade do estado (ou seja, as entidades responsáveis) para identificar, mitigar e responder a possíveis riscos, (viii) abordar as condições subjacentes que podem resultar em violência nos níveis individual, familiar, escolar/de pares e da comunidade.

Apoiar os indivíduos que estão angustiados ou doentes poderá também melhorar a sua proteção e ajudá-los a sentir-se mais seguros. Nas situações em que as pessoas sentem segurança e bem-estar, estão menos suscetíveis de ser vítimas de abusos ou de os cometer, o que poderá ajudar ainda mais a reduzir o dano cíclico e continuado de outros.

- **A sensação de proteção** diz respeito à garantia de que existem sistemas em vigor para ajudar a prevenir ou a reduzir os impactos das ameaças ou das violações dos direitos humanos. Isto é um efeito que pode advir do trabalho relativo à proteção dos direitos e à construção de ambientes protetores. Isto poderá requerer o conhecimento adicional (e ações) ao nível da justiça, das compensações ou dos direitos legais. Inclui o entendimento do contexto e das abordagens que apoiam as pessoas afetadas a lidar com os fatores estruturais que influenciam o seu bem-estar e a sua recuperação.
- **Tratar as violações dos direitos humanos** diz respeito aos aspetos da monitorização, denúncia, documentação, acompanhamento ou apoio das pessoas de todas as idades que procuram justiça por violações dos direitos humanos, desde que as condições locais o permitam. Muitas considerações são importantes ao abordar violações dos direitos humanos, incluindo, sem limitação, as seguintes:



As condições locais poderão resultar na necessidade de criar ou reforçar processos para lidar com violações dos direitos humanos em conformidade com os enquadramentos das leis e dos costumes locais.

As ações para lidar com violações poderão ser executadas antes (ou seja, ao nível da prevenção), durante ou após a ocorrência das violações.

Alguns grupos podem estar especialmente expostos a violações e danos, muitas vezes devido a vulnerabilidades ou discriminação que existia antes de uma emergência (como por exemplo pessoas com perturbações mentais graves, crianças e adultos em contextos institucionais, etc.).

Os intervenientes de SMAPS podem trabalhar com estruturas e mecanismos que respondem a questões de segurança, proteção e justiça, ou com as comunidades, famílias e indivíduos que procuram acesso ou intervenção nestas estruturas ou mecanismos.

Poderá ser necessário o apoio técnico para a documentação de violações dos direitos humanos, incluindo a garantia de segurança, proteção e gestão ética de informações pessoais.

INDICADORES DO EFEITO 2:

- O2.1: Número de violações dos direitos humanos denunciadas
- O2.2: Percentagem das comunidades visadas (ou seja, as aldeias, bairros ou instituições, como hospitais psiquiátricos ou orfanatos) com mecanismos formais ou informais que intervêm na proteção, monitorização e comunicação dos riscos de segurança ou grupos de risco (por exemplo, crianças, mulheres, pessoas com graves perturbações mentais)
- O2.3: Percentagem de comunidades visadas em que os representantes dos grupos-alvo são incluídos nos processos de tomada de decisões sobre a sua própria segurança
- O2.4: Percentagem de membros do grupo-alvo que, após a formação, utilizam as novas competências e o conhecimento adquirido para a prevenção dos riscos e para encaminhamento
- O2.5: Número de membros dos grupos de risco (como crianças ou vítimas de violência sexual) que utilizam espaços seguros
- O2.6: Percentagem de membros do grupo-alvo (como a população geral ou grupos de risco) que se sentem seguros
- O2.7: Número de mecanismos de proteção (como serviços sociais ou redes de proteção da comunidade) e/ou número de pessoas que receberam ajuda através de mecanismos de proteção formais ou informais
- O2.8: Número de pessoas que denunciaram violações dos direitos humanos, as perceções acerca das respostas das instituições que trataram dos respetivos casos

EFEITO 3.

A família, a comunidade e as estruturas sociais promovem o bem-estar e o desenvolvimento de todos os seus membros

Relacionado com os efeitos incluídos nas listas de ação das diretrizes do IASC: 5.2, 5.3, 5.4, 7.1, 8.2.

Fundamento: o desenvolvimento humano, a saúde mental e o bem-estar psicossocial ocorrem no contexto das relações sociais, as quais são frequentemente interrompidas em situações de emergência humanitária. Isto pode afetar negativamente o bem-estar. A proteção, restituição e transformação positiva das estruturas de uma família ou comunidade podem criar um ambiente favorável ao bem-estar dos seus membros que promove a recuperação psicológica e social.

TERMOS-CHAVE E DESCRIÇÕES RELACIONADAS COM O EFEITO 3:

- **A família, comunidade e as estruturas sociais** (por vezes visto como “sistemas”) podem ser formais ou informais. Asseguram um ambiente promotor da coesão social e da construção de confiança, para que os indivíduos possam ser apoiados numa rede social mais alargada. Os apoios sociais, comunitários e familiares permitem aos indivíduos uma aprendizagem e adaptação contínuas, no sentido de alcançar os diferentes marcos do seu desenvolvimento. Isto é especialmente relevante para crianças e adolescentes, mas também se aplica a adultos que tenham de se adaptar a alterações nas suas circunstâncias de vida ou para tirar partido de novas oportunidades. Exemplos destas estruturas incluem (sem limitação) os sistemas de localização e reunificação de famílias, estruturas de educação formal, sistemas religiosos ou espirituais, práticas tradicionais da comunidade, estruturas de saúde, instituições ou estruturas informais, como grupos femininos, organizações/clubes infantis ou juvenis ou grupos de defesa.

- **Desenvolvimento**, no sentido em que diz respeito ao desenvolvimento humano, pode ser descrito como tendo duas dimensões¹⁴: (1) melhoria direta das capacidades humanas, para assegurar uma vida longa e saudável, conhecimento e um padrão de vida satisfatório e (2) criação de condições que permitam às pessoas participar na vida política e da comunidade, trabalhar em prol da sustentabilidade ambiental e sentir segurança humana, respeito pelos seus direitos e igualdade de género. O desenvolvimento humano ocorre ao longo de todo o ciclo da vida. Como tal, relaciona-se com qualquer grupo etário, no alcance dos marcos de desenvolvimento adequados a cada faixa etária e no trabalho realizado para ajudar as pessoas, individual ou coletivamente, a expandir as suas escolhas de vida, as suas oportunidades e o seu potencial para usufruírem de uma oportunidade razoável de viver vidas produtivas e criativas.

- **“Todos os membros”** diz respeito ao facto de estas estruturas deverem ser inclusivas para todos os membros da comunidade (ou seja, indivíduos de qualquer idade ou sexo, nível escolar, estado de saúde, incapacidade, enquadramento familiar, afiliação com qualquer grupo religioso ou étnico/social, entre outros).

Mulheres que participam numa sessão de bordados organizada por um colaborador da Organização Internacional para as Migrações num campo de deslocados.



Muse Mohammed, ©IOM, 2016, Nigéria

INDICADORES DO EFEITO 3:

- O3.1: Número de crianças reunificadas com membros da sua família ou em outras modalidades de cuidados adequadas, em conformidade com as suas necessidades específicas e no seu melhor interesse.
- O3.2: Extensão dos conhecimentos sobre parentalidade e desenvolvimento das crianças e competências entre os cuidadores

- O3.3: Qualidade das interações entre cuidadores e crianças
- O3.4: Nível de conectividade ou coesão familiar*
- O3.5: Nível de capital social, tanto cognitivo (nível de confiança e reciprocidade no seio de comunidades) como estrutural (filiação e participação em redes sociais e/ou grupos civis ou da comunidade)
- O3.6: Percentagem de comunidades alvo (como aldeias ou bairros) em que foram tomadas medidas para identificar, ativar ou reforçar os recursos locais que apoiam o bem-estar psicossocial e o desenvolvimento
- O3.7: Percentagem das comunidades alvo em que foram organizados os rituais da comunidade para os mortos
- O3.8: Percentagem de estruturas sociais formais e informais que incluem atividades ou apoios psicossociais ou de saúde mental específicos
- O3.9: Número de pessoas afetadas que utilizam diferentes estruturas sociais formais e informais (como escolas ou educação informal para crianças de todas as idades, cuidados de saúde, serviços sociais, programas de desenvolvimento de primeira infância, grupos femininos e clubes de jovens)
- O3.10: Número de pessoas em grupos de risco envolvidos em oportunidades de subsistência
- O3.11: Número de crianças com oportunidades para participar na aprendizagem e no desenvolvimento de competências socioemocionais adequadas

* Embora não exista um vasto entendimento consensual da coesão social, as definições atuais focam-se em noções como a sensação de pertença, participação, nível de ligação ao grupo e partilha (igualitária) em efeitos sociais e económicos. (Cook, Philip, Marisa O. Ensor and Natasha Blanchet-Cohen, Participatory Action Research on Community Mechanisms Linking Child Protection with Social Cohesion: Interim report, Burundi/Chad, International Institute for Child Rights and Development (IICRD), 2015).

EFEITO 4.

As comunidades e famílias apoiam as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental

Relacionado com os efeitos incluídos nas listas de ação das diretrizes do IASC: 5.2, 5.3, 5.4, 6.3, 6.4, 6.5.

Fundamento: os apoios comunitários e familiares podem ajudar os indivíduos ou grupos com problemas psicossociais e de saúde mental. Geralmente, estes correspondem às primeiras medidas de apoio a que as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental têm acesso. As famílias e os cuidadores são a mais importante fonte de proteção e bem-estar para as crianças. Este apoio pode ser reforçado, enfraquecido ou até tornar-se disfuncional após uma situação de emergência. A implementação, reestruturação ou reforço destes apoios pode garantir que os indivíduos com problemas psicossociais e de saúde mental podem receber cuidados no seio das suas famílias e comunidades, especialmente nos contextos em que os serviços formais sejam escassos ou limitados.

TERMOS-CHAVE E DESCRIÇÕES RELACIONADAS COM O EFEITO 4:

- **Problemas psicossociais e de saúde mental** podem incluir problemas sociais (como a violência sexual ou a discriminação), distúrbios psicológicos, perturbações mentais, neurológicas ou de consumo de substâncias, incapacidade intelectual ou qualquer combinação destas.
- **A comunidade** inclui membros da comunidade, instituições formais e informais (como escolas, instituições de cuidados de saúde, instituições religiosas, grupos de apoio e serviços locais de cuidados temporários).

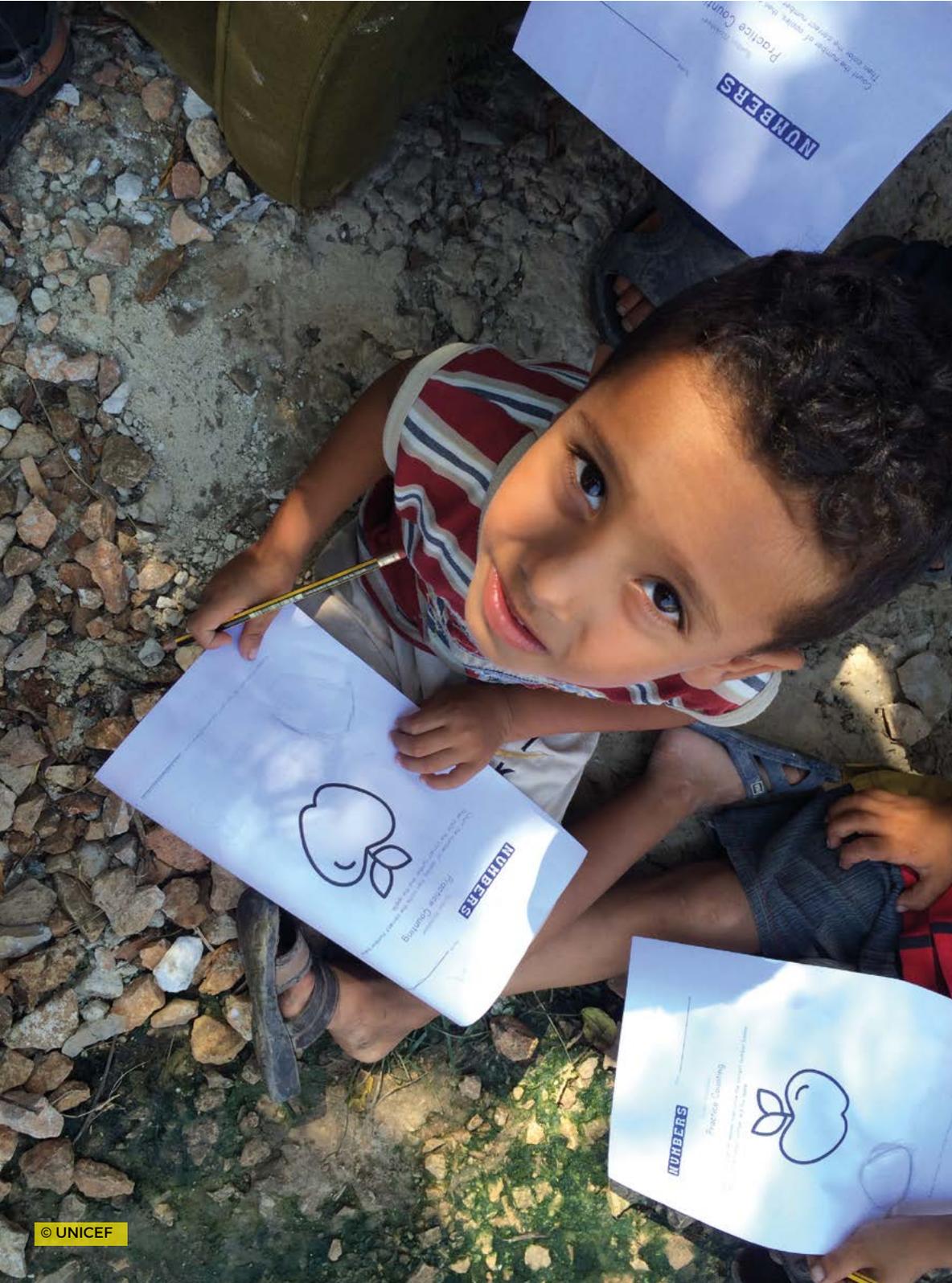
● O apoio na comunidade e na família ocorre quando:

As famílias ajudam a satisfazer as necessidades individuais das pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental (por exemplo, ao responder a distúrbios psicológicos ou na assistência à realização de tarefas desafiantes no dia-a-dia).

Os membros da comunidade fornecem apoio (por exemplo, ao organizar práticas culturais ou de recuperação, ao fornecer emprego e/ou ao encorajar outros a respeitar e a incluí-los – por exemplo, ao prevenir a discriminação ou ao apoiar ativamente a inclusão social).

As instituições da comunidade facilitam o acesso e a inclusão de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental (por exemplo, ao incluir pessoas com doença mental grave em oportunidades de subsistência ou ao incluir crianças com perturbações de desenvolvimento na educação).

O apoio da comunidade e da família procura reduzir o sofrimento através da atenuação do stress, do medo, da insegurança e da discriminação, além de ajudar outros a aumentar os seus contributos funcionais para a comunidade e vida familiar. As comunidades e famílias podem ser mobilizadas ou reforçadas para ajudar indivíduos e grupos desprovidos de redes de apoio, como crianças órfãs ou outros que requeiram proteção especial.



- É importante reconhecer que as comunidades e as famílias podem, elas próprias, contribuir para a criação e a manutenção dos problemas psicossociais e de saúde mental. Podem também limitar o acesso a oportunidades e serviços para pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental. Como tal, poderá ser necessário complementar atividades de SMAPS focadas neste efeito com intervenções adicionais, focadas na comunidade, para apoiar diretamente as pessoas carenciadas.

INDICADORES DO EFEITO 4:

- O4.1: Número de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental que comunicaram ter recebido apoio adequado por parte dos seus familiares
- O4.2: Competências dos cuidadores para lidar com problemas (por exemplo, através de competências de gestão do stress, competências de gestão de conflitos, competências de resolução de problemas, competências parentais, conhecimento acerca de como procurar ajuda ou informações e dos recursos necessários para obter cuidados e apoio)
- O4.3: Nível do capital social dos indivíduos com problemas psicossociais e de saúde mental (tanto a nível cognitivo como estrutural).
- O4.4: Perceções, conhecimento, atitudes (incluindo a estigmatização) e os comportamentos de membros da comunidade, famílias e/ou prestadores de serviços face a pessoas com problemas psicossociais ou de saúde mental

EFEITO 5.

As pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental têm acesso a cuidados especializados adequados.

Relacionado com os efeitos incluídos nas listas de ação das diretrizes do IASC: 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.2.

Fundamento: as pessoas de qualquer idade com problemas psicossociais ou de saúde mental devidamente identificados podem requerer cuidados de saúde especializados, além dos apoios disponíveis a partir da família ou dos recursos da comunidade. Nestes casos, o acesso a cuidados especializados pode ajudar a proteger a saúde mental e o bem-estar, e a potenciar a recuperação das pessoas afetadas.

TERMOS-CHAVE E DESCRIÇÕES RELACIONADAS COM O EFEITO 5:

- **Problemas psicossociais e de saúde mental** podem incluir problemas sociais (como a violência sexual ou a discriminação), distúrbios psicológicos, perturbações mentais, neurológicas ou de consumo de substâncias, incapacidade intelectual ou qualquer combinação destas.
- **Utilização dos cuidados especializados adequados** indica que os cuidados especializados prestados ao indivíduo são acedidos, utilizados e benéficos de uma ou mais formas (por exemplo, ao melhorar a funcionalidade e a capacidade para lidar com situações adversas e ao reduzir os sintomas de perturbações mentais, ao aumentar os apoios sociais, ao reduzir os problemas sociais, entre outros, sem efeitos adversos graves). Para potenciar os benefícios dos cuidados especializados, devem ser fornecidas abordagens e intervenções exequíveis e baseadas em provas para responder às necessidades específicas. Isto pode também implicar que estes cuidados especializados sejam adaptados e relevantes para dar resposta a outras necessidades especiais, como crianças, indivíduos com problemas de desenvolvimento ou de identidade de género, ou pessoas que vivem com outras deficiências ou incapacidades.

● **Cuidados adequados** referem-se à prestação de assistência individual e tratamento específico às necessidades das pessoas visadas, em conformidade com os instrumentos de direitos humanos internacionais.* É sublinhada a importância de que o “acesso aos cuidados adequados” tem de ser inclusivo, disponível, acessível, aceitável e de boa qualidade. O acesso adequado deve ser assegurado pelos responsáveis (como os estados nacionais), mas estes cuidados poderão ser temporariamente assegurados por entidades não estatais (como organizações não governamentais) em contextos de emergência, recuperação e desenvolvimento.

● **Os cuidados especializados** poderão ser prestados por profissionais especializados (como, por exemplo, psiquiatras qualificados, assistentes sociais, psicólogos, etc.), conselheiros leigos/assistentes devidamente formados ou por prestadores de serviços qualificados, mas não necessariamente especializados em cuidados de SMAPS (como, por exemplo, enfermeiros/médicos de clínica geral, assistentes sociais da comunidade e professores). Os cuidados especializados podem variar, desde cuidados baseados na comunidade até serviços hospitalares, passando por apoios informais e formais.**

* Como, por exemplo, o Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966), Comentário Geral N.º 14, bem como a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), Artigo 25, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), Artigo 12, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1990), Artigo 24, e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2008), Artigo 25.

** Por exemplo: (i) as pessoas com problemas sociais poderão ter de aceder a proteção dedicada e serviços sociais, bem como a redes de apoio mais genéricas (por exemplo, grupos recreativos, grupos de mães, etc.) para facilitar a reabilitação e reintegração na vida comunitária, (ii) as pessoas que sentem sofrimento e angústia graves podem necessitar de aceder a apoio psicológico básico, apoio social da família e dos membros da comunidade e de um luto culturalmente adequado, (iii) as pessoas com perturbações mentais podem necessitar de acesso a cuidados de saúde mental e outros serviços/apoios sociais genéricos por parte das pessoas, famílias e comunidades que as rodeiam.

Uma colaboradora da OIM organiza uma sessão de aconselhamento de grupo com mulheres num campo para deslocados.



Muse Mohammed, ©IOM. Nigéria

INDICADORES DO EFEITO 5:

Alguns indicadores no efeito 5 refletem serviços e termos sobrepostos que podem ser utilizados de forma diferente por alguns profissionais (por exemplo, número de pessoas que recebem cuidados psicossociais, intervenções psicológicas e gestão clínica). No entanto, estes foram separados nos indicadores para permitir aos responsáveis pela implementação utilizar a abordagem mais adequada às respetivas intervenções.

- O5.1: Percentagens de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade com colaboradores que receberam formação para identificar perturbações mentais, e para apoiar pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental

- O5.2: Percentagens de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade com colaboradores com supervisão na identificação de perturbações mentais e no apoio a pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- O5.3: Percentagens de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade que têm e aplicam procedimentos para o encaminhamento de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- O5.4: Número de mulheres, homens, raparigas e rapazes que recebem cuidados psicossociais e psicológicos especializados (como primeiros cuidados psicológicos, encaminhamento de pessoas com problemas psicossociais aos recursos e serviços adequados, gestão de casos, aconselhamento psicológico, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas)
- O5.5: Número de mulheres, homens, raparigas e rapazes que recebem gestão clínica de perturbações mentais, neurológicas ou de consumo de substâncias através dos serviços médicos (cuidados de saúde primários, secundários ou terciários)
- O5.6: Número de pessoas em grupos de risco (por exemplo, crianças não acompanhadas ou separadas, crianças associadas a grupos armados, vítimas de violência sexual) que recebem cuidados focados ou especializados (como primeiros cuidados psicológicos, encaminhamento de pessoas com problemas psicossociais aos recursos e serviços adequados, gestão de casos, aconselhamento psicológico, psicoterapia ou outras intervenções de caráter psicológico)
- O5.7: Percentagem de programas de SMAPS disponíveis que oferecem cuidados baseados em evidência que sejam relevantes para a cultura, o contexto e a idade do grupo alvo
- O5.8: Nível de satisfação de pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental e/ou respetivas famílias relativamente aos cuidados recebidos

CAPÍTULO 6

Medição de indicadores através de meios de verificação

Ao utilizar o Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, o primeiro passo é identificar um objetivo abrangente, indicadores de impacto para medir o progresso face a esse objetivo, os efeitos pretendidos e os indicadores de efeito associados. O passo seguinte é determinar de que forma será medido o impacto e/ou os indicadores de efeito. Os meios de verificação (MdV) identificam ferramentas (como inquéritos, questionários, debates de grupos focais e relatórios do projeto) que explicam como os indicadores serão medidos. Os meios de verificação podem ser ferramentas específicas ou apenas informação que é necessário recolher para comparação com os indicadores relevantes. Estes indicadores podem ser quantitativos e/ou qualitativos. É possível que alguns indicadores requeiram mais do que um meio de verificação, dependendo do que está a ser medido e de como esta medição é efetuada.

GARANTIR QUE AS FERRAMENTAS DE VERIFICAÇÃO SÃO ADEQUADAS

Atualmente, as ferramentas dos meios de verificação que podem ser implementadas para medir os indicadores sugeridos neste quadro comum são muito variáveis, não só na sua adequação cultural, mas também nas respetivas propriedades psicométricas (marcadores de validade e fiabilidade). Algumas ferramentas foram alvo de estudos bem documentados e validadas em várias culturas e contextos*. Outras, porém, carecem ainda de adaptação e estudos-piloto em diferentes culturas e contextos, a fim de garantir que são globalmente aceitáveis. Além disso, muitas ferramentas envolvem direitos de autor e outras restrições acerca da forma como podem ser adaptadas e utilizadas. Neste caso, devem ser obtidas as permissões relevantes junto dos proprietários dos direitos de autor, caso as organizações individuais pretendam utilizar ou adaptar estas ferramentas de medição.

Por estes motivos, o quadro comum, por agora, não faz recomendações específicas relativamente às ferramentas dos meios de verificação a utilizar para os indicadores incluídos nesta publicação. Ainda assim, ao decidir quais os meios de verificação a utilizar, seguem-se algumas considerações importantes. No entanto, estas foram separadas nos indicadores para permitir aos responsáveis pela implementação utilizar a abordagem mais adequada às respetivas intervenções.

- A ferramenta do meio de verificação é adequada à idade, sensível a questões de género e relevante para o público?
- A ferramenta mede especificamente o indicador de interesse?
- Qual é a validade e a fiabilidade da ferramenta no contexto específico ou em contextos sociais e culturais similares (tendo em conta o facto de que as adaptações de idioma podem alterar a validade e/ou a fiabilidade da ferramenta)? Se estes fatores não forem conhecidos, é importante determinar se o projeto poderá necessitar destes processos de validação como parte da medição e das práticas de monitorização e avaliação.
- Existem requisitos de direitos de autor e/ou autorização por parte dos proprietários das ferramentas?
- A ferramenta fornece algum tipo de informação quantitativa ou qualitativa na sua essência, ou ambas?
- A utilização da ferramenta requer a participação dos beneficiários do projeto, em particular as crianças, o que poderá aumentar o valor do processo de monitorização e avaliação para os participantes?

* Como, por exemplo, o Calendário de Avaliação de Deficiência da Organização Mundial de Saúde – conhecido como WHO-DAS – o qual é utilizado para medir a capacidade funcional de um indivíduo ou o Questionário de Saúde do Paciente-9, utilizado para medir a depressão.

- A utilização da ferramenta requer o tempo, esforço e a participação dos participantes no projeto? Por exemplo, é necessário realizar um inquérito ou debate de grupo focal, caso a informação esteja disponível a partir de fontes secundárias, como a documentação do projeto? Além disso, a utilização da ferramenta poderia criar um fardo desnecessário desses participantes? (Tenha em conta que os participantes podem não pretender passar demasiado tempo a responder a inquéritos ou questionários, tal como podem não ter disponibilidade para entrevistas.)
- De que forma serão comunicados, documentados e partilhados os resultados recolhidos a partir das ferramentas dos meios de verificação, para que todos os participantes os recebam e compreendam? Por outras palavras, como poderá garantir que quaisquer análises de dados quantitativos são comunicadas em termos laicos às comunidades envolvidas?

POR QUE MOTIVO É IMPORTANTE DESAGREGAR OS DADOS?

Ao recolher informações para medir os resultados face a um objetivo e/ou efeito, é importante que os dados incluam os grupos específicos com necessidades especiais ou cuja resposta às intervenções possa variar. Como tal, quaisquer indicadores medidos têm de recolher dados que são desagregados, incluindo, sem limitação, as diferenças de género e as diferentes faixas etárias, incluindo faixas etárias para crianças e adultos. Dependendo do contexto ou do programa implementado, poderá também ser necessário desagregar os dados por etnia, estado de identidade (por exemplo, refugiado vs país de acolhimento), incapacidade/deficiência, educação, etc.



CAPÍTULO 7

Sugestões práticas para a utilização do quadro comum

Cada programa de SMAPS é único. A forma como os programas são implementados irá depender do contexto, das necessidades avaliadas, da experiência e da capacidade da organização ou dos parceiros de implementação e dos recursos locais, bem como da capacidade, da calendarização, do orçamento e várias outras considerações. NÃO é expectável que um programa de SMAPS utilize todos os efeitos ou indicadores deste quadro comum. Ainda assim, espera-se que a maioria dos programas de SMAPS em emergências humanitárias ou conceções de monitorização e avaliação incluam **pelo menos UM indicador de impacto de objetivo do quadro comum e, pelo menos, UM indicador de efeito do quadro comum.**



© IFRC

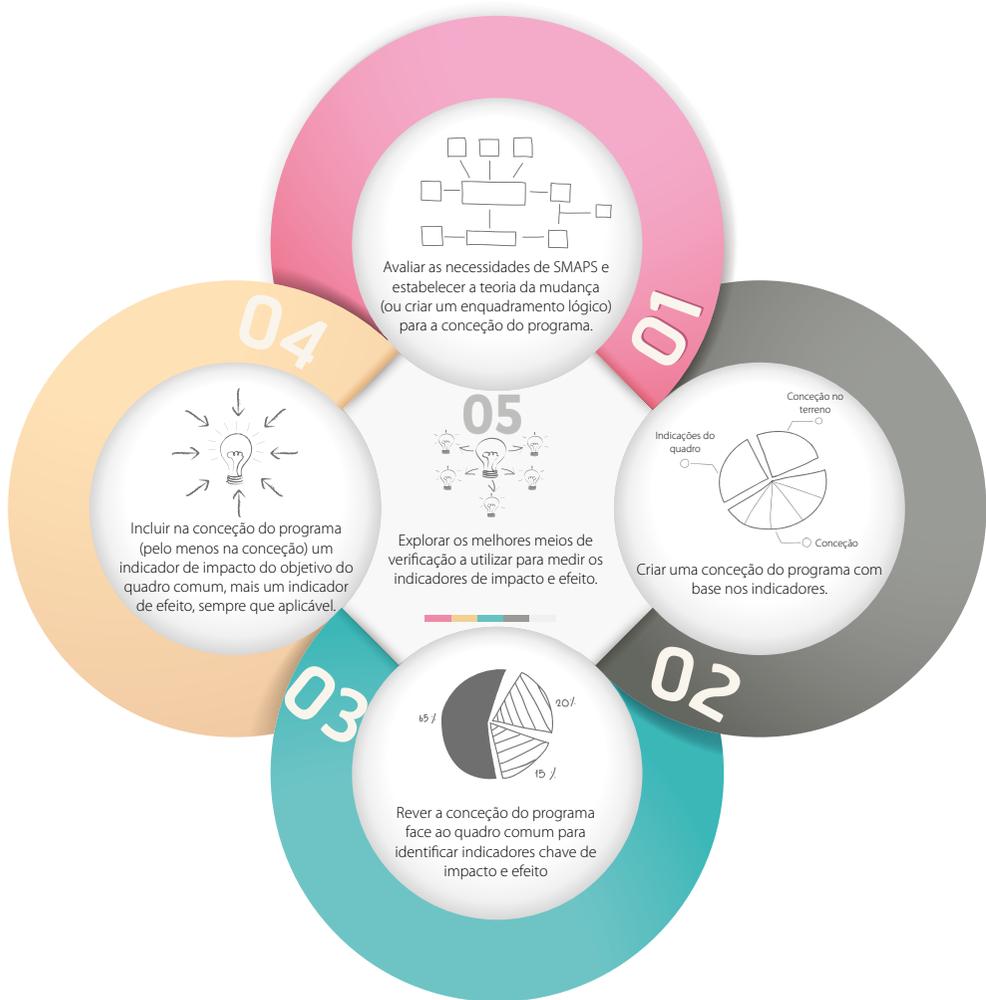
UM PROCESSO DE CINCO PASSOS

Em linha com os esforços de coordenação de emergência (por exemplo, grupos de trabalho de SMAPS em emergências humanitárias), o processo que se segue pode ser iniciado para incluir indicadores deste quadro comum de monitorização e avaliação (consulte a Figura 3):

1. As avaliações de SMAPS decorrem tal como habitualmente. A conceção de um programa de SMAPS é iniciada para responder às necessidades avaliadas.
2. Cada organização considera os efeitos e resultados do seu próprio programa em relação à conceção do programa. Cada organização tem em consideração a forma como o seu projeto irá contribuir para o objetivo à luz do quadro comum.
3. Durante a fase de conceção, os profissionais/responsáveis pela implementação são encorajados a rever o quadro comum para confirmar o respetivo alinhamento com as suas próprias intervenções propostas.
4. Os programas retiram (pelo menos) um indicador de impacto do objetivo e um indicador de efeito do quadro comum. Os programas também incluirão indicadores de resultado únicos na conceção do programa.
5. São explorados os possíveis meios de verificação a utilizar para medir os indicadores de impacto e efeito, os quais poderão constituir medidas utilizadas anteriormente pela sua própria organização ou por outras organizações.

FIGURA 3

Fluxograma que ilustra a forma como as concepções e os planos de monitorização e avaliação de programas de SMAPS individuais podem incluir aspetos do quadro comum



A ideia básica por detrás do quadro comum é a de que este pode ser utilizado da forma que melhor se “ajustar” ao objetivo, aos efeitos e aos resultados pretendidos dos vários programas de SMAPS. O quadro foi concebido para ser suficientemente abrangente de forma a manter-se relevante para a maioria das iniciativas de SMAPS que são habitualmente implementadas em cenários de emergência humanitária. No entanto, isto também significa que alguns indicadores ou efeitos no quadro comum podem estar relacionados a um amplo conjunto de atividades ou programas. Por exemplo: uma intervenção que encoraja as famílias a cuidar melhor dos membros do agregado familiar com perturbações mentais pode estar relacionada com o efeito 2 (As pessoas estão seguras e protegidas, e as violações dos direitos humanos são tratadas), uma vez que o objetivo do projeto é manter as pessoas com perturbações mentais seguras e garantir que os seus direitos à proteção e tratamento são respeitados. No entanto, o mesmo projeto poderá também estar relacionado com o efeito 4 (As comunidades e famílias apoiam as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental), uma vez que as atividades do projeto podem estar associadas à capacitação das famílias com o conhecimento e os recursos necessários para dar mais apoio aos membros da família com perturbações mentais.

Em última análise, o profissional responsável pela concepção do programa tem liberdade para fazer corresponder os efeitos mais adequados aos indicadores respetivos do quadro comum. A orientação para tal poderá advir da concepção do programa de SMAPS do próprio profissional, das atividades do programa, da descrição dos efeitos fornecida nesta publicação ou das listas de ação das Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias.

Para prestar assistência adicional às organizações na utilização do quadro comum, os anexos 2 a 5 descrevem possíveis cenários reais para quatro intervenções de SMAPS habitualmente utilizadas em cenários de emergência humanitária. Estes cenários ajudam a demonstrar como estes tipos de intervenções e as concepções habituais de programas de SMAPS podem ser associadas ao quadro comum e integradas no mesmo. Embora estes cenários sejam versões abreviadas de programas, espera-se que forneçam orientações adicionais aos criadores de programas de SMAPS e planeadores de monitorização e avaliação que procuram incorporar pelo menos um indicador de objetivo e um indicador de efeito do quadro comum.

CAPÍTULO 8

Considerações éticas a ter em conta na monitorização e avaliação

Os princípios éticos ajudam a determinar aquilo que poderá ser benéfico ou prejudicial. A aplicação de princípios éticos a todos os aspetos da monitorização e avaliação é importante para prevenir práticas potencialmente arriscadas ou inadequadas e para garantir a segurança das pessoas visadas. A investigação – muitas vezes descrita como a recolha e análise sistemática de dados – abrange muitos aspetos do trabalho de monitorização e avaliação. Quer seja designada investigação ou monitorização e avaliação, ambas as abordagens envolvem a recolha e a análise de dados, e provavelmente incluem o envolvimento direto ou indireto com indivíduos ao longo de todo o processo. Por este motivo, a monitorização e avaliação tem sempre de envolver a examinação de considerações éticas específicas para garantir que as atividades relacionadas não são prejudiciais para as pessoas envolvidas.

Neste sentido, o Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial publicou as *Recomendações para a Realização de Investigação Ética em Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências*. Estas recomendações abrangem seis importantes áreas de investigação: (1) finalidade e benefícios, (2) análise das questões éticas, (3) participação, (4) segurança, (5) neutralidade e (6) conceção. Como parte integrante destas seis áreas, existem subcomponentes (consulte a Figura 4) que formam um quadro para realizar a recolha de dados em cenários de emergências humanitárias. Todas estas áreas devem estar alinhadas com outras considerações éticas, em conformidade com as recomendações do IASC.

FIGURA 4

Seis áreas-chave abrangidas pelas *Recomendações para a Realização de Investigação Ética em Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências (em inglês)*⁵



CAPÍTULO 9

Partilha de resultados e lições aprendidas

Tem sido reconhecido que a falta de um quadro comum de monitorização e avaliação para o trabalho de SMAPS em cenários de emergência humanitária levou a importantes variações ao nível dos objetivos, efeitos e indicadores utilizados pelas organizações para medir a eficácia do seu trabalho. Consequentemente, isto tem vindo a causar dificuldades no momento de demonstrar o valor ou impacto de programas de SMAPS em cenários de emergência humanitária. No entanto, mesmo que as organizações utilizem este quadro comum de monitorização e avaliação, é essencial que os resultados sejam partilhados e amplamente difundidos, para que outros possam beneficiar das lições aprendidas. Com o tempo, os dados resultantes poderão ser utilizados para criar um conjunto de provas para corroborar e defender os recursos de SMAPS. Assim, ao utilizar este quadro comum, as organizações são encorajadas a partilhar os seus resultados, os desafios encontrados e as lições aprendidas, independentemente de o impacto ter sido positivo. É igualmente essencial saber o que não funcionou, de modo a evitar repetir os mesmos erros no futuro.

Qualquer programa de SMAPS deve incluir documentação de monitorização e avaliação, em algum tipo de formato, como parte de uma prática de programação responsável e ética. Existem vários métodos, formais e informais, para documentar os resultados, incluindo os modelos de relatórios padrão das organizações ou dos financiadores, as notas do projeto, os relatórios publicados, fichas técnicas de uma página ou artigos de jornais e revistas com revisão por pares (de acesso público). Dependendo de como os resultados são documentados, existem também vários métodos formais e informais para os partilhar. Por exemplo, os resultados podem ser publicados no website www.MHPSS.net, partilhados com outras entidades no setor através de reuniões de SMAPS, grupos de coordenação ao nível do país ou conferências, ou publicados como relatórios ou artigos.

O objetivo último é garantir que a maioria - senão mesmo todas - das organizações que implementam atividades de SMAPS em cenários de emergência humanitária estão a analisar e a medir os resultados partilhados, os quais podem acabar por integrar as revisões da literatura que fazem avançar o estado coletivo do conhecimento nesta área.

CONCLUSÃO

O trabalho na área de SMAPS em cenários de emergência humanitária está em expansão. As Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias são amplamente utilizadas para orientar esse trabalho. Os esforços para determinar os melhores impactos possíveis das abordagens de SMAPS também têm vindo a crescer, mas os intervenientes globais no campo de SMAPS não tinham até agora acesso a um quadro comum de monitorização e avaliação com base no qual poderiam reportar o seu trabalho de uma forma uniformizada. Através de consultas académicas, de peritos e de trabalho no terreno - sustentados pelos seis princípios fundamentais das Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias - o quadro comum de monitorização e avaliação descrito nesta publicação oferece uma declaração de objetivo, cinco efeitos e ainda uma seleção de indicadores. Pretende-se que este quadro ajude as organizações na utilização de pelo menos uma (ou mais) destas medidas, de uma forma ética, como parte dos seus esforços para alcançar o bem-estar mental e psicossocial.



VALORIZAMOS O SEU FEEDBACK

O Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias é o primeiro documento do seu tipo, com o objetivo de estabelecer um conjunto de orientações para abordagens de monitorização e avaliação alinhadas com as *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*. Após utilização e testes adicionais no terreno, espera-se que surjam importantes novas lições. Quaisquer comentários sobre a forma como esta publicação foi útil, ou sugestões sobre possíveis melhorias, serão incrivelmente benéficos para futuras revisões. Envie o seu feedback para o Grupo de Referência do IASC para SMAPS, através do endereço:

mhps.refgroup@gmail.com.

REFERÊNCIAS

1 Comité Permanente Interagências, *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*, IASC, Genebra, 2007.

2 Tol, W. A., et al., 'Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings', *PLoS Medicine*, vol. 8, no. 9, 2011, e1001096.

3 Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of Mental Health, 'Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 1: Review of common practices in monitoring and evaluation of MHPSS in emergencies', Relatório não publicado, 2014.

4 Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of Mental Health, 'Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 2: Selection of indicators and means of verification', Relatório não publicado, 2015.

5 Charities Evaluation Services, 'About Monitoring and Evaluation', The National Council for Voluntary Organisations, London, <www.ces-vol.org.uk/about-performance-improvement/about-monitoring-evaluation.html>, acessado a 19 de outubro de 2015.

6 Phillips, C., 'What is Cost-Effectiveness?', Second edition in the What is...? series on health economics, Hayward Medical Communications, a division of Hayward Group Ltd., UK, 2009, <www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/Cost-effect.pdf>, acessado a 16 de fevereiro de 2016.

7 United Nations Development Group, UNDG Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level, UNDG, New York, 2011, <<https://undg.org/home/guidance-policies/country-programming-principles/results-based-management-rbm/>>, acessado a 29 de outubro de 2015.

8 Kleinman, A., V. Das, and M. Lock, eds., *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley, 1997.

9 Oxford Dictionaries, Definition of 'suffering', <www.oxforddictionaries.com/definition/english/suffering>, acessado a 9 de março de 2016.

10 Organização Mundial de Saúde, 'Mental Health: Strengthening our response', Fact sheet, WHO, Geneva, atualizado em 2016, <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>, acessado a 24 de abril de 2016.

11 The Sphere Project, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 2011 edition, eBook, Practical Action Publishing, UK, 2011.

12 Diener, E., 'Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being', *Journal of Happiness Studies*, vol. 7, no. 4, November 2006, pp. 397-404

13 Minnesota Department of Health, *Social Connectedness. Evaluating the Healthy People 2020 Framework: The Minnesota Project*, July 2010, p. 13.

14 United Nations Development Programme, 'What is Human Development?', UNDP, New York, 2015, <<http://hdr.undp.org/en/content/what-human-development>>, acessado a 20 de outubro de 2015.

15 Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, *Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings*, IASC, Geneva, 2014.

Anexo 1

Revisões acadêmicas que suportam o desenvolvimento do quadro comum

INTRODUÇÃO

A Johns Hopkins University realizou duas revisões para ajudar a orientar o desenvolvimento do Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Primeiro, foram revistos os enquadramentos lógicos (quadros lógicos) e documentos da “teoria de mudança”. Em segundo lugar, foi revista a literatura acadêmica, para identificar as estratégias mais frequentemente aplicadas e utilizadas para monitorizar e avaliar intervenções de SMAPS em cenários de emergência humanitária em países de baixo e médio rendimento. Os resultados da primeira fase do processo de revisão revelaram sobreposições significativas nos objetivos e efeitos do projeto, bem como alguma confusão relacionada com as definições de objetivos e finalidades dos programas e da investigação de SMAPS. Além disso, embora a maioria dos relatórios de projetos de implementação de SMAPS se focassem em conceitos mais alargados de SMAPS (como descrições de apoio psicossocial genérico, provisão de informações e fortalecimento de apoios da comunidade e família), a revisão concluiu que a investigação continua demasiado focada nas intervenções clínicas individuais e na formação para alcançar esses objetivos. Os resultados da primeira fase da revisão confirmaram que um quadro comum de monitorização e avaliação, baseado nas Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, poderia ser muito benéfico para melhorar a capacidade dos responsáveis pelas implementações de SMAPS em alinhar os respetivos planos de trabalho com um objetivo e um conjunto de efeitos comuns. A segunda fase da revisão focou-se na identificação de potenciais indicadores para o quadro.

MÉTODOS

Os quadros lógicos e os documentos da teoria de mudança foram recolhidos junto de organizações-membro do Grupo de Referência do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial e incluíam várias disciplinas em que o trabalho de SMAPS é implementado.

Todos os quadros lógicos, documentos da teoria de mudança, localizações geográficas, agências, indivíduos, entidades financiadoras e detalhes de orçamento foram tornados anónimos antes da extração dos dados desses documentos. Foram efetuadas pesquisas nas bases de dados regionais Embase, PILOTS, PsycInfo, PubMed/MEDLINE e WHO para obter estudos com revisão por pares. A pesquisa na literatura acadêmica foi limitada aos artigos com revisão por pares que continham descrições de monitorização e avaliação para SMAPS em cenários de emergência humanitária em países de baixo e médio rendimento. Foram utilizadas estratégias indutivas e dedutivas na análise. Os conceitos de saúde mental e apoio psicossocial foram agrupados de raiz, utilizando a estratégia indutiva para a análise temática do conteúdo. A estratégia dedutiva foi utilizada para, em primeiro lugar, mapear os dados e, depois, agrupar os temas de acordo com o objetivo e os efeitos delineados pelo Grupo de Referência do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial. As diferenças sistemáticas no mapeamento e as lacunas na versão atual do quadro foram identificadas, com base no desenvolvimento indutivo dos temas.

RESULTADOS

Com base na análise dedutiva, a distribuição do mapeamento da informação extraída dos quadros lógicos e artigos do objetivo, dos efeitos e dos indicadores da versão preliminar do quadro comum está descrita nas Figuras 5 e 6, respetivamente. Entre os quadros lógicos e artigos com revisão de pares, foram identificados **seis temas distintos** utilizando a análise indutiva ao nível do objetivo e do efeito:

1. Aumentar a resistência, promover o bem-estar social e prevenir os problemas psicossociais e de saúde mental. A ideia global por detrás deste tema é a de que os programas se esforçam por apoiar ou melhorar a resistência individual e o bem-estar.
2. O objetivo de reduzir as incidências de doença mental e sintomas psicossociais, bem como perturbações ao nível do funcionamento, através da prestação de cuidados.
3. Capacitação para identificar, intervir em e monitorizar os problemas de SMAPS. Embora este tema possa estar implícito no objetivo global delineado para o quadro, não foi refletido diretamente nos efeitos, revelando assim uma potencial lacuna na versão preliminar do quadro (uma vez que muitos quadros lógicos e artigos mencionavam isto explicitamente como um objetivo).
4. O objetivo de promover o desenvolvimento humano ideal dentro dos sistemas sociais existentes. Este tema diferia do segundo tema no sentido em que os programas se esforçavam especificamente para apoiar ou melhorar as estruturas e os sistemas ao nível da comunidade que, por sua vez, acabariam por promover o desenvolvimento individual saudável e a melhoria da qualidade de vida, incluindo a saúde física e o desenvolvimento social e económico.
5. Objetivos ao nível macro que procuravam construir a paz entre grupos após um conflito e resolver os problemas estruturais existentes nas sociedades. 6. Objetivos que dizem respeito à proteção dos grupos vulneráveis, como as mulheres, as crianças, os idosos e as pessoas portadoras de deficiência.

CONCLUSÕES

Em termos gerais, as revisões indicaram que a versão preliminar do quadro comum podia ser genericamente aplicada a programas existentes e a literatura com revisão por pares, mas que a definição inequívoca de objetivos e efeitos seria essencial para essa aplicação. As revisões também determinaram que, embora existissem meios de verificação psicometricamente adequados publicados na literatura revista, estes não eram frequentemente aplicados a quadros lógicos ou teorias de mudança utilizados na programação.

FIGURA 5
Frequências de mapeamento de efeitos do quadro comum de monitorização e avaliação para quadros lógicos

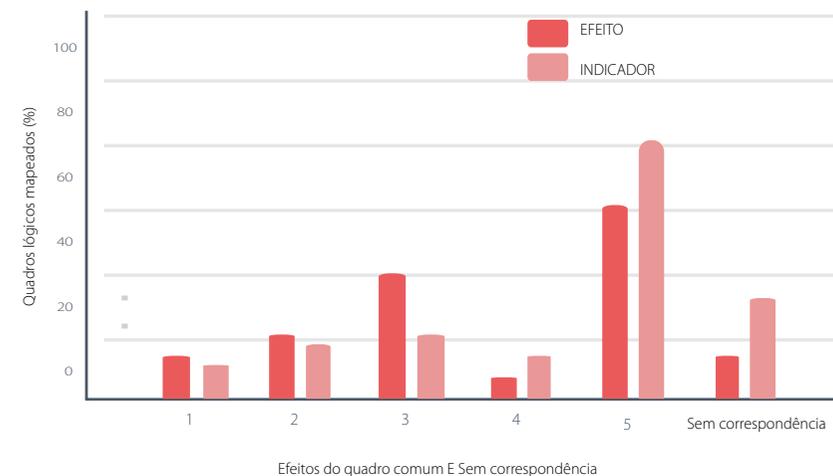
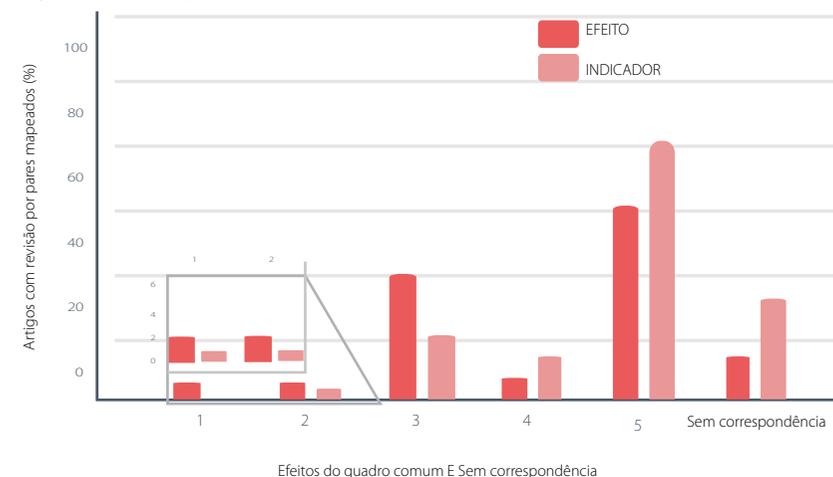


FIGURA 6
Frequências de mapeamento de efeitos do quadro comum de monitorização e avaliação para artigos e capítulos de livros com revisão por pares



Notas sobre os anexos 2, 3, 4 e 5

Os anexos que se seguem fornecem quadros lógicos exemplificativos para diferentes tipos de respostas de SMAPS em cenários de emergência. Os quadros lógicos não são exemplos abrangentes ou técnicos de programas de SMAPS. Da mesma forma, não se destinam a ser instrutivos ou ilustrativos da forma como os programas de SMAPS devem ser concebidos. No entanto, estes anexos destinam-se a fornecer um exemplo resumido da forma como os aspetos no quadro comum de monitorização e avaliação podem ser incorporados numa conceção de programas mais abrangente e específica de uma organização.

As descrições do contexto e programa focam-se em cenários comuns de emergências humanitárias e os tipos de objetivos, efeitos e resultados geralmente incluídos nestes programas. Com base no contexto, nas necessidades e nas prioridades avaliadas da organização, uma conceção do programa foi preparada e inclui o seguinte:

- Para os objetivos do programa, pelo menos um indicador de impacto do objetivo (Gi) foi selecionado no quadro comum e incluído como uma ferramenta de medição.
- Para os efeitos do programa, pelo menos um efeito mais um ou mais indicadores de efeito (O) foram selecionados no quadro comum e incluídos como ferramentas de medição.
- Os exemplos de resultados demonstram os tipos de atividades que podem levar à consecução dos efeitos e, em última análise, do objetivo.

É importante observar que as declarações de objetivo e efeito, e até mesmo os indicadores, nem sempre são formulados de forma idêntica à sua designação no quadro comum. Em vez disso, foram utilizadas palavras-chave do quadro comum para reforçar a relevância do objetivo, efeito ou indicador para o programa específico da organização. No entanto, o significado do que está a ser abordado e medido permanece o mesmo. Isto demonstra a flexibilidade do quadro comum para organizações individuais e os seus programas únicos. Além disso, é importante realçar que o quadro comum não abrange todos os objetivos, efeitos e indicadores.

Para ajudar a compreender os pontos de interligação dos objetivos, efeitos e indicadores nestes quadros lógicos com o quadro comum, foram adicionados números de referência específicos para orientar o leitor.

Anexo 2

Exemplo de quadro para o fornecimento de bens de emergência numa resposta a um terramoto

Contexto e descrição do programa: um terramoto atingiu a capital, deixando centenas de milhares de pessoas sem casa ou sem acesso aos serviços básicos. A sua organização implementou uma resposta de emergência para ajudar as famílias a satisfazer as suas necessidades imediatas, incluindo o abrigo temporário e a distribuição de kits familiares com géneros não alimentícios. **É necessário integrar aspetos psicossociais** no trabalho de ajuda humanitária inicial, garantindo que os princípios fundamentais das *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial* são cumpridos e que as pessoas visadas recebem ajuda de uma forma digna e segura.

Quadro lógico de exemplo (resumido):

Objetivo do programa: as famílias afetadas pelo terramoto sentem-se seguras, têm acesso a bens de emergência e sentem-se preparadas para lidar com a recuperação de emergência

Indicadores

Percentagem das pessoas afetadas com acesso a abrigo e a géneros não alimentícios; Percentagem de mulheres, homens, raparigas e rapazes que afirmam sentir-se seguros, calmos e capazes de lidar com os problemas [Gi.2]

Meios de verificação

Documentação do projeto
Rápida avaliação pós-distribuição
Entrevistas com informadores chave

Efeito A: o equipamento para necessidades básicas é distribuído a 5000 famílias

5000 tendas utilizadas por famílias carenciadas
5000 kits familiares de géneros não alimentícios utilizados por famílias carenciadas

Resultado A.1: distribuição de 5000 tendas para quatro pessoas

Resultado A.2: distribuição de 5000 kits familiares de géneros não alimentícios

Efeito B: as respostas de emergência não causam dano e são dignificadas, participativas, propriedade da comunidade e social e culturalmente aceitáveis [O1]

Percentagem de colaboradores treinados e a receber orientação sobre as Diretrizes do IASC sobre SMAPS em Emergências Humanitárias [O1.4]
Número de pessoas afetadas que conhece os códigos de conduta dos trabalhadores humanitários e sabe como expor as suas preocupações acerca de possíveis violações [O1.6]
Percentagem das pessoas afetadas que comunicaram que as respostas de emergência (i) estão alinhadas com os valores locais, (ii) são adequadas e (iii) são prestadas com respeito [O1.1]

Registos de formação do projeto
Registos de distribuição
Rápida avaliação pós-distribuição
Entrevistas com informadores chave

Resultado B.1: Os trabalhadores humanitários da resposta de emergência são informados acerca das *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*, através de listas de ações relevantes aos seus setores

Resultado B.2: mulheres, homens, raparigas e rapazes são consultados para identificar os itens mais importantes para incluir em kits de géneros não alimentícios

Resultado B.3: os folhetos (incluindo informações organizacionais, listas de direitos dos beneficiários e uma descrição dos mecanismos de queixas e reclamações) são concebidos, impressos e incluídos nos kits de distribuição

Anexo 3

Exemplo de quadro para um programa de proteção e apoio a mulheres vítimas ou em risco de violência sexual

Contexto e descrição do programa: um conflito dura já há vários anos e a maioria das mulheres denunciou casos de violência sexual, no passado e no presente. Isto fez com que as mulheres se sintam inseguras e incapazes de se movimentar na comunidade. Além disso, muitas mulheres sofrem com sintomas de depressão, ao ponto de não conseguirem realizar as suas atividades do dia-a-dia. Em colaboração com uma agência local de serviços sociais, a sua organização estabelece um programa para responder às necessidades das mulheres afetadas por ou em risco de violência sexual na comunidade Zal.

Quadro lógico de exemplo (resumido):

Objetivo do programa: reduzir o sofrimento e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial [C] entre as mulheres da comunidade Zal

Indicadores

Percentagem das mulheres Zal que se sentem seguras na sua comunidade [O2.6]
Percentagem das mulheres Zal que utilizam os serviços de saúde mental e apoio psicossocial com melhorias no seu funcionamento no dia-a-dia [Gi.1]
Número de episódios de violência sexual denunciados em Zal

Meios de verificação

Calendário de Avaliação de Deficiência da OMS
Inquérito às mulheres da comunidade relativamente ao bem-estar subjetivo e à segurança
Documentação das autoridades locais

Efeito A: as mulheres estão seguras, protegidas [O2] e capazes de se movimentar na sua comunidade

Percentagem de mulheres que, após a formação, utilizam as novas competências e o conhecimento adquirido para a prevenção dos riscos e para encaminhamento [O2.4]
Percentagem das mulheres Zal que se sentem seguras na sua comunidade [O2.6]

Registos de formação do projeto
Inquérito às mulheres da comunidade relativamente ao bem-estar subjetivo e à segurança

Resultado A.1: os professores ministram os módulos de educação de literacia e numeracia

Resultado A.2: os módulos participativos de competências de vida são implementados junto das crianças

Resultado A.3: os professores recebem formação para proporcionar um ambiente de aprendizagem que promova a interação social e o apoio psicossocial para as crianças

Efeito B: os assistentes sociais da comunidade fornecem terapia interpessoal às mulheres com depressão [O5]

Número de mulheres Zal que recebem terapia interpessoal [O5.4]
Percentagem de mulheres Zal a receber terapia interpessoal que relatam uma melhoria no seu funcionamento quotidiano e uma redução dos sintomas de depressão [Gi.1; Gi.3]
Os profissionais laicos que fornecem intervenções de terapia interpessoal relatam estar satisfeitos com o apoio da supervisão

Registos de cliente
Calendário de Avaliação de Deficiência da OMS
Dados semanais sobre depressão recolhidos no início das sessões de terapia interpessoal
Debates de grupo focal com os profissionais laicos

Resultado B.1: trinta profissionais laicos de 10 serviços sociais da comunidade recebem formação em terapia interpessoal

Resultado B.2: os profissionais laicos fornecem terapia interpessoal

Resultado B.3: os profissionais laicos responsáveis pela terapia interpessoal participam na supervisão em grupo semanal

Anexo 4

Exemplo de quadro para um programa de educação informal de crianças

Contexto e descrição do programa: um número considerável de famílias foi deslocado pela guerra que lavra há mais de três anos e vive agora num campo de refugiados. As crianças não estão autorizadas a ir à escola na comunidade anfitriã. A sua organização coordena um programa de educação informal com as crianças refugiadas para promover a aprendizagem contínua, o apoio psicossocial e as atividades sobre competências de vida.

Quadro lógico de exemplo (resumido):

Objetivo do programa: melhoria do bem-estar psicossocial [C] para as crianças que vivem no campo de refugiados

Indicadores

Melhoria dos sentimentos de conetividade social entre as crianças [Gi.6]
Melhoria do bem-estar subjetivo entre as crianças [Gi.2]
As competências de literacia e numeracia das crianças melhoram pelo menos dois níveis ao longo do programa

Meios de verificação

Medição da conetividade social das crianças
Registos da educação
Monitorização de indicadores desenvolvidos pelas crianças

Efeito A: as crianças que participam no programa melhoram a sua literacia, numeracia e as suas capacidades de resolução de problemas [O3]

Aumento das competências de literacia
Aumento das competências de numeracia
Capacidade de as crianças lidarem com problemas psicossociais [Gi.4]

Registos da educação
Avaliação qualitativa das crianças

Resultado A.1: os professores ministram os módulos de educação de literacia e numeracia

Resultado A.2: os módulos participativos de competências de vida são implementados junto das crianças

Resultado A.3: os professores recebem formação para proporcionar um ambiente de aprendizagem que promova a interação social e o apoio psicossocial para as crianças

Efeito B: as crianças com necessidades específicas de proteção e saúde mental são encaminhadas para cuidados especializados

Aumento do conhecimento dos professores quanto aos procedimentos para o encaminhamento de crianças com necessidades específicas de proteção e saúde mental
Número de crianças encaminhadas para serviços especializados [O5.6]

Registos da educação

Resultado B.1: as redes, os percursos e os processos de encaminhamento são mapeados e documentados

Resultado B.2: os professores recebem formação sobre códigos de conduta e sobre a identificação e gestão do encaminhamento de crianças sempre que necessário

Anexo 5

Exemplo de quadro para um programa de saúde concebido para tratar pessoas com perturbações mentais em clínicas de cuidados primários de saúde

Contexto e descrição do programa: num esforço para reduzir as lacunas nos cuidados de saúde mental, a sua organização fez uma parceria com o Ministério da Saúde para fornecer formação e apoio aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários na identificação, gestão e tratamento de mulheres, homens, raparigas e rapazes com perturbações mentais. Um componente importante deste trabalho é a educação na comunidade acerca das necessidades de cuidados baseados na comunidade das pessoas com perturbações mentais.

Quadro lógico de exemplo (resumido):

Objetivo do programa: as pessoas com perturbações mentais sentem uma melhoria na sua saúde mental e no seu bem-estar psicossocial [C]

Indicadores

Número de indivíduos com perturbações mentais que relatam uma redução nos sintomas [Ci.3]

Número de indivíduos com perturbações mentais que relatam uma melhoria na sua capacidade de funcionamento [Ci.1]

Meios de verificação

Registos das instalações de cuidados de saúde
Registos de pacientes com questionários relevantes

Efeito A: os enfermeiros em instalações de cuidados de saúde primários identificam, gerem e apoiam os indivíduos com perturbações mentais

Percentagem de instalações médicas com colaboradores que receberam formação para identificar perturbações mentais e para apoiar pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental [O5.1]

Número de mulheres, homens, raparigas e rapazes que recebem gestão clínica de perturbações mentais, neurológicas ou de consumo de substâncias através dos serviços de cuidados de saúde primários [O5.5]

Registos do Ministério da Saúde
Registos das instalações de cuidados de saúde
Registos de pacientes

Aumento na disponibilidade e na reposição dos medicamentos essenciais para perturbações mentais

Resultado A.1: os enfermeiros de instalações de cuidados de saúde primários recebem formação e supervisão com base nas diretrizes de intervenção do Programa de Ação GAP de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (mhGAP)

Resultado A.2: o provisionamento de medicamentos psicotrópicos é apoiado

Efeito B: as comunidades e famílias apoiam as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental [O4]

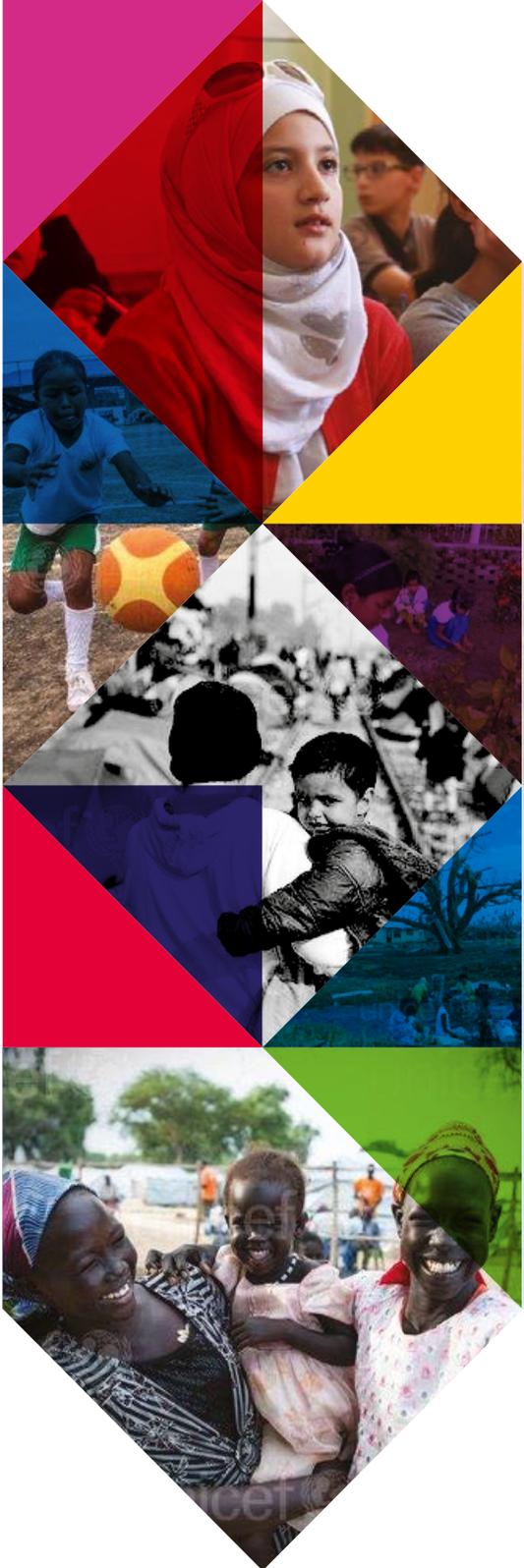
As perceções, o conhecimento, as atitudes e os comportamentos de membros da comunidade face a pessoas com problemas psicossociais ou de saúde mental [O4.4]

Nível do capital social dos indivíduos com problemas psicossociais e de saúde mental [O4.3]

Inquérito da comunidade na base de referência e no acompanhamento
Entrevistas com informadores chave e avaliação do capital social dos indivíduos que recebem tratamento para perturbações mentais

Resultado B.1: implementação de uma campanha educativa na comunidade acerca da saúde mental

Resultado B.2: envolvimento com as organizações locais para encorajar a inclusão de indivíduos com perturbações mentais e potenciar as oportunidades de subsistência na comunidade



Objetivo: reduzir o sofrimento e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial

Efeitos:

Focados na comunidade

- 1 As respostas de emergência não causam dano e são dignificadas, participativas, propriedade da comunidade e social e culturalmente aceitáveis
- 2 As pessoas estão seguras e protegidas e as violações dos direitos humanos são tratadas
- 3 A família, a comunidade e as estruturas sociais promovem o bem-estar e o desenvolvimento de todos os seus membros

Focados no indivíduo

- 4 As comunidades e famílias apoiam as pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental
- 5 As pessoas com problemas psicossociais e de saúde mental têm acesso a cuidados de saúde especializados adequados

Princípios fundamentais subjacentes: 1. Direitos humanos e igualdade, 2. Participação, 3. Não causar dano, 4. Sistemas integrados de apoio, 5. Construção baseada nas capacidades e recursos disponíveis, 6. Apoios em diversos níveis

IASC

Comité Permanente Interagências
Grupo de referência do IASC para a Saúde Mental e
Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias