UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA BEATRIZ ZANARDO MION

Validação do módulo “Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” do ToolKit *QualityRights*

RIBEIRÃO PRETO

2021

ANA BEATRIZ ZANARDO MION

Validação do módulo “Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” do ToolKit *QualityRights*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Carla Aparecida Arena Ventura

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Mion, Ana Beatriz Zanardo

Validação do módulo “Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” do Toolkit *QualityRights*. Ribeirão Preto, 2021.
198 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Ventura, Carla Aparecida Arena.

1. Transtornos mentais. 2. Saúde mental. 3. Direitos humanos. 4. Restrição Física. 5. Estudo de validação.

MION, Ana Beatriz Zanardo

Validação do módulo “Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” do ToolKit *QualityRights*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas com transtornos mentais, que muitas vezes têm seus direitos negados e violados, e ainda, têm suas trajetórias marcadas pelos determinantes sociais. Apesar de o mundo parecer cruel, e muitas vezes ser, peço em minhas orações que esta iniciativa da Organização Mundial da Saúde, traga esperança aos nossos corações, proporcionando o começo das mudanças desses paradigmas e exclusões vivenciados por esta população! Que um dia esta realidade mude! E que este dia chegue logo!

Dedico este trabalho também ao meu sobrinho, Victor Hugo, por ter feito um novo amor transbordar em meu coração, me trazendo esperanças que há um mundo menos cruel, com mais amor! Com mais do amor puro do coração de uma criança e que este amor pode contagiar todos os corações adultos do mundo, como seu amor contagia meu coração!

AGRADECIMENTOS

“Agradeço primeiramente a Deus por ter me sustentado até aqui, por ter plantado em meu coração motivos que me trouxeram por este caminho, sei que o caminhar não foi e não será fácil, mas o Senhor tem me guiado todos os dias”;

“Agradeço a minha orientadora, Prof. Carla Aparecida Arena Ventura, por todos os ensinamentos, por tudo que aprendi e aprendo todos os dias, por todas as oportunidades que me proporciona, por ter acreditado em mim desde o primeiro ano de graduação e, assim, segurado minha mão neste árduo e magnífico caminho que é a pesquisa. Mas, principalmente, agradeço por ter me mostrado outras infinitas possibilidades da enfermagem, sendo meu exemplo, não apenas como professora e pesquisadora, mas como ser humano, me fazendo acreditar que juntos podemos lutar por um mundo melhor!”;

“Agradeço ao meu marido, Carlos Eduardo, por sempre viver meus sonhos e fazer de tudo para realizá-los, como se fossem seus. Por acreditar em mim (muitas vezes mais do que eu mesma) e por sempre me incentivar! Pelo amor de todos os dias, mas principalmente nos dias difíceis, pela paz que traz ao meu coração, principalmente em meio ao caos! Sem você nada disso seria possível”;

“Agradeço aos meus pais, Marcelo e Adriana, que sempre foram meus exemplos de seres humanos, que batalharam pelos meus sonhos e estudos, que sempre me incentivaram a conquistar meus objetivos, a superar os desafios da vida, e sempre se mantiveram ao meu lado independente do resultado, eu sempre soube que teria vocês comigo, isso sempre foi meu combustível! ‘Isto’ tem mais de vocês, do que vocês pensam! Eu devo tudo a vocês”;

“Agradeço ao meu irmão, a minha cunhada e meu sobrinho, Gabriel, Ana Carolina e Victor Hugo, o caminhar da vida é muito mais fácil com vocês ao meu lado. Nada paga isso! Obrigada por sempre estarem comigo em todos os momentos da minha vida”;

“Agradeço as minhas amigas, Aline, Ana Carolina e Gabriela, pela amizade desde a graduação e por terem embarcado na vida acadêmica ao meu lado, fazendo este processo ser muito melhor! Que possamos caminhar sempre juntas”;

“Agradeço a Rita, Bruna e Raquel, e a todos que cruzei por este caminho, por sempre me ajudarem no decorrer da graduação e do mestrado, vocês são essenciais neste processo”;

“Agradeço a todos meus amigos e familiares, que torcem por mim, e que direta ou indiretamente me ajudaram a concluir esta etapa! Vocês são fundamentais em minha vida”;

“Agradeço a Michelle da Organização Mundial da Saúde e a Catarina da Organização Pan-Americana da Saúde por toda ajuda, que foi essencial, na tradução do módulo”;

“Agradeço a todos os participantes da pesquisa, ao Centro de Atenção Psicossocial III, por todo apoio concedido para a realização das minhas pesquisas”;

“Agradeço ao Arthur pela elaboração da capa e contracapa do módulo, bem como por toda ajuda no decorrer desses anos do mestrado”;

“Agradeço a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo, bem como todos seus funcionários, em especial aos funcionários do Programa de Enfermagem Psiquiátrica e a bibliotecária Livia, pela oportunidade vivenciada e por toda ajuda no decorrer deste processo”;

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”, assim, agradeço a CAPES pela bolsa concedida, que permitiu a realização desta pesquisa.

*“Do alto da arrogância qualquer homem
Se imagina muito mais do que consegue ser
É que vendo lá de cima, ilusão que lhe domina
Diz que pode muito antes de querer
Querer não é questão, não justifica o fim
Pra quê complicação, é simples assim*

*Focado no seu mundo qualquer homem
Imagina muito menos do que pode ver
No escuro do seu quarto ignora o céu lá fora
E fica claro que ele não quer perceber
Viver é uma questão de início, meio e fim
Pra quê a solidão, é simples assim*

*É, eu ando em busca dessa tal simplicidade
É, não deve ser tão complicado assim
É, se eu acredito, é minha verdade
E é simples assim*

*E a vida continua surpreendentemente bela
Mesmo quando nada nos sorri
E a gente ainda insiste em ter alguma confiança
Num futuro que ainda está por vir
Viver é uma paixão do início, meio ao fim
Pra quê complicação, é simples assim*

*É, eu ando em busca dessa tal simplicidade
É, não deve ser tão complicado assim
É, se eu acredito, é minha verdade
E é simples assim
É simples assim
É simples assim”
Lenine*

Mion, Ana Beatriz Zanardo. **Validação do módulo “Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” do ToolKit *QualityRights***. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais e uso de substâncias ilícitas representam causa importante de incapacidade em todo o mundo. O número de pessoas com transtornos mentais aumenta cada vez mais, e a carga mundial é agravada pela falta de tratamento de saúde mental. No Brasil, os serviços de saúde mental ainda são insuficientes. Como resultado dessas limitações, pessoas com transtornos mentais têm alto nível de sofrimento e incapacidade física, emocional, econômica e social, além de experiência de contenção física ou outras formas de privação de liberdade, discriminação e abuso. Diante destes desafios, a OMS desenvolveu iniciativa denominada *QualityRights*, que promove os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas, por meio de um kit de ferramentas para avaliação dos serviços de saúde e um kit de treinamento e capacitação de profissionais de saúde e população em geral. Locais que já utilizaram o *QualityRights* enfatizam que constitui ferramenta importante para alcançar a mudança de atitude em linha com os padrões de direitos humanos relativos à coerção e capacidade legal em saúde mental e deficiência relacionada aos serviços. **Objetivos:** Adaptar culturalmente para a cultura brasileira e validar o módulo “*Strategies to end seclusion restraint*” do toolkit *QualityRights* da Organização Mundial da Saúde sobre transtornos mentais para a capacitação de profissionais de saúde no Brasil. **Percorso metodológico:** Trata-se de estudo metodológico, dividido em três etapas. Na primeira etapa, foi realizada tradução dos módulos, da língua original (inglês) para a língua alvo (português brasileiro). Na segunda etapa a tradução e adaptação cultural foram realizadas por um Comitê de Juízes especialistas no assunto. Na terceira etapa, foi realizada a avaliação por profissionais de saúde mental. **Resultados:** Compuseram a etapa de análise pelo Comitê de Juízes 07 especialistas no assunto e na etapa de análise pelos Profissionais de Saúde 07 profissionais de saúde mental. Em relação à avaliação realizada por cada especialista, a porcentagem de aprovação variou por item, sendo que os itens com maior porcentagem de aprovação tiveram 100% de aprovação e os itens com menor porcentagem de aprovação tiveram 71% de aprovação em cada. A porcentagem de aprovação total do módulo foi de 92%. Em relação à avaliação realizada por cada profissional de saúde, a porcentagem de aprovação variou por item, sendo que dois itens tiveram aprovação máxima 100% e os demais itens tiveram aprovação de 86% cada. A porcentagem de aprovação total do módulo foi de 88%. **Conclusão:** Com base nos resultados, considera-se que este módulo está validado e adaptado para a cultura brasileira, podendo ser utilizado para capacitação de profissionais de saúde brasileiros.

Palavras-Chave: Transtornos mentais; Saúde mental; Direitos humanos; Restrição física; Estudo de validação.

Mion, Ana Beatriz Zanardo. **Validation of the “Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” module of the *QualityRights* ToolKit**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders and the use of illegal substances represent an important cause of disability worldwide. The number of people with mental disorders is increasing, and the global burden is compounded by the lack of mental health treatment. In Brazil, mental health services are still insufficient. As a result of these limitations, people with mental disorders have a high level of physical, emotional, economic and social suffering and disability, in addition to experiencing physical restraint or other forms of deprivation of liberty, discrimination and abuse. Faced with these challenges, the WHO developed an initiative called *QualityRights*, which promotes the human rights of people with psychosocial, intellectual and cognitive disabilities, through a toolkit for the assessment of health services and a training and qualification kit for health professionals and general population. Sites who have used *QualityRights* emphasize that it is an important tool to achieve attitudinal change in line with human rights standards regarding enforcement and legal capacity in mental health and service-related disability. **Objective:** Culturally adapt to Brazilian culture and validate the module “Strategies to end seclusion restraint” from the World Health Organization's *QualityRights* toolkit on mental disorders for the training of health professionals in Brazil. **Methodology:** This is a methodological study, divided into three stages. In the first stage, the modules were translated from the original language (English) to the target language (Brazilian Portuguese). In the second stage, the translation and cultural adaptation were carried out by a Committee of Judges who are experts on the subject. In the third stage, the evaluation was carried out by mental health professionals. **Results:** The analysis stage by the Committee of Judges comprised 07 experts on the subject and the analysis stage by the Health Professionals 07 mental health professionals. Regarding the evaluation performed by each expert, the percentage of approval varied by item, with the items with the highest percentage of approval having 100% approval and the items with the lowest percentage of approval having 71% approval in each. The total pass percentage for the module was 92%. Regarding the assessment carried out by each health professional, the percentage of approval varied by item, with two items having a maximum approval of 100% and the other items having an approval of 86% each. The total pass percentage for the module was 88%. **Conclusion:** Based on the results, it is considered that this module is validated and adapted to the Brazilian culture, and can be used for training Brazilian health professionals.

Keywords: Mental disorders; Mental health; Human rights; Restraint physical; Validation study.

Mion, Ana Beatriz Zanardo. **Validación del módulo “Strategies to end seclusion restraint/Estrategias para poner fin a la reclusión y la restricción” del *QualityRights ToolKit***. 2021. Disertación (Maestría em Ciencias) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

RESUMÉN

Introducción: Los trastornos mentales y el uso de sustancias ilegales representan una causa importante de discapacidad en todo el mundo. El número de personas con trastornos mentales está aumentando y la carga mundial se ve agravada por la falta de tratamiento de salud mental. En Brasil, los servicios de salud mental aún son insuficientes. Como resultado de estas limitaciones, las personas con trastornos mentales tienen un alto nivel de sufrimiento y discapacidad física, emocional, económica y social, además de sufrir contención física u otras formas de privación de libertad, discriminación y abuso. Ante estos desafíos, la OMS desarrolló una iniciativa denominada QualityRights, que promueve los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, a través de un kit de herramientas para la evaluación de los servicios de salud y un kit de capacitación y calificación para profesionales de la salud y población en general. Los sitios que han utilizado QualityRights enfatizan que es una herramienta importante para lograr un cambio de actitud en línea con los estándares de derechos humanos con respecto al cumplimiento y la capacidad legal en salud mental y discapacidad relacionada con los servicios. **Objetivos:** Adaptarse culturalmente a la cultura brasileña y validar el módulo “Estrategias para acabar con la restricción por reclusión” del conjunto de herramientas QualityRights de la Organización Mundial de la Salud sobre trastornos mentales para la formación de profesionales de la salud en Brasil. **Percurso metodológico:** Se trata de un estudio metodológico, dividido en tres etapas. En la primera etapa, los módulos se tradujeron del idioma original (inglés) al idioma de destino (portugués brasileño). En la segunda etapa, la traducción y adaptación cultural estuvo a cargo de un Comité de Jueces expertos en la materia. En la tercera etapa, la evaluación fue realizada por profesionales de la salud mental. **Resultados:** La etapa de análisis por el Comité de Jueces estuvo conformada por 07 expertos en el tema y la etapa de análisis por los Profesionales de la Salud 07 profesionales de la salud mental. En cuanto a la evaluación realizada por cada experto, el porcentaje de aprobación varió por ítem, siendo los ítems con mayor porcentaje de aprobación con 100% de aprobación y los ítems con menor porcentaje de aprobación con 71% de aprobación en cada uno. El porcentaje de aprobación total del módulo fue del 92%. En cuanto a la valoración realizada por cada profesional de la salud, el porcentaje de aprobación varió por ítem, teniendo dos ítems una aprobación máxima del 100% y los demás ítems con una aprobación del 86% cada uno. El porcentaje de aprobación total del módulo fue del 88%. **Conclusión:** Con base en los resultados, se considera que este módulo está validado y adaptado a la cultura brasileña, y puede ser utilizado para la formación de profesionales de la salud brasileños.

Palabras claves: Trastornos mentales; Salud mental; Derechos humanos; Restricción física; Estudio de validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sugestões do comitê de juízes e a respectivas adequações no material	54
Quadro 2 – Sugestões dos profissionais de saúde e suas respectivas adequações	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da história da Saúde Mental no Brasil, Ribeirão Preto, 2021.	21
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes da etapa de Comitê de Juízes, segundo características sócio demográficas. Ribeirão Preto, 2021	51
Tabela 2 - Características dos participantes da etapa de Comitê de Juízes, segundo análise descritiva. Ribeirão Preto, 2021	52
Tabela 3 - Análise do comitê de juízes segundo aprovação, Ribeirão Preto, 2021	53
Tabela 4 - Profissionais de saúde segundo características sócio demográficas. Ribeirão Preto, 2021	60
Tabela 5 – Características dos participantes da etapa de Profissionais de Saúde, segundo análise descritiva. Ribeirão Preto, 2021	62
Tabela 6 - Análise dos profissionais de saúde segundo aprovação, Ribeirão Preto, 2021... ..	62

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CDPD - Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IVC - Índice de validade de conteúdo

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAM - *Suitability Assessment of Materials*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VF1 – Versão final 1

VF2 - Versão Final 2

VF3 - Verão Final 3

SUMÁRIO

<i>APRESENTAÇÃO</i>	17
<i>1. Introdução</i>	18
1.1 A história dos transtornos mentais no Brasil.....	21
1.2 Estigma, discriminação e as pessoas com transtornos mentais	24
1.3 Determinantes sociais e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais.....	26
1.4 Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais	28
<i>2. Objetivos</i>	30
2.1 Objetivo geral	31
2.1.1. Objetivos específicos	31
<i>3. Revisão da Literatura</i>	32
3.1.1. O exercício dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e o <i>QualityRights</i>	34
3.1.2. Resultados dos módulos de treinamento do <i>QualityRights</i>	36
<i>4. Percurso Metodológico</i>	39
4.1 Módulo “Strategies to end seclusion restraint”	40
4.2 Tradução e Adaptação Cultural.....	41
4.2.1 Tradução	42
4.2.2 Etapa: Comitê de juízes	42
4.2.3 Etapa: Pré-teste.....	45
4.2.4 Análises de dados	46
4.2.5 Considerações éticas.....	48
<i>5. Resultados</i>	49
<i>6. Discussão</i>	66
6.1 Compreendendo os resultados da Etapa de Comitê de Juízes	67
6.1. Compreendendo os resultados da Etapa dos Profissionais de Saúde	71
<i>7. Limitações</i>	75
<i>8. Conclusão</i>	77
<i>Referências</i>	79
<i>ANEXO A – Instrumento de Avaliação</i>	88
<i>ANEXO B – Autorização para uso dos módulos QualityRights</i>	90

<i>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética.....</i>	<i>91</i>
<i>APÊNDICE A – Convite Comitê de Juízes</i>	<i>94</i>
<i>APÊNDICE B – Convite Profissionais de Saúde</i>	<i>95</i>
<i>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Comitê de Juízes.....</i>	<i>96</i>
<i>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de Saúde</i>	<i>98</i>
<i>APÊNDICE E – Versão Final do Módulo “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção ”.....</i>	<i>100</i>

APRESENTAÇÃO

Cresci em uma adorável cidade pequena, ao lado da minha família, sempre com muito amor. Nesta cidade havia (e ainda há) um hospital psiquiátrico, assim, cresci ouvindo várias histórias sobre ele, principalmente, *piadas* a respeito. Que depois de muito tempo, aprendi que isso se chama estigma. Mas vamos continuar a história. Também cresci ouvindo histórias de uma tia avó, entre elas, uma que ela não gostava, sobre sua internação em um hospital psiquiátrico e seu tratamento desumano. Em mim isso sempre foi errado e hoje entendo como tudo ressoou em quem sou hoje.

Continuando a história, o tempo passou e já no ensino médio, tinha dúvidas a respeito de qual curso ingressar na graduação, mas tinha a certeza de que queria algo em que eu pudesse ajudar as pessoas, na verdade eu queria mais, queria mudar o mundo, acabar com a desigualdade, mas como precisava sair desta “utopia”, pensei em algo que eu pudesse realmente ajudar, pelo menos, algumas pessoas. Assim, prestei enfermagem. Neste novo universo, aprendi, além da profissão, ser enfermeiro, também sobre ser docente. Isso me abriu inúmeras possibilidades e inquietudes, será que vou conseguir alcançar meus objetivos sendo enfermeira? Será que vou estar “só” fazendo meu trabalho? Será que estou no caminho certo?

Fiquei inquieta com isso, mas em outubro de 2014, ainda no meu primeiro ano de faculdade, felizmente, começou a disciplina de Direitos Humanos em Saúde e Educação, ministrada pela Prof. Carla, a partir de então, com todos os ensinamentos construídos, comecei a perceber que Direito e Saúde andam juntos, e quando se trata de fazer o bem a outras pessoas, os dois juntos podem fazer muito mais!

Fui logo pedindo orientação para a Prof. Carla e ela me pediu para pensar no que eu queria pesquisar. Pensei muito sobre, até que após muito pensar e estudar, cheguei a conclusão que o que eu queria era fazer algo para ajudar as pessoas, as pessoas que mais precisassem, que mais tinha iniquidades e estigma. Assim, comecei a pesquisar sobre transtornos mentais e tentando entender o porquê essa população não tem os direitos respeitados e têm altos índices de vulnerabilidade social.

Fiz pesquisa de campo e vi que muito precisa ser feito sobre esta temática. Participei de projetos de extensão, e vi de perto o estigma que essas pessoas sofrem. Também fiz meus estágios supervisionados em saúde mental, em dois extremos dessa área, Centro de Atenção Psicossocial e uma unidade de urgência psiquiátrica, vi nos dois setores como a vulnerabilidade social desse público é gritante. Estudei muito sobre a temática, li muito sobre, escrevi artigos, mas nada se comparou quando eu vi esta realidade com meus próprios olhos. Quando me pego pensando nisso, sobre a verdadeira realidade que essas pessoas vivem, sempre faz com que lágrimas escorram pelos meus olhos.

Mas tudo isso, só me trouxe a certeza que queria fazer algo para tentar melhorar esta situação, nem que se fosse para plantar “apenas” uma sementinha. Após expor essa vontade para a Prof. Carla, ela me apresentou uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, denominada *QualityRights*. A *QualityRights* da OMS busca promover os direitos humanos de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas em todo o mundo. Assim, foram elaborados, entre outras ações, módulos de treinamento para promover os direitos para esta população. Nossa missão seria traduzi-los e validá-los culturalmente para a cultura brasileira para que eles pudessem ser utilizados nos serviços de saúde brasileiros. Escolhi um

dos módulos para este momento –mestrado- (todos estão sendo validados). Escolhi apresentá-lo, pois acho que contenção é uma das piores formas de negação de direitos e é algo que pode ser mudado pelas nossas atitudes e manejos (dos profissionais de saúde) e também por vivências que tive em contenção de pacientes.

Apesar do medo, embarquei nesta aventura, com a esperança de poder melhorar este cenário. Em todo este processo ainda não tinha, até então, percebido que o que me trouxe até aqui, não foi somente uma escolha que fiz em 2014, mas foi tudo que já vivi, ouvi, achei errado, achei absurdo e que queria poder contribuir (um pouco que seja) para mudar esta realidade. Assim, hoje apresento a minha dissertação, que apesar de parecer pouco para mudar a realidade é apenas o início de tudo que quero fazer!

Os transtornos mentais e uso de substâncias ilícitas representam causa importante de incapacidade em todo o mundo (WAINBERG *et al.*, 2017). O transtorno mental se manifesta na personalidade, temperamento, humor e percepções da realidade. O conhecimento limitado das causas e tratamentos dos transtornos mentais pode resultar na percepção de que estas condições são causadas pelos próprios indivíduos ou por forças sobrenaturais, como forma de punição por seres superiores ou em razão de algum ato da família ou do indivíduo (KATZ; LAHEY; CAMPBELL, 2014; NG; RASHID; O'BRIEN, 2017).

Nessa perspectiva, destaca-se, ainda, que, na psiquiatria não foram identificados os mecanismos centrais ou vias patogênicas para os transtornos mentais, ou seja, não se tem certeza sobre as razões que levam uma pessoa a desenvolver um transtorno mental (BORSBOOM, 2017).

Apesar desta incerteza, o número de pessoas com transtornos mentais aumenta cada vez mais, e essa carga mundial é agravada pela falta de tratamento em saúde mental, já que entre 70% a 90% das pessoas que precisam de serviços de saúde mental não têm acesso a esses cuidados (ABAYNEH *et al.*, 2017; ASHER *et al.*, 2017; WAINBERG *et al.*, 2017). Ainda, estudos apontam que nos sistemas de saúde mental em países de renda baixa e média, que juntos compõem 85% da população mundial, os recursos financeiros são escassos e a infraestrutura inadequada (KATZ; LAHEY; CAMPBELL, 2014).

Nas Américas, há um elevado número de adultos, crianças e indígenas com transtornos mentais graves que não têm acesso ao tratamento. Embora esforços conjuntos estejam sendo empreendidos para resolver a lacuna de tratamento, houve pouco progresso e a saúde mental deve ser uma prioridade dos países nas Américas. Ainda, é necessário que indicadores de qualidade demonstrem esse progresso (KOHN *et al.*, 2018).

No Brasil, apesar dos esforços para reorganizar os cuidados de pessoas com transtornos mentais do hospital para a comunidade, o número dos serviços na comunidade ainda não é suficiente, incluindo unidades psiquiátricas em hospitais gerais (SIQUEIRA *et al.*, 2017). Acentuando este quadro, cuidar de pessoas com transtornos mentais em locais com poucos recursos humanos e financeiros representa tarefa desafiadora por si só.

Em razão dessas limitações, pessoas com transtornos mentais comumente apresentam alto nível de sofrimento e incapacidade física, emocional, econômica e social, além de experiência de contenção física ou outras formas de privação de liberdade, discriminação e abuso. Em geral, a mortalidade desta população é precoce e suas experiências de vida são

caracterizadas por diferentes violações de direitos humanos, tanto em ambientes comunitários quanto de saúde.

Nesse contexto, os fatores que levam a abusos dos direitos humanos são muitas vezes complexos e improváveis de terem soluções simples. Ademais, a compreensão incompleta sobre os transtornos mentais pode levar ao desenvolvimento de intervenções e legislações inapropriadas e ineficazes para resolver os problemas supracitados (ABAYNEH *et al.*, 2017; ASHER *et al.*, 2017).

Dados do Ministério da Saúde reforçam que aproximadamente 3% da população brasileira têm problemas de saúde mental grave e persistente, 6% possuem transtornos mentais graves devido ao uso de álcool e outras drogas e quase 12% necessitam de outras formas de atendimento, seja contínuo ou não. A taxa de uso dos serviços de saúde ainda é baixa, em torno de 13%, visto que grande parte das pessoas com transtornos mentais não procuram atendimento psiquiátrico, por motivos ligados ao estigma e incapacidade de reconhecer seus sintomas como doença (SANTOS; BARROS; HUXLEY, 2018).

O estigma e discriminação enfrentados por pessoas com transtornos mentais, tanto individualmente quanto no âmbito familiar, afetam o trabalho, emprego e educação (TAWIAH; ADONGO; AIKINS, 2015). O estigma centra-se em características de pessoas com algum transtorno mental, porém isso não é o suficiente para consolidá-lo. Na verdade, está relacionado à como a sociedade classifica essas características, configurando-se como uma construção social (FERREIRA; CARVALHO, 2017).

No entanto, as atitudes em relação aos transtornos mentais podem ser alteradas ao longo do tempo por mudanças nas percepções sociais ou por meio de campanhas de mídia voltadas para a literacia em saúde mental (VILLANI; KOVESS-MASFETY, 2017). Maior conhecimento sobre a saúde mental está associado a melhores atitudes relacionadas às pessoas com transtornos mentais. Assim, é importante que as políticas de nível comunitário sobre cuidados de saúde sejam valorizadas e implementadas e que a educação em saúde seja intensificada nas comunidades (NG; RASHID; O'BRIEN, 2017; TAWIAH; ADONGO; AIKINS, 2015).

Considerando esses desafios, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conformidade com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outras normas internacionais de direitos humanos, desenvolveu iniciativa denominada *QualityRights*. A *QualityRights* da OMS busca promover os direitos humanos de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas em todo o mundo, visando

melhorar as condições de vida e promover o exercício de direitos humanos nas unidades de saúde mental e assistência social de pacientes internados e ambulatoriais, além de capacitar organizações a defenderem os direitos das pessoas com deficiências mentais e psicossociais (WHO, 2019a).

Para melhor compreender a relação entre transtornos mentais, estigma e a dificuldade do exercício dos direitos humanos, apresenta-se breve síntese sobre a história dos transtornos mentais no Brasil.

1.1 A história dos transtornos mentais no Brasil

No Brasil, como em muitos outros países, modelos distintos de atenção configuram a história da saúde mental e influenciam a elaboração de diversas práticas de organização do cuidado. As mudanças foram resultantes de alterações nos contextos sociais e políticos (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021), marcadas por conflitos que se materializam em distintas leis, decretos e políticas implementadas ao longo da história. Esse movimento evidencia avanços e retrocessos (CABRAL; DAROSCI, 2019) e está sintetizado na linha do tempo apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo da história da Saúde Mental no Brasil, Ribeirão Preto, 2021.

Fonte: Adaptado de Sampaio e Bispo Júnior (2021).

Na década de 1980, os serviços de saúde mental foram marcados pela crise financeira do Instituto Nacional de Seguridade Social e Assistência Médica (INAMPS). Onde, durante a ditadura militar, observou-se grande aumento dos leitos psiquiátricos, ocasionando um maior gasto. Contudo, mais de 30% da população era excluída da previdência social (INAMPS), e

eram "quase abandonados" em asilos públicos federais e estaduais. Com exceção dos serviços ambulatoriais prestados pela autarquia ou algumas universidades públicas, o tratamento psiquiátrico de pessoas de estratos econômicos mais baixos limitava-se à internação, caracterizando uma monocultura hospitalar (DELGADO, 2019).

Naquele contexto, a reforma psiquiátrica começava a aparecer, sustentando-se na busca por humanização dos hospitais públicos psiquiátricos, enaltecendo críticas à privatização dessas instituições, e visando consolidar o cuidado à saúde mental em ambulatórios (DELGADO, 2019).

Mas somente com a Constituição de 1988, com o pacto social e institucional fortalecendo os direitos individuais e sociais da população, como o direito à saúde no país, foram observados importantes avanços, vistos somente a partir da década de 1990. Em relação à saúde mental, a reforma psiquiátrica avançava pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, tendo como base as premissas éticas dos direitos de cidadania. O novo modelo de atenção foi, então, debatido com a sociedade nos anos de 1990, resultando na lei n. 10.216, que foi promulgada apenas em 2001 (DELGADO, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Com a criação do SUS, o país vivenciou uma enorme crise financeira com grave restrição orçamentária, mas, apesar disso, é indiscutível que o processo da Reforma Psiquiátrica possibilitou a criação de redes assistenciais por todo país. O lema '*sociedade sem manicômios*', que foi adotado pelo movimento social em 1987, funcionou como norte ético para as mudanças necessárias da gestão pública, sendo a marca da década seguinte que visava à redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos, a criação de serviços comunitários de saúde mental, resultando na ampliação do acesso ao tratamento, especialmente na atenção primária (DELGADO, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

A reforma psiquiátrica brasileira resultou na construção de um modelo humanizado de atenção integral no sistema público de saúde, implementado como política de governo. Foi inspirada nas reformas psiquiátricas italiana, norte-americana e inglesa, tendo como base a reabilitação psicossocial. Essa nova política adotou o modelo de atenção psicossocial, visando estratégias de desinstitucionalização que garantissem direitos, promovessem a autonomia e o exercício da cidadania e, conseqüentemente, a inclusão social. Como consequência, houve a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e aumento do financiamento dos serviços comunitários de saúde mental, bem como dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (SANTOS; BARROS; HUXLEY, 2018).

Com a evolução da Reforma Psiquiátrica, desde 2006, houve uma significativa inversão do gasto em saúde mental, e os serviços comunitários passaram a receber mais recursos do que os hospitais psiquiátricos. Esses serviços comunitários brasileiros são, quase em sua maioria, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que existem nas modalidades I, II ou III (o diferencial deste último é que conta com leitos para acolhimento noturno). Nesse contexto, ocorreu, de forma gradativa, o fechamento de leitos em hospitais monovalentes, cuja prática era considerada inefetiva (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Apesar disso, o modelo de atenção à saúde mental sugerido pelo Ministério da Saúde brasileiro vem avançando lentamente em vários aspectos, especialmente no que diz respeito aos pactos regionais, e criando demandas urgentes para sua consolidação. Na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está clara a intenção de mudar a lógica de funcionamento das internações, definindo “hospitais de referência” como ponto de atendimento. Ao abrir exceções para o cumprimento da Lei 10.216^a, estipula que a duração da estadia deve ser o mais breve possível e demarca a intenção de manter o fechamento progressivo dos leitos nos hospitais psiquiátricos, definindo que só poderão conviver com a RAPS em locais onde o processo de implantação não esteja concluído. Assim, os CAPS são parte central na proposta organizacional da RAPS e aparecem como “parceiros” necessários para os projetos, além de serem os organizadores do fluxo de atenção à saúde para o nível hospitalar (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza recomendações para o funcionamento da RAPS, dentre elas, enfatiza a importância de aumentar a distribuição regional dos serviços comunitários, bem como dos recursos em geral, a fim de alcançar a estabilidade nos serviços de saúde mental já existentes e expandi-los para regiões menos favorecidas. Também recomenda a melhora da coordenação entre atenção primária à saúde e serviços comunitários especializados, como os CAPS. Apesar do Brasil já ter alcançado muito em relação à expansão dos serviços de base comunitária, é imprescindível ressaltar que ainda falta à efetivação de alguns dispositivos que são relevantes para o *recovery* (processo de recuperação) como o Programa de Volta para Casa, os centros de convivência, e os centros de geração de renda, dentre outros (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Estes problemas são agravados com o subfinanciamento da saúde mental no Brasil. No ano de 2018, o país investiu R\$ 33 milhões em saúde mental e no ano de 2019 investiu R\$ 97 milhões para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, apesar do aumento de quase 200% em relação ao ano de 2018 (BRASIL,

2020), considerando que a população do Brasil tem mais de 212 milhões de habitantes (IBGE, 2021), o gasto foi de menos de R\$0,46 por habitante em saúde mental no ano de 2019. Esse cenário piora quando são comparados os gastos governamentais com a saúde mental em países de baixa e médio-baixa renda, que são inferiores a US\$ 1 per capita, enquanto os países de alta renda gastam mais de US\$ 80 per capita com saúde mental ao ano (OPAS, 2018). Há, portanto, lacunas importantes para garantir o acesso ao melhor cuidado e o respeito dos direitos humanos desta população. Dentre os problemas enfrentados pelas pessoas com transtornos mentais, é relevante enfatizar o estigma e discriminação, que historicamente resultam em sua marginalização e exclusão social.

1.2 Estigma, discriminação e as pessoas com transtornos mentais

O termo ‘estigma’ originou-se na Grécia antiga, referindo-se às pessoas que eram marcadas, pois de algum modo eram consideradas inferiores às outras. O sentimento de ser estigmatizado constitui realidade para muitos indivíduos, em razão de suas características físicas ou comportamentos, o que representa barreira para seu bem-estar, com grandes implicações nas formas de interação e aceitação social (BRONDANI; ALAN; DONNELLY, 2017).

O estigma na saúde mental está muito relacionado à crença de que a pessoa deve ter se comportado de forma inconveniente ao contrair (controlabilidade no início) e lidar (controlabilidade no deslocamento) com a doença. Em geral, as doenças de base física (por exemplo, câncer) são rotuladas como início incontrolável e estável, enquanto os transtornos mentais (por exemplo, dependência de drogas, esquizofrenia, etc) são rotulados como início controlável e instável (EGER AYDOGMUS, 2020), o que facilita o estigma para com as pessoas com transtornos mentais.

O estigma relacionado ao transtorno mental pode resultar em isolamento social, autoestigma e evitação em busca de ajuda (NG; RASHID; O’BRIEN, 2017; VILLANI; KOVESS - MASFETY, 2017). A maneira de lidar com o estigma em pessoas com transtornos mentais e suas famílias pode levar a complicações desagradáveis (REZAYAT; MOHAMMADI; FALLAHI-KHOSHKNAB, 2020). O estigma pode, também, resultar em discriminação ou em restrições enfrentadas por pessoas com transtornos mentais. Rótulos depreciativos fazem parte da linguagem comum usada por cuidadores, amigos ou conhecidos,

o que pode gerar distanciamento social e influenciar a não adesão ao tratamento e medicação (GROVER; SHOUAN; SAHOO, 2020).

As atitudes estigmatizantes não se limitam à comunidade em geral, mas também são realidade entre os profissionais de saúde. O estigma profissional, considerado também como repercussão do estigma social, é caracterizado pela presença de atitudes estigmatizantes em profissionais de saúde, em relação às pessoas com transtorno mental (FERREIRA; CARVALHO, 2017). A presença do estigma pode causar a procura tardia ou a não procura pelo tratamento de saúde e essa evitação aumenta a progressão da doença, reduz a adesão ao tratamento e diminui um bom prognóstico (BRONDANI; ALAN; DONNELLY, 2017; NG; RASHID; O'BRIEN, 2017).

O baixo nível de educação em saúde mental tem sido associado a atitudes mais estigmatizantes. O estigma praticado por profissionais de saúde é preocupante, porque esses profissionais são responsáveis por fornecer cuidados e educação em saúde às pessoas em condição de vulnerabilidade, e esse preconceito pode afetar negativamente a qualidade do atendimento (NG; RASHID; O'BRIEN, 2017). Outros desafios que exacerbam as lacunas para o tratamento das pessoas com transtornos mentais incluem a escassez de profissionais de saúde mental, falta de aperfeiçoamento e de pesquisa e isolamento dos serviços de saúde mental (WAINBERG *et al.*, 2017).

Assim, pessoas com transtornos mentais estão sujeitas a vivenciarem formas de contenções, como a contenção química que abarca o uso de medicamentos e a contenção mecânica o uso de equipamentos (RAVEESH; LEPPING, 2019). Contenções físicas causam uma série de graves problemas clínicos e éticos, violando a autonomia do paciente, os princípios da justiça, beneficência e da não maleficência, já que as contenções podem causar lesões físicas, incluindo lesões na pele, danos no sistema nervoso, doença pulmonar, trombose venosa profunda ou mesmo morte, além de poder ocasionar trauma para os profissionais de saúde, portanto, tal prática deve ser considerada ilegal (YE *et al.*, 2018).

Dessa forma, a capacitação em serviços de saúde mental representa necessidade urgente que até agora não conseguiu atrair suficiente atenção e financiamento (WAINBERG *et al.*, 2017). Ng, Rashid e O'brien (2017) mencionam que o contato com pessoas com transtornos mentais está associado a níveis mais baixos de estigma. Usar testemunhos pessoais e aumentar a visibilidade de pessoas com transtornos mentais na comunidade, provavelmente, representam meios de intervenção mais eficazes que campanhas genéricas para a redução do estigma (VILLANI; KOVESS-MASFETY, 2017).

O conhecimento sobre as estratégias de redução do estigma pode ajudar os profissionais de saúde no desenvolvimento de intervenções de apoio e no fornecimento de informações e condutas adequadas. Portanto, considerando o papel dessas estratégias na promoção da qualidade de vida das pessoas com transtorno mental, a necessidade de se dar a devida atenção a esse fenômeno é imensa. Assim, a ênfase na educação e na mudança de atitudes e cultura emergem como fatores-chave para reduzir o estigma (TAGHVA *et al.*, 2017). Tais intervenções devem se concentrar em alvos específicos, incluir acompanhamento ao longo do tempo e contato com usuários de serviços psiquiátricos e suas famílias (HARTINI *et al.*, 2018; VILLANI; KOVESS-MASFETY, 2017). Além do estigma, é importante considerar outros determinantes sociais da situação de vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais.

1.3 Determinantes sociais e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais

As dificuldades vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais geralmente se relacionam ao difícil acesso ao tratamento de saúde e a falta de atenção dos governos para a criação de políticas eficazes e incluídas, o que resulta em situações de vulnerabilidade e exclusão social.

Historicamente observa-se uma espiral em que os mais pobres estão sujeitos a um maior risco de desenvolverem doenças debilitantes o que, por sua vez, dificulta seu acesso ao emprego e oportunidades de geração de renda, condicionando-os ainda mais a situações de pobreza (RATHOD *et al.*, 2017). Pessoas com transtornos mentais graves - ou seja, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno bipolar e depressão moderada a grave - morrem de 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral. A mortalidade excessiva nessa população continua sendo um importante problema de saúde pública global, já que este grupo vulnerável apresenta grandes necessidades de cuidados de saúde (LIU *et al.*, 2017).

As condições gerais de saúde associadas às limitações dos vínculos de apoio social, e à existência de estigma e discriminação resultam em uma situação de crescente vulnerabilidade para esta população e de exclusão do exercício de seus direitos. Assim, é importante que as pessoas com transtornos mentais possuam diferentes meios de acesso ao exercício de seus direitos, como forma de lidar com sua crescente vulnerabilidade e exclusão social (ZANARDO; RODRÍGUEZ; VENTURA, 2021).

Para compreender melhor como alguns determinantes sociais afetam essa população, estudo que buscava fortalecer o currículo de uma residência de psiquiatria utilizou a estratégia de solicitar que residentes completassem tarefas como andar de transporte público para uma clínica ou serviço de saúde mental, e que comprassem produtos frescos usando US\$ 2,00, visando que os residentes confrontassem fatores estruturais que moldam as doenças (por exemplo, insegurança alimentar, desemprego e moradia insegura) e as maneiras pelas quais podem ser mitigados. A pesquisa concluiu que as condições que desafiam os residentes de psiquiatria tornam impossível ignorar a situação social de pacientes mais vulneráveis (HANSEN; BRASLOW; ROHRBAUGH, 2018).

Além disso, as lacunas nos serviços são mais prejudiciais para subgrupos da população em situação de maior vulnerabilidade, incluindo pessoas com transtornos mentais graves, idosos, pessoas com baixa escolaridade, membros de minorias etnoculturais e aqueles que imigraram, o que reforça a necessidade de soluções de políticas e práticas que considerem esse contexto (URBANOSKI; INGLIS; VELDHUIZEN, 2017).

A remoção de barreiras para o acesso à saúde continua sendo uma questão central para qualquer política que se esforce para reduzir as iniquidades em saúde (WAHLBECK *et al.*, 2017). Os desafios enfrentados pelos serviços de saúde mental nos países de baixa e média renda estão relacionados a muitos fatores, incluindo legislação e política, finanças e recursos, organização, planejamento, disponibilidade de intervenções e treinamento com base em evidências devidamente adaptadas. A maioria dos países compartilha o descompasso entre a alta necessidade e a escassez persistente de recursos financeiros, força de trabalho e infraestrutura para serviços de saúde mental (RATHOD *et al.*, 2017).

Intervenções econômicas são necessárias para apoiar o envolvimento contínuo com o cuidado de pessoas com transtornos mentais. Os sistemas de atenção às doenças crônicas precisam ser fortalecidos em combinação com as estruturas legais. É provável que configurações de serviços mais flexíveis sejam necessárias, incorporando elementos da estrutura de cuidados crônicos, com ênfase particular na autonomia do usuário do serviço. Opções ampliadas para medicação adequada, acessível, eficaz e intervenções psicossociais são necessárias para o cuidado centrado na pessoa (HAILEMARIAM *et al.*, 2017). Faz-se necessário que as políticas da reforma psiquiátrica sejam vistas na prática, pois os serviços ainda são predominantemente baseados em hospitais psiquiátricos (WINKLER *et al.*, 2017).

As limitações vivenciadas, especialmente em contextos de países de baixa e média renda, favorecem a ocorrência de violações dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

1.4 Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) representa o instrumento jurídico internacional mais atualizado e especificamente criado para estipular os direitos das pessoas com deficiência, dessa forma, englobando os direitos das pessoas com transtornos mentais. A Convenção, adotada em 2006, entrou em vigor em 2008, e reforça os direitos existentes nos tratados universais de direitos humanos, enfocando os princípios da dignidade humana, igualdade, não discriminação, autonomia, plena participação e inclusão social de pessoas com deficiência. O objetivo é garantir que essas pessoas sejam tratadas em igualdade de condições com as demais (SZMUKLER, 2019).

No Brasil, a Constituição da República de 1988 estabeleceu uma nova interpretação sobre direitos e garantias fundamentais, sobrepondo a dignidade humana e considerando as relações sociais com base na proposta de um contexto social includente. A saúde como direito humano social exige a concordância dos esforços entre sociedade e poder público no planejamento e na prestação de serviços e cuidados (ANDRADE, 2017).

Apesar da legislação vigente no país, a realidade dos hospitais psiquiátricos brasileiros nem sempre implementa, em sua prática, o conteúdo dos pactos de direitos humanos supra mencionados. Nessa perspectiva, é preciso constante atenção para que eventos que reduzem a dignidade humana não sejam normalizados (ANDRADE, 2017).

Portanto, persiste a problemática da existência de pessoas com transtornos mentais institucionalizadas no Brasil, o que não foi solucionado com o avanço nas diretrizes legais da saúde mental. A institucionalização em hospitais psiquiátricos limita o exercício de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, o que inclui o direito à liberdade, à saúde, ao trabalho, à moradia e à educação. Portanto, é fundamental que a atenção à saúde mental esteja ancorada nos direitos humanos e nos princípios da humanização da assistência, para que não ocorra uma desinstitucionalização falsa (SOUZA *et al.*, 2020).

Diante disso, pessoas com transtornos mentais ainda têm dificuldade em garantir seus direitos civis. Elas enfrentam desafios para atender às necessidades básicas de suas vidas (como obter um emprego e uma fonte de renda) e ainda sofrem com a exclusão e o estigma

social, como já mencionado. Assim, a cidadania é o primeiro passo para a inclusão social, é uma condição básica que todos deveriam ter em uma sociedade justa. O próximo passo no caminho para a inclusão é baseado nos desejos e projetos pessoais de cada indivíduo, combinados com as oportunidades proporcionadas pelo meio (SALLES; BARROS, 2014).

Com o propósito de garantir estes direitos às pessoas com transtornos mentais, foi criado um kit de ferramentas pela Organização Mundial da Saúde, o *QualityRights*, que fornece materiais de treinamento para a capacitação de profissionais de saúde e população em geral sobre as disposições da CDPD (MAHOMED; STEIN; PATEL, 2018). Como consequência, esses recursos se concentram fortemente na redução de práticas coercitivas (DUFFY; KELLY, 2020).

A iniciativa *QualityRights*, desenvolvida pela OMS, visa fornecer soluções práticas para promover os direitos humanos em todos os sistemas de saúde mental e social e, em particular, apoiar os países (os quais ratificaram a CDPD) a efetivar os direitos da convenção. Os recursos *QualityRights* são projetados para capacitar as pessoas em saúde mental, com foco no respeito aos direitos humanos e *recovery* (abordagem baseada em recuperação), atingindo uma ampla gama de partes interessadas, incluindo formuladores de políticas, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoas com experiência de vida em transtornos mentais, organizações de pessoas com deficiência, famílias e cuidadores, organizações não governamentais, associações e organizações profissionais, instituições acadêmicas e outros atores nacionais importantes (FUNK; BOLD, 2020). Inclui um kit de avaliação de serviço e um kit de treinamento, por meio de módulos educacionais.

Considerando este cenário e com o propósito de promoção do conhecimento, por meio da Iniciativa *QualityRights*, como estratégia para promover os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, esse estudo apresenta como pergunta norteadora: **“A validação e adaptação cultural dos módulos do *QualityRights* será compreensível visando-se a capacitação de profissionais de saúde no Brasil?”**

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Adaptar culturalmente para a cultura brasileira e validar o módulo “*Strategies to end seclusion restraint*” do toolkit *QualityRights* da Organização Mundial da Saúde sobre transtornos mentais para a capacitação de profissionais de saúde no Brasil.

2.1.1. Objetivos específicos

- Traduzir o módulo “*Strategies to end seclusion restraint*” para o português brasileiro.
- Avaliar a validade de face e de conteúdo do módulo “*Strategies to end seclusion restraint*”.

3. *Revisão da Literatura*

Para compreender como o *QualityRights* pode contribuir para a mudança desta realidade e como está sendo utilizado em diferentes países do mundo, foram realizadas duas revisões da literatura.

Uma revisão se tratou de uma *scoping review*, que constitui um método para revisar a literatura, com o propósito de abordar tópicos mais amplos, em que diferentes tipos de estudo podem ser usados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Esta revisão percorreu cinco etapas: 1) identificar a pergunta norteadora da pesquisa; 2) identificar os estudos relevantes; 3) selecionar os estudos; 4) mapear os dados; e 5) agrupar, resumir e relatar os resultados. Dessa forma, esta revisão teve como pergunta norteadora: “*O QualityRights pode ser utilizado como ferramenta para a educação sobre os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e melhora da qualidade dos serviços de saúde?*”.

Em sua busca, foram encontrados 542 artigos, sendo excluídos 140 por serem duplicados, restando 402 artigos. Desses, foi realizada leitura de título e resumo, sendo excluídos 358 artigos e selecionados 44 para leitura na íntegra. Os 44 estudos foram lidos e analisados na íntegra, sendo excluídos 35 artigos, pois não respondiam à pergunta norteadora desse estudo. Dentre esses, 18 estudos (51,4%) abordavam algum outro programa da OMS e os outros 17 estudos (48,6%) abarcavam outras questões. Dessa forma, foram incluídos 09 artigos que responderam à pergunta norteadora da pesquisa.

A fim de buscar maior entendimento sobre o *QualityRights* foi realizada também uma revisão integrativa da literatura. Este é o tipo mais amplo de métodos de revisão de pesquisa, permitindo a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de entender melhor um fenômeno preocupante (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Esta revisão passou pelas seguintes etapas, adaptadas do modelo de Whittemore e Knafl (2005): Identificação do problema; Pesquisa de literatura; Análise de dados e Conclusão.

Baseou-se na pergunta norteadora: “*Como o QualityRights está sendo utilizado no mundo?*”. Foram obtidos 200 artigos em sua análise, após a exclusão dos duplicados (87 artigos) restaram 113 artigos. Após leitura de título e resumo, foram excluídos 73 artigos, sendo incluídos 40 artigos, que foram lidos na íntegra. Destes, 12 documentos foram excluídos, pois eram os módulos ou slides dos módulos de treinamento do *QualityRights*; outros 14 artigos foram excluídos, sendo que 03 artigos foram excluídos por serem “Notas Editoriais”, 03 por serem livros ou capítulos de livros, 02 por não responderem à pergunta norteadora, 02 por não utilizar o *QualityRights* e 1 artigo/cada que eram: Painel de Congresso,

Editorial, Ensaio de perspectiva e Boletim da Organização Mundial da Saúde. Assim, 14 artigos foram incluídos nesta revisão.

Os resultados das duas revisões foram sintetizados e agrupados em duas subcategorias.

3.1.1. O exercício dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e o *QualityRights*

O *QualityRights* foi elaborado por um grupo de trabalho internacional, tendo como objetivo garantir a qualidade de serviços de saúde mental e os direitos humanos de seus usuários. O projeto apresenta um conjunto de propostas, ações, ferramentas e programas que objetivam defender os direitos das pessoas com transtornos mentais (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015).

Foi oficialmente lançado em 28 de junho de 2012, na cidade de Nova York (Estados Unidos da América). Entidades governamentais de vários países discutiram a iniciativa e pactuaram sua implementação. A iniciativa apresenta, dentre seus objetivos, avaliar a qualidade da assistência prestada e a efetivação do exercício dos direitos humanos em serviços de saúde de caráter comunitários e hospitalares, utilizando uma abordagem participativa, que envolvem profissionais e usuários. O programa visa interromper as possíveis violações que acontecem em diferentes tipos de serviços de saúde mental e de assistência social, para, assim, melhorar a qualidade da assistência e do apoio psicossocial prestados, facilitando a formação e desenvolvimento de habilidades sobre a temática para os profissionais de saúde e para as pessoas com transtorno mental (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015).

O programa inclui um kit de avaliação de serviço e um kit de treinamento. O kit de ferramentas *QualityRights* de avaliação de serviços visa apoiar os países na avaliação e melhoria da qualidade e do respeito pelos direitos humanos em instituições de saúde mental e assistência social. Contém 05 temas, com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD): 1 - O direito a um padrão de vida e proteção social adequado (Artigo 28 da CDPD); 2 - O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da CDPD); 3 - O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14 da CDPD). 4 - Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e

abuso (Artigos 15 e 16 da CDPD); e 5 - O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19 da CDPD) (BRASIL, 2015; CARTA *et al.*, 2020).

O kit de ferramentas não é uma intervenção fixa, entregue uniformemente a todos, mas uma estrutura com treinamento e orientação associados para melhorar os serviços considerando as prioridades, recursos e necessidades locais. Dessa forma, os planos de melhoria em diferentes instalações são criados pelos funcionários dos serviços, que identificam as áreas que precisam ser alteradas e criam suas próprias estratégias de aperfeiçoamento (PATHARE *et al.*, 2019). A aplicação do instrumento *QualityRights* da OMS inclui a observação com enfoque nos aspectos estruturais e funcionais, e entrevistas com membros da equipe de saúde, usuários e familiares (MINOLETTI *et al.*, 2015).

As classificações são atribuídas inicialmente por critérios e, com base neles, um padrão específico é adotado. Com base nas classificações padrão, outra é atribuída ao tema. Essas classificações são feitas a partir do consenso do comitê de avaliação em uma escala de quatro pontos da seguinte forma: “alcançado totalmente”, “alcançado parcialmente”, “realização iniciada”, “não iniciada” ou “não aplicável” (BRASIL, 2015; CARTA *et al.*, 2020; PATHARE *et al.*, 2019).

Como mencionado, o Toolkit também inclui o kit de treinamento, com cinco módulos básicos que abarcam direitos humanos, saúde mental, deficiência, capacidade, recuperação e o direito à liberdade de coerção, violência e abuso. Há, também, três módulos de treinamentos especializados que englobam as práticas de recuperação, estratégias para acabar com o isolamento e contenção, e apoio à tomada de decisão e planejamento antecipado. O programa de treinamento concentra-se na implementação prática dos direitos humanos estabelecidos na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Isso é particularmente importante, dada à base de evidências emergente que mostra o impacto terapêutico dos direitos humanos e as violações significativas que continuam a existir na saúde mental e ambientes relacionados (MORRISSEY, 2020).

Esses módulos são elaborados para serem ministrados por equipes multidisciplinares em oficinas, incluindo pessoas com experiência vivida em transtorno mental. São direcionados a todas as pessoas envolvidas em serviços de saúde mental, desde usuários de serviços e familiares a médicos e gerentes. Os módulos são flexíveis e podem ser ajustados às necessidades dos participantes das reuniões (DUFFY; KELLY, 2020).

O treinamento visa promover a implementação dos direitos baseados na CDPD, aumentando a consciência dos participantes sobre a existência desses direitos e o impacto da

coerção, incluindo palestrantes com experiência vivida de coerção e outras violações dos direitos humanos. Também promove o uso de alternativas à coerção, oferecendo aos participantes possibilidades de pensarem em estratégias e práticas para proteger os direitos humanos e ajudar a prevenir violações. Isso é alcançado por meio de uma abordagem de aprendizagem participativa em que os participantes aprendem sobre os direitos da CDPD e, em seguida, aplicam esses direitos por meio de uma série de atividades de aprendizagem, como cenários baseados em casos práticos e discussões em grupo com participantes de diferentes origens, incluindo aqueles com experiência vivida de deficiência psicossocial (MORRISSEY, 2020).

Contudo, apesar da iniciativa, ainda é preciso e necessário que ocorram mudanças, no nível da legislação, como modificações para garantir os direitos de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e as normas da OMS definidas no instrumento *QualityRights*. Essas iniciativas reforçam que é possível desenvolver estratégias de melhoria contínua da qualidade e respeito aos direitos dos usuários nos centros de saúde mental, em que sejam adotados os padrões propostos pela OMS. No nível dos serviços de psiquiatria, recomenda-se que seja implementada uma série de medidas específicas, tais como: treinamento teórico-prático de equipes assistenciais sobre os padrões incluídos nos *QualityRights* da OMS; auto avaliação e avaliação externa com o instrumento *QualityRights*; formulação e implementação de planos de melhoria de *compliance* de padrões; incorporação de “facilitadores de direitos do usuário”, que devem ser independentes da equipe de atendimento, como por exemplo, com usuários com alto nível de recuperação, voluntários da comunidade, etc. (MINOLETTI *et al.*, 2015).

3.1.2. Resultados dos módulos de treinamento do *QualityRights*

Morrissey (2020) aplicou o programa de treinamento *QualityRights* na Islândia, e relata que os resultados revelaram mudanças de atitude entre os participantes após a conclusão do programa. Altos níveis de mudança de atitude foram demonstrados em mais de três quartos dos participantes do pré ao pós-teste do treinamento. As declarações em relação ao uso de coerção, capacidade legal, vida independente e recursos mostraram os níveis mais elevados de mudança de atitude do pré para o pós-treinamento. Os resultados também apontaram altos níveis de mudanças de atitude entre os prestadores de serviços em saúde mental e áreas relacionadas para muitas das declarações de avaliação sobre coerção, capacidade legal, vida

independente, o modelo médico de tratamento e recursos. O uso de outras práticas coercitivas, como a contenção química, também apresentou mudanças de atitude (MORRISSEY, 2020).

Outro estudo, dessa vez, realizado na Tunísia, avaliou o serviço e apresentou como objetivo medir as atitudes dos participantes antes e depois do curso *QualityRights*, avaliando uma enfermaria psiquiátrica, por equipe previamente treinada, comparando-a com uma avaliação anterior e discutindo um plano de melhoria. Os participantes do treinamento intensivo de uma semana demonstraram uma melhora significativa no conhecimento ou atitude, refletida em mudança expressiva nas pontuações de algumas questões, que têm em comum as crenças dos participantes sobre o controle e a liberdade de escolha dos usuários. Embora a diferença tenha alcançado significância estatística apenas em 19% das questões, uma melhora (em alguns casos nos limites da significância estatística) também foi observada em muitas outras questões, ou na grande maioria. Dessa forma, pode-se dizer que aqueles que participaram da formação estão mais dispostos a deixar a liberdade de escolha para quem utiliza os serviços de saúde mental (CARTA *et al.*, 2020).

Na Índia, estudo discutiu a implementação e o impacto do *QualityRights* como uma solução escalonável em serviços públicos de saúde mental em Gujarat. Houve a implementação do programa *QualityRights* em seis serviços públicos de saúde mental e para efeito de comparação, outros três serviços públicos de saúde mental não receberam o programa *QualityRights* e foram avaliados também. Os seis serviços de intervenção receberam intervenções como o kit de ferramentas *QualityRights* da OMS para avaliar serviços ao longo de cinco dimensões baseadas na CDPD. A avaliação do kit de ferramentas foi realizada no início e no acompanhamento de 12 meses. Foram realizadas melhorias no ambiente de serviço com base nos recursos existentes e foi ofertado treinamento aos profissionais de saúde, familiares e usuários dos serviços sobre: cuidados voltados para a recuperação; direitos dos indivíduos com transtornos mentais; habilidades de comunicação eficazes; e alternativas para isolamento e restrições. Ainda, por fim, para encorajar a participação de familiares e usuários do serviço, foram oferecidos grupos de autoajuda em todos os locais de intervenção (PATHARE *et al.*, 2019).

No acompanhamento realizado por 12 meses, houve diferenças significativas entre os serviços de intervenção com o grupo de comparação. Os serviços de intervenção foram significativamente mais propensos a relatar o cumprimento parcial ou total em muitos padrões do *ToolKit QualityRights*. Dessa forma, os serviços que receberam a intervenção melhoraram significativamente em qualidade. Os funcionários desses serviços também mostraram atitudes

substancialmente melhores em relação aos usuários dos serviços, e os usuários desses serviços relataram sentir-se mais capacitados e satisfeitos com os serviços (PATHARE *et al.*, 2019).

As mudanças de atitude alcançadas desde o pré até o pós-entrega do programa de treinamento *QualityRights* sugerem que a ferramenta pode gerar mudança de atitude em linha com os padrões de direitos humanos estabelecidos na CPDP relativos à coerção e capacidade legal em saúde mental e deficiência relacionada aos serviços. Os dados sugerem que o programa de treinamento também pode ajudar a afetar mudanças de atitude e culturais necessárias ao implementar a capacidade baseada na CPDP e a legislação de apoio à tomada de decisão (MORRISSEY, 2020).

Porém, é importante destacar que um aumento do financiamento e da equipe permitiria treinamento adicional, maior flexibilidade na prestação de cuidados e prestação de serviços mais centrados na pessoa - tudo o que reduziria o uso de medidas coercitivas nos próximos anos (DUFFY; KELLY, 2020).

4. *Percorso Metodológico*

4.1 Módulo “Strategies to end seclusion restraint”

Os módulos de treinamento e orientação *QualityRights* foram desenvolvidos para aprimorar o conhecimento, as habilidades e o entendimento entre os principais interessados sobre como promover os direitos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas e melhorar a qualidade dos serviços, assistência e apoio prestado na saúde mental e áreas relacionadas, estando de acordo com as normas internacionais de direitos humanos e, em particular, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a abordagem do *Recovery* (WHO, 2019b).

O *ToolKit QualityRights* é constituído por módulos principais e os módulos especializados, sendo:

Módulos principais (tradução nossa)

- Direitos Humanos
- Saúde mental, deficiência e direitos humanos
- *Recovery* e direito à saúde
- Capacidade legal e direito de decidir
- Liberdade de coerção, de violência e de abuso

Módulos especializados (tradução nossa)

- Tomada de decisão e planejamento avançado
- **Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção**
- Práticas de recuperação para a saúde mental e bem-estar

O objeto deste estudo é o Módulo “*Strategies to end seclusion restraint/Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção*” da parte de módulos especializados. O módulo reconhece que situações tensas e conflitantes ocorrem nos serviços e demonstra que o uso de isolamento e contenções constituem resposta totalmente inadequada, inaceitável e prejudicial em tais situações (WHO, 2019b).

Inicialmente o módulo aborda quem seria o público alvo, especificando que pessoas com transtornos mentais e deficiências, profissionais de saúde e voluntários, familiares e entidades governamentais ou não governamentais podem participar dos treinamentos. Também apresenta diretrizes sobre quem deverá ministrá-lo, enfatizando que o ideal seria uma equipe multidisciplinar e pessoas com experiências vividas sobre a temática.

Além disso, busca uma interação com o facilitador (pessoa que irá ministrar), explicando que os módulos de treinamento possuem notas para o facilitador em azul. As notas

do facilitador incluem exemplos de respostas ou outras instruções que não devem ser lidas aos participantes. O conteúdo da apresentação, perguntas e declarações que devem ser lidas aos participantes estão em preto (WHO, 2019b).

Por fim, há uma introdução sobre a temática do módulo e após apresenta-se seu conteúdo, abordando 11 tópicos com temáticas específicas, como: *Tópico 1*: O que é Recovery (Recuperação)?; *Tópico 2*: Definindo isolamento e contenção; *Tópico 3*: A experiência pessoal e o impacto do isolamento e contenção; *Tópico 4*: Suposições desafiadoras sobre isolamento e a contenção; *Tópico 5*: Identificando situações tensas e elementos de uma resposta bem-sucedida; *Tópico 6*: Planos individualizados para explorar e responder a sensibilidades e sinais de sofrimento ; *Tópico 7*: Criando uma cultura de “dizer sim” e “posso fazer”; *Tópico 8*: Ambientes de apoio e uso de salas de acolhimento; *Tópico 9*: Redirecionamento de situações tensas e conflitantes; *Tópico 10*: Equipes de resposta; *Tópico 11*: Ação a ser tomada para eliminar isolamento e contenção.

É importante destacar que o treinamento *QualityRights* pode ser uma ferramenta útil na redução de práticas coercitivas, pois reforça uma série de etapas que podem acelerar mudanças positivas e que favoreçam o exercício de direitos por pessoas com transtornos mentais. Medidas coercitivas poderiam ser reduzidas por meio do aprimoramento do treinamento e da educação de todos os envolvidos na saúde mental, incluindo usuários de serviços, familiares e prestadores de serviços. Dessa forma, o módulo “Estratégias para acabar com o isolamento e contenção” expande ainda mais essas medidas e as inserem em um contexto em que o isolamento ou contenção seriam reconsideradas. Alguns dos exemplos fornecidos podem ser superficiais ou super idealizados, mas são, não obstante, pontos de partida úteis para uma discussão mais aprofundada sobre como reduzir as práticas coercitivas. Este módulo também destaca a importância da educação do paciente e do cuidador na redução de isolamento e contenção (DUFFY; KELLY, 2020).

4.2 Tradução e Adaptação Cultural

Trata-se de estudo metodológico com enfoque em desenvolver, avaliar e aperfeiçoar um instrumento ou estratégia (POLIT; BECK, 2011). Este tipo de estudo apresenta como propósitos elaborar, avaliar e validar as tecnologias criadas, de forma a assegurar sua confiabilidade para o uso em ambientes educacional e assistencial (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A proposta metodológica para a validação dos módulos foi adaptada do

modelo de Beaton *et al.* (2000) e Pasquali (1998). Assim, as etapas a serem cumpridas neste estudo são descritas a seguir:

4. Tradução (BEATON *et al.*, 2000);
5. Análise de Juízes (PASQUALI, 1998);
6. Pré-teste (PASQUALI, 1998).

4.2.1 Tradução

A tradução dos módulos consiste em traduzir o instrumento original para a língua-alvo, assim foi realizada tradução dos módulos, da língua original (inglês) para a língua alvo (português brasileiro).

A tradução foi realizada por dois tradutores diferentes e independentes, nativos da língua-alvo (língua-portuguesa) e com profissões diferentes, pois permite detectar erros e interpretações divergentes. É sugerido que um dos tradutores deve conhecer os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos, por promover a restituição confiável do instrumento, e o outro será útil na obtenção de significados inesperados do instrumento original. O objetivo desse processo é preservar o significado de cada item entre as duas línguas e manter a integridade do instrumento de medida (BEATON *et al.*, 2000).

Assim, as duas versões das traduções foram analisadas, chegando a um consenso de uma única versão, denominada versão final (VF1).

4.2.2 Etapa: Comitê de juízes

A proposta metodológica para a validação do instrumento foi adaptada dos critérios estabelecidos no modelo de Pasquali (1998). O modelo é orientado em três grandes pólos (procedimentos), chamados de procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (que são os experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). O primeiro embasa-se na fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento; o segundo consiste nas etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto e na coleta de dados e informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do referido instrumento; e o terceiro, procedimentos analíticos, determina as análises estatísticas dos dados, a fim de validar um instrumento. Em virtude de o instrumento a ser validado constituir manual

educativo e não escala psicométrica, procedeu-se a adaptações da teoria ora apresentada usando apenas os procedimentos teóricos (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Para isso, é necessário que um comitê de juízes avalie as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do material. A equivalência semântica diz respeito ao significado das palavras, onde alterações gramaticais podem ser necessárias, mas com a finalidade de manter o sentido. A equivalência idiomática avalia os significados das expressões cotidianas, usadas no dia-a-dia, buscando expressões semelhantes na cultura-alvo, ou substituições. A equivalência cultural tem como objetivo avaliar se os itens do instrumento expressam situações comuns de cada cultura. Na equivalência conceitual, a validade dos conceitos explorados é examinada, buscando a relação do que está sendo investigado com a cultura em questão (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes serve de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item a que teoricamente se refere (PASQUALI, 1998). Para esse tipo de validação, é recomendado o número de seis a dez especialistas (POLIT; BECK, 2006).

Para isso, foi realizada busca ativa de pesquisadores da área, utilizando a técnica de bola de neve. Tal técnica é muito utilizada quando a população é composta por pessoas com características e perfis difíceis de serem encontradas. É usada também quando se quer avaliar a opinião de grupos específicos sobre determinado problema ou hipótese. Nesses casos, um participante que se enquadre nos critérios de inclusão do estudo será solicitado a indicar outros participantes (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011). Como parâmetros de análise para a seleção dos especialistas, foram estabelecidos: titulação, produção científica e tempo de atuação com a temática em discussão, ou seja, com suas linhas de pesquisas nas áreas de saúde mental, psiquiatria, vulnerabilidade e direitos humanos. Constituíram o comitê apenas os juízes cujo perfil preencheram os critérios (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A seleção dos especialistas pode variar de acordo com o tempo de experiência, publicações e especialização na área do fenômeno da pesquisa. Portanto, neste estudo, os especialistas foram selecionados por seus trabalhos como pesquisadores ou especialistas na área de saúde mental e direitos humanos (LEMONS; POVEDA; PENICHE, 2017), sendo efetuada busca na Plataforma Lattes para avaliar se os pesquisadores atendiam aos critérios de inclusão, como possuir produção científica, e/ou formação, e/ou prática profissional na área

de interesse (CRUZ *et al.*, 2019). Os especialistas foram convidados via e-mail (APÊNDICE A) e receberam o material via e-mail também.

Para averiguar a concordância dos juízes a respeito do material, foi utilizada adaptação da escala *Suitability Assessment of Materials* (SAM), que inclui questões para avaliação da dificuldade e da conveniência de materiais educativos (DOAK; DOAK; ROOT, 1996), adaptada e validada culturalmente por Sousa, Turrini e Poveda (2015) (ANEXO A). Para melhor compreensão dos participantes, foi utilizada a escala Likert, uma escala psicométrica que pretende registrar o nível de concordância ou discordância de uma informação fornecida (AGUIAR; CORREIA; CAMPOS, 2011; PARO, 2012).

O instrumento americano denominado SAM consiste em uma listagem ou *checklist* com seis categorias (conteúdo, compreensão do texto, ilustração, apresentação, motivação e adaptação cultural). A aplicação requer menos de 15 minutos e o resultado da somatória dos pontos atribuídos a cada item do instrumento categoriza o material quanto à adequação para os pacientes (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

Como foi adaptado para este estudo, o instrumento apresentou as seguintes subcategorias: No item *Conteúdo*: O objetivo é evidente, facilitando a compreensão do material?; O conteúdo aborda informações relacionados com transtornos mentais e direitos humanos; A proposta do material está adequada aos objetivos. No item *Linguagem*: As informações são repassadas dentro de um contexto claro? O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor? O vocabulário utiliza palavras comum? O aprendizado é facilitado por tópicos?. No item *Ilustrações gráficas*: As ilustrações são relevantes?. No item *Apresentação*: A organização do material está adequada? O tamanho e tipo de letra estão adequados. No item *Estimulação/Motivação*: Os padrões de comportamento desejados são bem modelados ou demonstrados? Existe motivação para que haja mudança no comportamento?. No item *Adequação cultural*: O material é culturalmente adequado a lógica, linguagem e experiência do público alvo? Apresenta exemplos adequados culturalmente?

Assim, foram convidados no total *dez* especialistas nas temáticas deste estudo, mas não foram obtidas *duas* respostas de especialistas e *um* especialista se recusou a participar devido a indisponibilidade de agenda.

Os *sete* especialistas que aceitaram participar receberam a versão final da tradução do módulo para ler, analisar e avaliar o material por meio escala *Suitability Assessment of Materials* (SAM) (adaptada para este estudo). Também receberam uma cópia do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) assinado pelas pesquisadoras. Por fim, os *sete* especialistas enviaram a análise do material preenchida para as pesquisadoras.

Após esta etapa, foi realizada a análise dos dados enviados pelos especialistas. As informações profissionais sobre os especialistas e seus dados sociodemográficos foram codificadas e digitadas em planilhas do aplicativo Excel e realizada análise descritiva, com cálculo de frequências e porcentagem, por meio do Software IBM SPSS Statistics v.25. Também foram analisadas as informações referentes às avaliações do módulo, por meio do instrumento SAM.

O instrumento SAM permite que os participantes deem opinião e sugestões sobre cada item. Dessa forma, as sugestões dos especialistas foram agrupadas, analisadas e acatadas. Após serem realizadas as modificações sugeridas pelo comitê de juízes, obteve-se uma nova versão do módulo, Versão Final 2 (VF2), a qual foi enviada para os profissionais de saúde para a última etapa do estudo.

4.2.3 Etapa: Pré-teste

O pré-teste apresenta como objetivo verificar se o material é compreensível para todos os membros da população à qual o instrumento se destina (PASQUALI, 1998).

Devido à pandemia de Covid-19, esta etapa precisou ser readequada, afim de não afetar o resultado final esperado, que seria uma tradução e adaptação cultural para a cultura brasileira, que fosse compreensível para toda população e visando evitar aglomerações. Sendo assim, inicialmente o módulo seria ofertado, por meio de curso de capacitação, em uma unidade de saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), para todos os profissionais de saúde que quisessem participar, como: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistente social etc. Contudo, em razão da impossibilidade mencionada, os profissionais de saúde do CAPS III foram convidados a ler e analisar o material, já traduzido e avaliado pelo comitê de juízes, e após avaliar o material por meio do instrumento SAM adaptado (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Esses profissionais foram convidados durante uma reunião de equipe na própria unidade, na qual *sete* profissionais demonstraram interesse em participar do estudo, porém apenas *quatro* profissionais analisaram o material e o retornaram para as pesquisadoras.

Considerando a baixa aceitação e devolutiva dos profissionais do serviço, foram, posteriormente convidados profissionais de saúde mental de outros serviços, utilizando

também a técnica de bola de neve, em que um sujeito que se enquadrasse nos critérios de participação do estudo indicou outros participantes (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011). Esses profissionais foram convidados via e-mail (APÊNDICE B). Para participar desta etapa, era necessário ser profissional de saúde mental e ter mais de 18 anos de idade.

Foram convidados *nove* profissionais de saúde de demais serviços. Contudo, *quatro* profissionais não responderam ao e-mail se aceitariam participar da pesquisa; *dois* profissionais de saúde aceitaram participar da pesquisa, mas não enviaram o material analisado de volta para as pesquisadoras; e *três* profissionais aceitaram participar da pesquisa e enviaram o material analisado para as pesquisadoras.

No total, *sete* profissionais de saúde participaram desta etapa. Assim, receberam a versão final da tradução do módulo (após análise do comitê de juízes) para ler, analisar e avaliar o material por meio escala *Suitability Assessment of Materials* (SAM) (adaptada para este estudo). Também receberam uma cópia de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) assinado pelas pesquisadoras.

Foram realizadas as análises dos dados sociodemográficos, bem como da avaliação realizada pelos profissionais de saúde. As sugestões dos profissionais foram agrupadas, analisadas e acatadas. Após serem realizadas as modificações sugeridas pelos profissionais, obteve-se uma nova versão do módulo, Verão Final 3 (VF3), sendo a última versão (APÊNDICE E).

4.2.4 Análises de dados

Para ambas as etapas (1 e 2), foi realizada a análise dos dados, em que as informações sobre os profissionais e seus dados sociodemográficos foram codificados, atribuindo códigos às características e perfis, e digitadas em planilhas do aplicativo Excel. Posteriormente, foi realizada análise descritiva, com cálculo de frequências e porcentagem, por meio do Software IBM SPSS *Statistics* v.25.

Para analisar os dados da avaliação realizada pelo instrumento SAM, foi calculada a média de concordância entre os participantes (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Os trabalhos de validação de materiais têm apresentado métodos diferentes para quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento ou material. Um método muito utilizado na área da saúde é o

Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O índice de validade de conteúdo (IVC) é uma medida calculada com base na representatividade das respostas positivas, por meio de vários métodos. É recomendado primeiro calcular o IVC para cada item, contando o número de especialistas ou profissionais que classificaram o item como três ou quatro e dividindo esse número pelo número total de especialistas, o que resulta na proporção de especialistas que consideraram o item como conteúdo válido (RUBIO *et al.*, 2003).

Para avaliar cada item individualmente, segundo Alexandre e Coluci (2011), é utilizada a fórmula:

$$\text{IVC: } \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Assim, o IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que concordam sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Consideram-se como representativos os itens marcados com "Concordo" ou "Concordo totalmente", obtendo escore do índice igual a 1,00, e o item que tiver todas as avaliações igual a 1,00 terá 100% de concordância (ARAGÃO *et al.*, 2015).

Para realizar este cálculo, as respostas dos itens foram reagrupadas, e os valores que correspondiam a 0 e 1 na escala Likert (discordo totalmente e discordo), passaram a corresponder a (-1), e quando o valor era 2 (neutro/indiferente), passou a ser (0) e quando os valores eram 3 e 4, passaram a ser (+1). Assim, a resposta de cada juiz poderia variar de -1 a +1 e quanto mais próxima de +1, maior a concordância de que o item era pertinente. A partir dessas respostas, foi possível calcular as médias de concordância do comitê de juízes, calculando a porcentagem de respostas que correspondia ao valor +1 (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Para o item ser aprovado é necessária uma concordância de pelo menos 80% entre os profissionais (PASQUALI, 1998).

Para avaliar o instrumento em sua totalidade, não existe consenso na literatura. Outrossim, há três maneiras, como a média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes; a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação; e a última forma seria dividir o "número total de itens considerados como relevantes pelos juízes pelo número total de itens". No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78 (POLIT; BECK, 2006). Assim, optou-se por dividir o número total de itens

considerados como relevantes (com resposta 1 – concordo ou concordo muito) pelo número total de itens respondidos no instrumento.

4.2.5 Considerações éticas

Os módulos estão disponíveis do site da OMS, porém foi obtida autorização para sua utilização na pesquisa (ANEXO B).

Para a etapa de pré-teste, foi concedida a autorização da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 21828819.4.0000.5393) (ANEXO C).

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o comitê de juízes (APÊNDICE C) e para os profissionais de saúde (APÊNDICE D) que participaram da parte de Pré-teste. Foi solicitado que assinassem as duas vias, uma via ficando com eles e a outra com a pesquisadora, na qual constava a autorização para a transmissão de informações, conforme recomendação da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Em relação ao Comitê de Juízes, dos 07 especialistas participantes todos (100%) eram no sexo feminino. A idade de cada especialista variou sendo que dois especialistas (28,6%) tinham 53 anos de idade, um especialista (14,3%) tinha 31 anos de idade, um especialista (14,3%) 33 anos de idade, um especialista (14,3%) tinha 36 anos de idade, um especialista (14,3%) 43 anos de idade e um especialista tinha 47 anos de idade. A média de idade foi de 42,3 anos.

Em relação às profissões, uma especialista (14,3%) era advogada, três especialistas (42,9%) eram enfermeiras, uma especialista (14,3%) era enfermeira e docente universitária e duas especialistas (28,6%) eram psicólogas.

O tempo de formação variou entre 07 anos e 31 anos, sendo que cada especialista teve um tempo único de formação, sendo 07 anos, 10 anos, 13 anos, 19 anos, 25 anos 29 anos e 31 anos. A média no tempo de formação foi de 19,1 anos.

O tempo de trabalho no serviço atual também variou para cada especialista entre 1 mês a 31 anos, sendo que a média foi de 12,05 anos. Em relação à titulação, 4 especialistas (57,1%) tinham a titulação de doutorado, dois especialistas (28,6%) tinham a titulação de mestrado e um especialista (14,3%) tinha a titulação de pós doutorado.

Em relação à atuação profissional atual, os 07 especialistas (100%) atuavam na sua área de interesse profissional, sendo que a área de interesse profissional de 1 especialista (14,3%) era ensino, de 5 especialistas (71,4%) era saúde mental e um especialista (14,3%) tinha as áreas de saúde mental e acadêmica como área de interesse.

Os 07 especialistas (100%) tinham participado de curso de capacitação nos últimos cinco anos, variando de 2 a 20 participações, tendo uma média de 9,3 participações. Os 7 especialistas (100%) tinham publicado artigo científico nos últimos 5 anos, variando de 2 a 13 publicações, tendo uma média de 6,6 publicações. Ainda, os 7 especialistas (100%) afirmaram que apresentaram trabalho nos últimos cinco anos, variando de 2 a 104 apresentações, tendo uma média de 21,1 apresentações.

As tabelas abaixo (Tabela 1 e 2) sintetizam os dados apresentados acima.

Tabela 1 - Participantes da etapa de Comitê de Juízes, segundo características sócio demográficas. Ribeirão Preto, 2021

(continua)

Características dos Participantes do Estudo (Comitê de Juízes)	% dos respondentes N=7
Idade	
31	14,3
33	14,3
36	14,3
43	14,3
47	14,3
53	28,6
Sexo	
Feminino	100,0
Profissão	
Advogada	14,3
Enfermeira	42,9
Enfermeira e Docente Universitária	14,3
Psicóloga	28,6
Tempo de Formação (anos)	
7	14,3
10	14,3
13	14,3
19	14,3
25	14,3
29	14,3
31	14,3
Tempo de trabalho atual	
1 mês	14,3
18 anos	14,3
25 anos	14,3
3 meses	14,3
31 anos	14,3
4 anos	14,3
6 anos	14,3
Titulação	
Mestrado	28,6
Doutorado	57,1
Pós doutorado	14,3
Atua na área de interesse	
Sim	100,0
Não	00,0
Qual a área de interesse?	
Ensino	14,3
Saúde mental	71,4
Saúde mental/Acadêmica	14,3
Participação em cursos de capacitação	
Sim	100,0
Não	00,0
Quantidade de Participação	
2	14,3
3	14,3
5	14,3
8	14,3

Tabela 1 - Participantes da etapa de Comitê de Juízes, segundo características sócio demográficas. Ribeirão Preto, 2021

(conclusão)

Características dos Participantes do Estudo (Comitê de Juízes)	% dos respondentes N=7
Quantidade de Participação	
10	14,3
17	14,3
20	14,3
Publicação de artigo nos últimos 5 anos	
Sim	100,0
Não	0,00
Quantidade de artigos publicados	
2	28,6
6	14,3
7	14,3
8	28,6
13	14,3
Apresentação de trabalhos nos últimos 5 anos	
Sim	100,0
Não	00,0
Quantidade de apresentações	
2	14,3
3	14,3
6	14,3
8	14,3
12	14,3
13	14,3
104	14,3

Fonte: Próprio estudo.

Tabela 2 - Características dos participantes da etapa de Comitê de Juízes, segundo análise descritiva. Ribeirão Preto, 2021

Características dos participantes/Análise	Idade (anos)	Tempo de Formação	Tempo de trabalho no serviço atual	Quantidade de Cursos de Capacitação	Quantidade de artigos publicados	Quantidade de trabalhos apresentados
N Respondidos	7	7	7	7	7	7
Não respondidos	0	0	0	0	0	0
Média	42,3	19,1	144,6	9,3	6,6	21,1
Mediana	43,0	19,0	72,0	8,0	7,0	8,0
Desvio Padrão	9,2	9,5	150,7	6,9	3,8	36,8
Mínimo	31	7	1	2	2	2
Máximo	53	31	372	20	13	104

Fonte: Próprio estudo.

Tabela 3 - Análise do comitê de juízes segundo aprovação, Ribeirão Preto, 2021

(conclusão)										
Juiz/ temática	Avaliação em cada	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	Porcentagem de aprovação por item
Os padrões de comportamento desejados são bem modelados ou demonstrados?		1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
Existe motivação para que haja mudança no comportamento?		1	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
O material é culturalmente adequado a lógica, linguagem e experiência do público alvo?		1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
Apresenta exemplos adequados culturalmente?		1	0	1	1	1	1	1	0,86	86%
Total de Aprovação									0,92	92%

Fonte: Próprio estudo.

Além da avaliação, por meio da Escala Likert, os especialistas podiam oferecer sugestões em cada item. A fim de melhorar cada item que não atingiu aprovação máxima (100%), todas as sugestões foram acatadas e foram realizadas as devidas modificações. As sugestões por itens e as modificações realizadas estão sintetizadas no quadro a seguir.

Quadro 1 - Sugestões do comitê de juízes e a respectivas adequações no material

Juiz	Tópicos	Sugestões	Ação
J1	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	O material não traz ilustrações (fotos, imagens e figuras). Porém, considerando os quadros e fluxograma que aparecem como ilustrações, podemos considerá-los relevantes. As imagens dos links também podem ser consideradas relevantes.	
	Apresentação	Se o material for ser impresso, sugiro que verifiquem o tamanho e a letra na impressão.	
	Estimulação/Motivação	-	
	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	Página 29 do PDF Está assim: Semelhante Sugestão: Semelhante	Realizadas todas as alterações sugeridas.

Página 35 do PDF Está assim: 8. Segurando as mãos de alguém para alimentá-las porque elas estão desnutridas. Sugestão: Segurando as mãos de alguém para alimentá-la porque ela está desnutrida.

Página 54 do PDF Está assim: Ouso de isolamento e / ou contenção em si e seus impactos; Sugestão: O uso de isolamento e / ou contenção em si e seus impactos;

Página 57 do PDF Está assim: A polícia, em sua intervenção, deveria ter demonstrado preocupação genuína com Fátima e usado técnicas não coercitivas para ajudá-la (por exemplo, conversando com ela calmamente pela porta, explicando que eles estavam lá para garantir que ela estivesse bem, perguntando se havia algo que eles poderiam fazer por ela, perguntando se ela permitiria que eles entrassem, etc.). Sugestão: A polícia, em sua intervenção, deveria ter demonstrado preocupação genuína com Fátima e usado técnicas não coercitivas para ajudá-la (por exemplo, conversando com ela calmamente pela porta, explicando que eles estavam lá para garantir que ela estivesse bem, perguntando se havia algo que eles poderiam fazer por ela, perguntando se ela permitiria que eles entrassem, etc.).

Página 68 do PDF Está assim: Eles estão longe do seu dia-a-dia, de sua casa, de suas coisas e confortos familiares, de sua comida, do ambiente habitual, de livros e computadores, de programas de televisão, de sua família, amigos, redes sociais, pertences, etc. são impedidos de sair, passear, manter suas rotinas e hábitos habituais Sugestão: Eles estão longe do seu dia-a-dia, de sua casa, de suas coisas e confortos familiares, de sua comida, do ambiente habitual, de livros e computadores, de programas de televisão, de sua família, amigos, redes sociais, pertences, etc. são impedidos de sair, passear, manter suas rotinas e hábitos

Página 72 do PDF Está assim: como será mobiliad e decorada; Sugestão: Como será a mobília decorada;

Página 74 do PDF Não entendi este trecho: “No entanto, a remoção de escalada é algo que todos podem

Página 74 do PDF Não entendi este trecho: “No entanto, a remoção de escalada é algo que todos podem aprender e praticar.”

Foi substituído por “desescalamento”

Também em outra parte foi explicada a palavra: Desescalamento só, agregado por:

desescalamento/desaceleração (prevenir que um conflito/situação seja agravada).

	<p>aprender e praticar.” O que seria remoção de escalada? Seria escalonada? Talvez outra palavra encaixe melhor. Achei somente essa parte um pouco confusa porque é preciso ir e voltar para tentar entender. Página 77 do PDF: Líderes de torcida Talvez seja melhor trocar por Líderes de Equipe</p> <p>Página 83 do PDF: Está assim: • Se você ver alguém demonstrando um comportamento que o perturba, tente abaixar minha voz e projetar calma, gentileza e compreensão. Sugestão: • Se eu vir alguém demonstrando um comportamento que me perturba, tento abaixar minha voz e projetar calma, gentileza e compreensão.</p> <p>Ou Se você ver alguém demonstrando um comportamento que o perturba, tente abaixar sua voz e projetar calma, gentileza e compreensão.</p>		
J2	Conteúdo	-	
	Linguagem	Seria interessante investir em mapas mentais para facilitar a compreensão de profissionais de nível médio e fundamental.	Foi incluído um anexo, Anexo 6: Entendendo o Módulo de Treinamento “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção”, com um mapa mental sintetizando todo material.
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	Penso que poderia ser sintetizado.	
	Estimulação/Motiv ação	Seria interessante incluir exemplos/ casos para chamar a atenção dos participantes.	Foi incluído exemplo de caso brasileiro.
	Adequação cultural	Seria interessante incluir exemplos mais claros e frequentes na realidade brasileira.	No Tópico 3: A experiência pessoal e o impacto do isolamento e contenção, no item <i>Apresentação: Impacto drástico do uso de isolamento e contenção, acrescentamos ao final dos exemplos:</i> Caso o facilitador queira apresentar um caso da realidade brasileira, sugerimos o caso de Damião Ximenes Lopes, disponível em: https://nidh.com.br/damiao/
	Demais sugestões	-	
J3	Conteúdo	-	
	Linguagem	Sugiro revisões gramaticais no texto.	Foram realizadas revisões em todo texto.
	Ilustrações gráficas	Poderia usar figuras também.	Foi acrescentado um mapa mental.
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motiv ação	-	

	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	-	
J4	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motivação	-	
	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	-	
J5	Conteúdo	<p>O conteúdo do material é muito rico!!! É um tipo de treinamento que envolve educação e contato (direto e indireto) com pessoas que vivenciam condições impostas pelos transtornos mentais, que são as intervenções com maiores evidências de eficácia, de acordo com a literatura. O treinamento pode possibilitar, mesmo que sejam “micro”, transformações a nível institucional e individual, pois trabalha com pensamentos, conhecimentos prévios, experiências pessoais e profissionais, percepções e sentimentos.</p> <p>Acredito que o tópico do módulo que implicará maiores desafios de execução será o Tópico 4- “Suposições desafiadoras sobre isolamento e contenção, pois envolve crenças e situações cotidianas dos serviços de saúde relacionadas com experiências de violência, ancoradas no medo e periculosidade e justificadas pelo desejo de proteção. Talvez seja interessante incentivar, realmente, a exposição de exemplos próprios, utilizando exercícios com estratégias que envolvam mais a sensibilidade, as emoções.</p>	<p>No Exercício 4.1: Desafiando a suposição de que circunstâncias excepcionais são razões válidas para o uso de isolamento e contenção, que diz: A suposição de que existem circunstâncias excepcionais em que o isolamento e as restrições precisam ser usadas é uma das questões mais desafiadoras em relação aos esforços para acabar com o uso do isolamento e contenção na saúde mental e nos serviços sociais. O facilitador deve estar preparado para discutir isso exaustivamente com o grupo. Foi acrescentado: “O facilitador pode incentivar que o grupo exponha exemplos próprios”.</p> <p>Enfatizando que no Exercício 4.2: É possível alterar o curso dos eventos que antecederam o uso de isolamento e restrições?</p> <p><i>Os participantes podem apresentar seus próprios exemplos e cenários. Incentive-os a refletir sobre esses cenários de maneira semelhante ao exercício abaixo.</i></p> <p>Já é enfatizada essa prática.</p>
	Linguagem	<p>Apenas um questionamento a respeito da nomenclatura “recovery”, utilizada no Tópico 1: apesar do tópico se referir à apresentação da abordagem da Recovery, sem envolver algum exercício, e apesar de não existir uma definição específica, será que não vale a pena inserir algum termo em português, como “O que é recovery/recuperação?”. Ou então, “Recovery - abordagem baseada em recuperação: O que é?”. Apenas uma reflexão e sugestões!</p>	<p>O tópico foi substituído por “O que é recovery/recuperação?”. E na Apresentação 1.1, foi substituído por: Recovery - abordagem baseada em recuperação: O que é?</p>
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	-	

	Estimulação/Motivação	-
	Adequação cultural	Como o próprio Guia informa, os módulos podem ser adaptados conforme o contexto. Para o contexto brasileiro, acredito que o conteúdo deste módulo está adequado e adaptado. Mas, acredito, também, que poderá sofrer adequações, de acordo com o contexto dos serviços de saúde que receberem o treinamento.
	Demais sugestões	-
J6	Conteúdo	-
	Linguagem	-
	Ilustrações gráficas	Não vi necessidade de ilustrações do material, além do símbolo da iniciativa <i>QualityRights</i> .
	Apresentação	O material é muito longo, apesar de ser muito bem organizado.
	Estimulação/Motivação	Os vídeos e os exemplos (cenários) são muito representativos.
	Adequação cultural	-
	Demais sugestões	-
J7	Conteúdo	Conteúdo relevante e claro convidando o leitor a conhecer a perspectiva de saúde mental e direitos humanos. A utilização de exemplos de situações de violações de direitos proporciona reflexão, aprendizado e possibilidade de mudança de comportamentos.
	Linguagem	Caso o leitor seja possuidor de escolaridade de ensino médio ou superior, entendo que o nível de compreensão seja adequado. Entretanto, considerando a participação de um público heterogêneo em relação à escolaridade, assim como a proposta de inserção de participantes com possíveis perdas cognitivas, sugiro uma reflexão sobre o vocabulário/linguagem apresentados, principalmente, nos tópicos iniciais.
	Ilustrações gráficas	Sem considerações.
	Apresentação	Sem considerações.
	Estimulação/Motivação	O material possibilita o desenvolvimento de análise crítica sobre os comportamentos e as violações de direitos com impacto na saúde mental. Dessa forma, se apresenta como um excelente gatilho para despertar a necessidade de se repensar práticas em saúde mental que violam os direitos fundamentais, e que podem repercutir em mudanças.
	Adequação	Sem dúvida se trata de uma proposta Foi realizadas correções em todo

cultural	de extrema relevância com exemplos de situações que traduzem problemas vivenciados nos serviços de saúde mental do Brasil. A única preocupação remete-se ao fato da extrema desigualdade vivenciada no país acabar por proporcionar uma desigualdade de aprendizagem, vocabulário, vivências que somadas às dificuldades cognitivas, possível de ser encontrada em parte das pessoas que fazem parte do público alvo, exigem extremo cuidado e exercício de adaptação de linguagem por parte de pesquisadores e de material a ser referenciado ao público. Ressalto que no decorrer da apresentação, o material foi sendo apresentado em linguagem mais acessível a diversidade de público-alvo proposta. São os temas iniciais, que por serem mais teóricos, exigem do pesquisador um cuidado maior para “traduzir” para uma linguagem acessível para leigos.	texto e em termo técnicos, foi incluído uma explicação na frente ou entre parênteses.
Demais sugestões -		

Fonte: Próprio estudo.

Já em relação aos Profissionais de Saúde, 06 participantes (85,7%) eram no sexo feminino e um participante (14,3%) era do sexo masculino. A idade de cada participante variou entre 25 e 48 anos de idade, com média de idade de 35,9 anos.

Em relação às profissões, um profissional (14,3%) era formado em Serviço Social, dois profissionais (28,6%) eram enfermeiros, um profissional (14,3%) era enfermeiro psiquiátrico e dois profissionais (28,6%) eram psicólogos e um profissional (14,3%) era terapeuta ocupacional.

O tempo de formação variou entre 02 anos e 25 anos, com uma média no tempo de formação de 11,3 anos. O tempo que os profissionais trabalham ou já trabalharam na saúde mental também variou para cada especialista com um mínimo de 6 meses e o máximo de 24 anos, sendo que a média foi de 9,5 anos.

Em relação à titulação, 1 profissional (14,3%) era bacharel e licenciado, 1 profissional (14,3%) tinha os títulos de especialização/Residência e mestrado, 3 profissionais (43,9%) tinham o título de especialização/residência e 2 profissionais (28,6) tinham o título de doutorado.

Em relação à atuação profissional atual, 6 especialistas (85,7%) atuavam na sua área de interesse profissional e um profissional (14,3%) não respondeu esta pergunta. As áreas de

interesse profissional para 1 participante (14,3%) era pesquisa, e para os outros 5 participantes (71,4%) era saúde mental.

Seis profissionais (85,7%) tinham participado de curso de capacitação nos últimos cinco anos, com uma média de 3,9 participações e um profissional (14,3%) não participou de nenhum curso de capacitação nos últimos 5 anos. Dentre os profissionais, 3 (42,9%) tinham publicado artigo científico nos últimos 5 anos e 4 profissionais (57,1%) não tinham publicado artigo científico nos últimos 5 anos. E, por fim, 3 profissionais (42,9%) afirmaram que apresentaram trabalhos nos últimos cinco anos e 4 profissionais (57,1%) informaram que não apresentaram trabalhos nos últimos 5 anos.

As informações são detalhadas nas tabelas abaixo (Tabela 4 e 5).

Tabela 4 - Profissionais de saúde segundo características sócio demográficas. Ribeirão Preto, 2021

(continua)

Características dos Profissionais de Saúde participantes do estudo	% dos respondentes N=7
Idade	
25	14,3
27	14,3
32	14,3
35	14,3
41	14,3
43	14,3
48	14,3
Sexo	
Feminino	85,7
Masculino	14,3
Profissão	
Serviço Social	14,3
Enfermeira	28,6
Enfermeiro Psiquiátrico	14,3
Psicóloga	28,6
Terapeuta Ocupacional	14,3
Tempo de Formação (anos)	
2	14,3
4	14,3
10	14,3
12	28,6
14	14,3
25	14,3
Tempo que trabalha/trabalhou na área de saúde mental	
6 meses	14,3
7 meses	14,3
5 anos	14,3
9 anos	14,3
10 anos	14,3

Tabela 4 - Profissionais de saúde segundo características sócio demográficas. Ribeirão Preto, 2021

(conclusão)

Características dos Profissionais de Saúde participantes do estudo	% dos respondentes N=7
Tempo que trabalha/trabalhou na área de saúde mental	
18 anos	14,3
24 anos	14,3
Titulação	
Bacharel e Licenciado	14,3
Especialização/Residência	42,9
Doutorado	28,6
Especialização/Residência e Mestrado	14,3
Atua na área de interesse	
Sem resposta	14,3
Sim	85,7
Não	00,0
Qual a área de interesse?	
Pesquisa	14,3
Saúde mental	71,4
Sem resposta	14,3
Participação em cursos de capacitação	
Sim	85,7
Não	14,3
Quantidade de Participação	
0	14,3
1	14,3
3	28,6
4	14,3
5	14,3
11	14,3
Publicação de artigo nos últimos 5 anos	
Sim	42,9
Não	57,1
Quantidade de artigos publicados	
0	57,1
2	28,6
5	14,3
Apresentação de trabalhos nos últimos 5 anos	
Sim	42,7
Não	57,1
Quantidade de apresentações	
0	57,1
2	14,3
4	14,3
5	14,3

Fonte: Próprio estudo.

Tabela 5 – Características dos participantes da etapa de Profissionais de Saúde, segundo análise descritiva. Ribeirão Preto, 2021

Características dos participantes/ Análise	Idade (anos)	Tempo de Formação	Tempo de trabalho no serviço atual	Quantidade de Cursos de Capacitação	Quantidade de artigos publicados	Quantidade de trabalhos apresentados
N Respondidos	7	7	7	7	7	7
Não respondidos	0	0	0	0	0	0
Média	35,9	11,3	115,0	3,9	1,3	1,6
Mediana	35,0	12,0	108,0	3,0	0,0	0,0
Desvio Padrão	8,5	7,5	105,5	3,6	1,9	2,1
Mínimo	25	2	6	0	0	0
Máximo	48	25	288	11	5	5

Fonte: Próprio estudo.

Em relação à avaliação feita por cada profissional de saúde, a porcentagem de aprovação variou por item, sendo que dois itens “A organização do material está adequada” e “O tamanho e tipo de letra estão adequados” tiveram aprovação máxima de 100% e os demais itens tiveram aprovação de 86% cada. A porcentagem de aprovação total do módulo foi de 88%. O resultado da análise dos profissionais de saúde pode ser vista na tabela a seguir.

Tabela 6 - Análise dos profissionais de saúde segundo aprovação, Ribeirão Preto, 2021

(continua)											
Juiz/Avaliação temática	em	cada	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	Porcentagem de aprovação por item
O objetivo é evidente, facilitando a compreensão do material?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
O conteúdo aborda informações relacionados com transtornos mentais e direitos humanos?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
A proposta do material está adequada aos objetivos?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
As informações são repassadas dentro de um contexto claro?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%

Tabela 6 - Análise dos profissionais de saúde segundo aprovação, Ribeirão Preto, 2021

Juiz/Avaliação temática	em	cada	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	(conclusão)	
										Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	Porcentagem de aprovação por item
O vocabulário utiliza palavras comuns?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
O aprendizado é facilitado por tópicos?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
As ilustrações são relevantes?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
A organização do material está adequada?			1	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
O tamanho e tipo de letra estão adequados?			1	1	1	1	1	1	1	1,0	100%
Os padrões de comportamento desejados são bem modelados ou demonstrados?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
Existe motivação para que haja mudança no comportamento?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público alvo?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
Apresenta exemplos adequados culturalmente?			1	1	1	1	1	1	0	0,86	86%
Total de Aprovação										0,88	88%

Fonte: Próprio estudo.

Além da avaliação, por meio da Escala Likert, os profissionais de saúde também podiam dar sugestões em cada item. Visando melhorar cada item que não atingiu aprovação máxima (100%), todas as sugestões foram acatadas e foram realizadas as devidas modificações. As sugestões por itens e as modificações realizadas podem ser vistas no quadro a seguir.

Quadro 2 – Sugestões dos profissionais de saúde e suas respectivas adequações

Profissional	Tópicos	Sugestões	Ação
P1	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motivação	-	
	Adequação cultural	-	

	Demais sugestões	-	
P2	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motivação	-	
	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	O material é excelente, pode se adequar a vários públicos alvo, trazendo a discussão de uma temática de extrema importância nos serviços de saúde mental no Brasil.	
P3	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motivação	-	
	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	A leitura contínua se torna cansativa, contudo por itens de torna interessante e esclarecedora. A parte da tradução foi muito bem realizada e a leitura é possível sem ressalvas.	
P4	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	O gráfico final auxilia na compreensão do material como todo.	
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motivação	Acredito que só pela leitura fique difícil, motivar a experiência prática com esse material seria mais rico.	
	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	Material muito rico, porém a leitura torna-se cansativa e extensa.	
P5	Conteúdo	-	
	Linguagem	-	
	Ilustrações gráficas	-	
	Apresentação	-	
	Estimulação/Motivação	-	
	Adequação cultural	-	
	Demais sugestões	Poderia acrescentar em anexo casos reais brasileiros para exemplificar os tópicos e se aproximar culturalmente.	Foi acrescentado um anexo (Anexo 7) com exemplos de casos brasileiros.
P6	Conteúdo	-	
	Linguagem	Interessante o termo “incapacidade psicossocial”. Embora não perceba o uso no cotidiano, achei claro, abrangente e gostaria que fosse mais adotado	

	aqui.	
	Ilustrações gráficas	-
	Apresentação	Achei apenas um pouco extensa a leitura, tabelas e resumo ajudaram na síntese e visão do conjunto.
	Estimulação/Motivação	Algumas particularidades locais (como legais ou de características da equipe por ex) podem limitar a motivação, embora o material sensibiliza para isso.
	Adequação cultural	Achei que quando se fala “Liberdade de Coerção” poderia ser entendido no sentido inverso caso não estivesse claro o objetivo do material. Por exemplo, quando é usada a expressão “Liberdade de expressão” no Brasil, entendo como favorável a isso, não como algo a ser combatido. Como as menções do termo “Liberdade de Coerção” aparecem quando se refere apenas ao módulo com este termo, ainda em processo de validação, não fizemos alterações.
	Demais sugestões	-
P7	Conteúdo	-
	Linguagem	-
	Ilustrações gráficas	-
	Estimulações/Motivação	-
	Adequação Cultural	-
	Demais sugestões	-

Fonte: Próprio estudo.

A elaboração de instrumentos, quer seja protocolos, escalas de cuidado ou materiais educativos em Enfermagem, bem como sua validação de conteúdo, tendo como base o referencial metodológico de Pasquali, revela o crescimento da enfermagem brasileira no ambiente científico, resultando na utilização de medidas confiáveis nas pesquisas (MEDEIROS *et al.*, 2015). Visando favorecer a discussão dos resultados, este item foi dividido em duas partes: *1- Compreendendo os resultados do Comitê de Juízes* e *2- Compreendendo os resultados dos profissionais de saúde*.

6.1 Compreendendo os resultados da Etapa de Comitê de Juízes

A necessidade de elaborar, adaptar e validar materiais, para poderem contribuir para a melhora da assistência prestada e em uma melhor qualidade de vida de seus pacientes, levou a enfermagem a se apropriar do conceito de “*Adaptação Cultural*” (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Assim, neste estudo, a primeira avaliação do módulo foi realizada pelo comitê de juízes, que são especialistas no assunto.

Neste estudo, bem como nos estudos desenvolvidos por Saraiva, Medeiros e Araujo, (2018) e por Abreu, Marinho e Cardoso (2019), os especialistas, participantes do comitê de juízes, em sua maioria, eram do sexo feminino, e tinham, em sua maioria, a titulação de Doutor. Neste estudo, os dois juízes que tinham apenas o título de mestre estavam cursando o doutorado. Além disso, todos tinham participado de cursos de capacitação, publicado artigos científicos e apresentado trabalhos em eventos nos últimos cinco anos, reforçando o envolvimento deste Comitê com a temática deste trabalho.

Faz-se importante ressaltar as formações distintas dos especialistas, o que pode resultar em um trabalho multidisciplinar, fazendo com que às sugestões dos especialistas tornem o material mais adequado (SARAIVA; MEDEIROS; ARAUJO, 2018). Ainda, reforça-se que os materiais educativos não podem ter informações incompletas ou erradas, que possam levar a população-alvo ao erro ou dificultar o entendimento da temática (XIMENES *et al.*, 2019).

Sobre as avaliações, alguns itens tiveram 100% de aprovação, ou seja, todos os juízes atribuíram nota máxima (concordo ou concordo muito) para o item verificado. Os itens que atingiram esta nota foram: O objetivo é evidente, facilitando a compreensão do material?; O conteúdo aborda informações relacionados com transtornos mentais e direitos humanos?; A proposta do material está adequada aos objetivos?; As informações são repassadas dentro de um contexto claro?; O aprendizado é facilitado por tópicos?; A organização do material está

adequada?; O tamanho e tipo de letra estão adequados?; Existe motivação para que haja mudança no comportamento?

Quatro itens tiveram 86% de aprovação. Assim, seis juízes atribuíram notas máximas para estes itens (concordo ou concordo muito), porém 01 juiz (não necessariamente foi o mesmo juiz nas quatro categorias) deu nota neutra para estes itens (neutro/indiferente). Os itens que tiveram esta pontuação foram: O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor?; Os padrões de comportamento desejados são bem modelados ou demonstrados?; O material é culturalmente adequado a lógica, linguagem e experiência do público alvo?; Apresenta exemplos adequados culturalmente?

Ainda, dois itens conseguiram apenas 71% de aprovação, sendo menor do que os 80% mínimos exigidos. Apesar disso, o item (O vocabulário utiliza palavras comuns) obteve avaliações positivas com notas máximas (concordo ou concordo muito) de 5 juízes, porém obteve avaliação neutra (neutro/indiferente) de 2 juízes, o que ocasionou uma aprovação inferior a 80%. Já o item “As ilustrações são relevantes” obteve 5 notas máximas (concordo ou concordo muito), uma nota neutra (neutro/indiferente) e uma nota negativa (discordo e discordo muito).

Foram considerados validados os itens que obtiveram nas respostas índices de concordância entre os juízes maior ou igual a 80% (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008; PASQUALI, 1998). Apesar de a literatura apontar um índice de concordância maior ou igual a 70% já ser suficiente para um item ser considerado validado, optou-se por um índice de maior concordância, uma vez que se observa lacuna na literatura sobre estudos realizados validando módulos educativos (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Destaca-se que, apesar de alguns itens terem conseguido a nota mínima para aprovação (acima de 80%) e não terem recebidos avaliações negativas de nenhum juiz, foram realizadas adequações nas traduções das palavras/frases, a fim de ficar mais compreensível para a população brasileira. Também foram incluídos exemplos e casos brasileiros para melhor contextualização do público alvo.

Para o item “O vocabulário utiliza palavras comuns”, que teve avaliação menor do que 80%, foi realizada uma nova avaliação da tradução pelas pesquisadoras e por uma terceira pessoa, para que fosse possível encontrar palavras mais adequadas e comuns para o material. E para o item “As ilustrações são relevantes” foi acrescentado um mapa mental ao final, conforme sugerido por um juiz. Assim, as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual obtidas pela avaliação de um comitê de especialistas em relação à tradução e

adaptação do módulo foram atestadas, e foram obtidos bons índices de validade de conteúdo avaliados pelo comitê de juízes (FERNANDES *et al.*, 2019).

Como no estudo desenvolvido por Figueiredo *et al.* (2019), alguns itens alcançaram escores mais baixos, sendo corrigidos, orientados pelas recomendações dos juízes, tendo o conteúdo revisado quanto ao embasamento científico, contexto cultural do público alvo e revisado gramaticalmente. Nesse processo, é importante ressaltar que todas as alterações foram embasadas nas sugestões dos juízes, além das avaliações. Ou seja, todas as sugestões de traduções foram acatadas, assim como adequações de linguagem.

“(...) sugiro uma reflexão sobre o vocabulário/linguagem apresentadas, principalmente, nos tópicos iniciais.” (J7)

Nas sugestões de ilustrações, a fim de não modificar o material, inserindo novas ilustrações, foi incluído um mapa mental (ao final do módulo e como anexo), conforme sugestão de um juiz:

“Seria interessante investir em mapas mentais para facilitar a compreensão de profissionais de nível médio e fundamental.” (J2)

Em relação a estas sugestões, no estudo desenvolvido por Cordeiro *et al.* (2017) também foram sugeridas mudanças tanto no conteúdo quanto nas ilustrações, assim como reformulação das frases. As sugestões de substituição e explicação de termos considerados inapropriados e confusos e o acréscimo de informações relevantes fazem-se necessárias, pois as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde não podem ser diferentes, nem conflitantes. No que diz respeito às ilustrações, optou-se por não inserir mais ilustrações devido às demais sugestões de alguns juízes:

“O material não traz ilustrações (fotos, imagens e figuras). Porém, considerando os quadros e fluxograma que aparecem como ilustrações, podemos considerá-los relevantes. As imagens dos links também podem ser consideradas relevantes.” (J1)

“Não vi necessidade de ilustrações do material, além do símbolo da iniciativa QualityRights.” (J6)

Os juízes apresentaram outras sugestões, além de elogios, como se pode observar na categoria “Conteúdo”:

“O conteúdo do material é muito rico!!! (...) Acredito que o tópico do módulo que implicará maiores desafios de execução será o Tópico 4- ‘Suposições desafiadoras sobre isolamento e contenção’, pois envolve crenças e situações cotidianas dos serviços de saúde relacionadas com experiências de violência, ancoradas no medo e periculosidade e justificadas pela desejo

de proteção. Talvez seja interessante incentivar, realmente, a exposição de exemplos próprios, utilizando exercícios com estratégias que envolvam mais a sensibilidade, as emoções.” (J5)

Esta é realmente uma temática difícil, pois a contenção mecânica apesar de ser amplamente usada, não só causa medo no momento de sua ocorrência, mas também pode resultar em uma cultura de medo nos serviços de saúde, tendo consequências psicológicas, físicas e negativas para os pacientes e funcionários de saúde mental. Para lidar com essas situações e reduzir a contenção física na saúde mental, é necessário melhorar a comunicação e as relações entre a equipe e os pacientes, fazer mudanças relacionadas à equipe, adequar os ambientes da enfermaria e fornecer atividades ao paciente (WILSON *et al.*, 2017), como as apresentadas no módulo.

Em relação à apresentação do módulo, foram feitas observações sobre o tamanho do módulo:

“Penso que poderia ser sintetizado.” (J2)

“O material é muito longo, apesar de ser muito bem organizado”. (J6)

Não foram realizadas adequações para estas sugestões, pois sintetizá-lo poderia fazer com que houvesse perdas da riqueza do material, como sugeriram Santos *et al.* (2020). Segundo os autores, em virtude da significativa quantidade de informações apresentadas no material, de sua complexidade e da divisão dos tópicos, houve dificuldade para reduzir textos e o número de páginas, o que pode tornar a leitura cansativa. Porém ressalta-se que apesar de extenso, há sugestões de que ele não seja ofertado como curso de uma única vez, mas sim por tópicos. Ou seja, o material educativo validado será desenvolvido em, no mínimo, 03 sessões ou reuniões, considerando plantões de 06 horas dos profissionais de saúde. Desse modo, não será cansativo nem para o facilitador ou para os participantes.

Nos itens “Estimulação/Motivação” e “Adequação cultural” foram sugeridos que fossem incluídos exemplos da realidade brasileira.

“Seria interessante incluir exemplos mais claros e frequentes na realidade brasileira.” (J2)

Estes itens também tiveram elogios:

“Os vídeos e os exemplos (cenários) são muito representativos” (J6)

Para essas sugestões, foram incluídos exemplos brasileiros, como o caso de Damião Ximenes Lopes, que aconteceu em uma instituição psiquiátrica privada certificada pelo Sistema Único de Saúde, a Casa de Repouso Guararape (MACHADO; MISI, 2016).

Além de todas as sugestões terem sido acatadas ou justificadas, o módulo recebeu aprovação global de 92%, sendo considerado adaptado e validado culturalmente para a cultura brasileira pelo comitê de juízes. Por fim, apresenta-se a opinião de um dos juízes participantes:

“Como o próprio Guia informa, os módulos podem ser adaptados conforme o contexto. Para o contexto brasileiro, acredito que o conteúdo deste módulo está adequado e adaptado. Mas, acredito, também, que poderá sofrer adequações de acordo com o contexto dos serviços de saúde que receberem o treinamento.” (J5)

6.1. Compreendendo os resultados da Etapa dos Profissionais de Saúde

Para materiais educativos em saúde, além de possuir informações corretas e serem validados quanto ao conteúdo, é necessário que os materiais sejam compreensíveis pelo público-alvo. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde com experiência na temática, em saúde mental, realizaram a validação de conteúdo realizando algumas sugestões (GALINDO-NETO *et al.*, 2019; XIMENES *et al.*, 2019). Para um melhor resultado, nesta etapa, os participantes tinham várias formações diferentes, o que possibilitou sua compreensão por distintos profissionais de saúde. Dessa forma, buscou-se, na medida em que foi possível, ter opiniões e olhares diversos sobre os conteúdos abordados, o que, possivelmente, teria sido incipiente com a participação restrita de um grupo profissional (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

No que diz respeito à avaliação feita pelos profissionais, apesar de apenas dois itens (“A organização do material está adequada” e “O tamanho e tipo de letra estão adequados”) terem conseguido aprovação máxima (100%), ou seja, todos os juízes assinalaram que concordavam ou concordavam muito com a temática, os demais itens conseguiram aprovação de 86%, acima da média necessária para ser considerado validado. Ainda, seis dos sete profissionais fizeram avaliações positivas de todos os itens, assinalando que concordavam ou concordavam muito com todas as temáticas. Apenas um profissional se mostrou neutro (assinalando neutro/indiferente) no restante das temáticas. Apesar disso, a aprovação final do módulo foi de 88%, considerado acima do necessário para ser validado.

O planejamento do estudo, principalmente o planejamento metodológico foi estruturado de maneira sistemática para poder compreender todo cenário do desenvolvimento, visando manter o desenho didático, consistente e inovador que o material já possuía (BRAGAGNOLLO *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde também fizeram algumas sugestões e considerações em relação ao material. Em relação ao Estímulo e Motivação e em relação à Apresentação apontam-se algumas considerações:

“Acredito que só pela leitura fique difícil, motivar a experiência prática com esse material seria mais rico.” (P4)

“Material muito rico, porém a leitura torna-se cansativa e extensa.” (P4)

“Achei apenas um pouco extensa a leitura, tabelas e resumo ajudaram na síntese e visão do conjunto.” (P6)

“A leitura contínua se torna cansativa, contudo por itens de torna interessante e esclarecedora. A parte da tradução foi muito bem realizada e a leitura é possível sem ressalvas.” (P3)

Apesar de extenso, compreendemos que as ilustrações ajudaram na leitura, porém é relevante enfatizar que a aplicabilidade deste material não é para leitura e sim para oferta como um curso. Seu plano de ensino sugere que as atividades sejam desenvolvidas de maneira construtiva e formativa, que seja uma troca entre facilitadores e participantes, sendo ideal utilizar depoimentos dos participantes durante os encontros (RIBEIRO; SPADELLA, 2018), assim, destaca-se que os módulos serão aplicados, na modalidade curso, e os participantes não precisarão ler o material. Nessa perspectiva, vivenciarão experiências práticas, o que resultará em um material rico, conforme sugerido.

Diante de tais achados, destaca-se a relevância de avaliação dos materiais educativos pelo seu público-alvo, possibilitando a identificação e correção caso a comunicação não esteja efetiva (GALINDO NETO *et al.*, 2017). Em relação à “Apresentação”, foi mencionada novamente a extensão do módulo, porém com ressalvas.

Outra sugestão foi a de acrescentar mais exemplos brasileiros.

“Poderia acrescentar em anexo casos reais brasileiros para exemplificar os tópicos e se aproximar culturalmente.” (P5)

Dessa forma, foi acrescentado um anexo com casos brasileiros. As sugestões de substituição e explicação de termos que podem gerar confusão e o acréscimo de informações relevantes são fundamentais e foram realizadas nesse processo de validação (CORDEIRO *et al.*, 2017).

Os participantes também fizeram considerações sobre o mapa mental incluído após sugestão do comitê de juízes:

“O gráfico final auxilia na compreensão do material como todo.” (P4)

Ainda, foi realizada a seguinte observação do material na íntegra:

“O material é excelente, pode se adequar a vários públicos alvos, trazendo a discussão de uma temática de extrema importância nos serviços de saúde mental no Brasil.” (P2)

As sugestões de cada profissional foram acatadas, desde que fossem pertinentes ao objeto do módulo. Esse processo de avaliação foi fundamental para enriquecer o conteúdo e a proposta do módulo, principalmente nos itens avaliados cujos valores não atingiram concordância máxima (concordo ou concordo muito), pois essas sugestões partiram de profissionais com qualificação em saúde mental (RIBEIRO; SPADELLA, 2018). Com base nos resultados, reforça-se a necessidade de investigar a opinião da população-alvo do estudo sobre o uso de materiais para que a versão final disponível seja o mais compatível possível com sua autonomia. Isso corrobora a participação ativa da população nos processos de ensino-aprendizagem sobre prevenção, recuperação e reabilitação em saúde (GALINDO-NETO *et al.*, 2019).

Este estudo está em consonância com os resultados de pesquisa desenvolvida por Lima *et al.* (2017), em que o público-alvo avaliou de forma positiva o material desenvolvido, considerando como importante para promoção do conhecimento, com conteúdo rico, formato adequado e ilustrações explicativas. Sendo assim, o material visa auxiliar o processo de construção do saber, como meio de chamar a atenção para o assunto, levantando questionamentos e preocupações à respeito da saúde mental e o exercício de direitos por pessoas com transtornos mentais em situação de contenção (PEUKER *et al.*, 2017).

Por fim, ressalta-se que as diferentes formações e experiências profissionais dos membros do comitê de especialistas e profissionais de saúde propiciaram a garantia de que o resultado final é o mais próximo possível do ideal, assegurando sua adaptação cultural (FERNANDES *et al.*, 2019). Em suma, pode-se considerar o material validado e adaptado culturalmente para a cultura brasileira, sendo compreensível para os profissionais brasileiros, podendo ser utilizado para capacitá-los na atuação em saúde mental.

Os resultados expressam uma alta confiabilidade e fidedignidade para a educação em saúde mental e em direitos direcionada para profissionais de saúde (TIBÚRCIO *et al.*, 2014). Em relação à importância deste material, a prática de adaptação, validação e aplicação de materiais educacionais têm apresentado excelentes resultados em estudos nacionais e internacionais (XIMENES *et al.*, 2019). Ainda, considerando que nenhum conhecimento é finito e inflexível, propõe-se a realização de revisões do conteúdo do material, e adaptações,

com base nas demandas apresentadas pelas pessoas que utilizarão o material (HORTENSE; BERGEROT; DOMENICO, 2018).

7. Limitações

Como limitações, destaca-se que apesar do módulo ter sido validado quanto ao seu conteúdo, mais estudos precisam ser realizados para testar a eficácia de sua aplicação na prática e como este material se refletirá nos saberes e práticas dos profissionais de saúde. Além disso, destaca-se a técnica de amostragem utilizada neste estudo, com resultados restritos e que não podem ser generalizados (SILVA *et al.*, 2018).

8. *Conclusão*

As histórias de vida de pessoas com transtornos mentais têm sido marcadas pelo estigma e exclusão social, em razão de terem uma doença que não escolheram. Dessa forma, seus destinos são marcados pela vulnerabilidade social e privação de direitos, em diferentes contextos como unidades de saúde, e muitas vezes por meio do uso de práticas coercitivas e de contenção e isolamento.

Considerando esse cenário, muitos esforços têm sido empreendidos para lidar com essa realidade. Dentre eles, este estudo apresenta como objeto a Iniciativa *QualityRights*, que fornece materiais de treinamento para a capacitação de profissionais de saúde e população em geral sobre as disposições da CDPD. Dentre as ferramentas, destaca-se o kit de treinamento e o módulo “Estratégias para acabar com o isolamento e contenção”, submetido à validação e adaptação cultural neste estudo.

O módulo foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira por dois profissionais, e revisado por um terceiro, todos de profissões diferentes. Foi avaliado por um comitê de juízes, especialistas na temática, recebendo aprovação total de 92%. O mencionado comitê fez sugestões, que foram em sua maioria acatadas. Logo após, para certificação de que o material era compreensível para toda população, principalmente para o público alvo, o conteúdo foi avaliado por profissionais de saúde mental, recebendo aprovação total de 82%, além de quase todas as sugestões terem sido acatadas e as que não foram serem justificadas. Assim, os índices obtidos no processo de validação de conteúdo deste material indicaram alta confiabilidade de sua validação. Com base nos resultados demonstrados, considera-se o módulo validado e adaptado para a cultura brasileira, podendo ser utilizado para a capacitação de profissionais de saúde brasileiros.

Ainda, diante da complexidade deste estudo e das restrições impostas pela pandemia de Covid-19, não foi possível, nesse momento, aplicar o conteúdo, por meio da oferta de curso utilizando o material validado. Estudo posterior a ser desenvolvido pela pesquisadora prevê a oferta de todos os módulos da Iniciativa *QualityRights*, visando contribuir para a melhora da qualidade de vida e do atendimento prestado às pessoas com transtornos mentais.

Referências

- ABAYNEH, S. *et al.* Service user involvement in mental health system strengthening in a rural african setting: qualitative study. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 187, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1352-9>. Acesso em: 22 de junho, 2021.
- ABREU, A. C. S.; MARINHO, D. F.; CARDOSO, I. B. P. Tecnologia educativa para os cuidadores de pacientes submetidos a traqueostomia: estudo de validação. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5730>. Acesso em: 22 de junho, 2021.
- AGUIAR, B.; CORREIA, W.; CAMPOS, F. Uso da Escala Likert na análise de jogos. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE GAMES E ENTRETENIMENTO DIGITAL, 10., 2011, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: [s. n.], 2011. p. 5.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 25 de junho, 2021.
- ANDRADE, M. D. Direitos humanos das pessoas com deficiência mental: tratamento institucional no contexto brasileiro. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rqi.2017.25082>. Acesso em: 04 de junho, 2021.
- ARAGÃO, J. S. *et al.* A content validity study of signs, symptoms and diseases/health problems expressed in LIBRAS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1014–1023, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0325.2644>. Acesso em: 25 de junho, 2021.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, London, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 20 de fevereiro, 2021.
- ASHER, L. *et al.* “I cry every day and night, I have my son tied in chains”: physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. **Globalization and Health**, London, v. 13, n. 1, p. 47, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0273-1>. Acesso em: 19 de março, 2021.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 14 de fevereiro, 2020.
- BORSBOOM, D. A network theory of mental disorders. **World Psychiatry**, Milan, v. 16, n. 1, p. 5–13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20375>. Acesso em: 20 de junho, 2020.
- BRAGAGNOLLO, G. R. *et al.* Development and validation of an interactive educational technology on spotted fever. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3678.3375>. Acesso em: 22 de junho, 2020.

BRASIL. **Investimento em saúde mental cresceu quase 200%**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direito é qualidade**: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282_por.pdf?sequence=53&isAllowed=y. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL, Ministério de Saúde. **Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRONDANI, M. A.; ALAN, R.; DONNELLY, L. Stigma of addiction and mental illness in healthcare: the case of patients' experiences in dental settings. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 5, p. e0177388, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177388>. Acesso em: 20 de fevereiro, 2021.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 3., 2019, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2019. p. 13. Disponível em: <https://doi.org/https://atencapossocial.paginas.ufsc.br/files/2020/07/A-trajet%C3%B3ria-das-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde-mental-no-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 25 de junho, 2021.

CARTA, M. G. *et al.* Implementing WHO-Quality Rights Project in Tunisia: results of an intervention at Razi Hospital. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, Sharjah, v. 16, n. 1, p. 125–133, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1745017902016010125>. Acesso em: 20 de fevereiro, 2021.

CORDEIRO, L. I. *et al.* Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 4, p. 775–782, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0145>. Acesso em: 25 de junho, 2021.

CRUZ, G. C. V. *et al.* Construction and validation of an educational technology on human papillomavirus vaccine for adolescents. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0050>. Acesso em: 26 de junho, 2021.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

DOAK, C. C.; DOAK, G. L.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skill**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, 1996. E-book.

DUFFY, R. M.; KELLY, B. D. Can the World Health Organisation's 'QualityRights' initiative help reduce coercive practices in psychiatry in Ireland? **Irish Journal of Psychological Medicine**, Cambridge, p. 1–4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.81>. Acesso em: 20 de fevereiro, 2021.

EGER AYDOGMUS, M. Social stigma towards people with medically unexplained symptoms: the somatic symptom disorder. **Psychiatric Quarterly**, New York, v. 91, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09704-6>. Acesso em: 21 de junho, 2021.

FERNANDES, A. D. B. F. *et al.* Cultural adaptation of the adaptation scale to elimination ostomy for use in Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0234>. Acesso em: 05 de fevereiro, 2021.

FERREIRA, M. S.; CARVALHO, M. C. A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 6, n. 2, p. 192–201, 2017.

FIGUEIREDO, S. V. *et al.* Creation and validation of a health guidance booklet for family members of children with sickle cell disease. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0231>. Acesso em: 25 de junho, 2021.

FUNK, M.; BOLD, N. D. WHO's *QualityRights* Initiative: transforming services and promoting rights in mental health. **Health and Human Rights**, Boston, v. 22, n. 1, p. 69–75, 2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32669790>. Acesso em: 05 de março, 2021.

GALINDO-NETO, N. M. *et al.* Creation and validation of an educational video for deaf people about cardiopulmonary resuscitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2765.3130>. Acesso em: 05 de junho, 2021.

GALINDO NETO, N. M. *et al.* Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 87–93, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700013>. Acesso em: 06 de julho, 2021.

GROVER, S.; SHOUAN, A.; SAHOO, S. Labels used for persons with severe mental illness and their stigma experience in North India. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 48, p. 101909, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101909>. Acesso em: 10 de fevereiro, 2021.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N). Acesso em: 05 de setembro, 2018.

HAILEMARIAM, M. *et al.* Engaging and staying engaged: a phenomenological study of barriers to equitable access to mental healthcare for people with severe mental disorders in a rural African setting. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 16, n. 1, p. 156, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0657-0>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

HANSEN, H.; BRASLOW, J.; ROHRBAUGH, R. M. From cultural to structural competency—training psychiatry residents to act on social determinants of health and institutional racism. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 75, n. 2, p. 117, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3894>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

HARTINI, N. *et al.* Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. **Psychology Research and Behavior Management**, Auckland, v. 11, p. 535–541, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S175251>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

HORTENSE, F. T. P.; BERGEROT, C. D.; DOMENICO, E. B. L. Construction and validation of clinical contents for development of learning objects. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 306–313, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0622>. Acesso em: 03 de julho, 2021.

IBGE. **Números do Censo 2021**. 2021. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/sobre/numeros-do-censo.html#:~:text=Veja%2C%20a%20seguir%20algumas%20informa%C3%A7%C3%B5es,a%20serem%20visitados%205570%20munic%C3%ADpios>. Acesso em: 25 mar. 2021.

KATZ, C. L.; LAHEY, T. P.; CAMPBELL, H. T. An ethical framework for global psychiatry. **Annals of Global Health**, London, v. 80, n. 2, p. 146, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.04.002>. Acesso em: 05 de fevereiro, 2021.

KOHN, R. *et al.* Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

LEMO, C. S.; POVEDA, V. B.; PENICHE, A. C. G. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2143.2952>. Acesso em: 23 de junho, 2021.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Construção e validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 181–189, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700028>. Acesso em: 03 de julho, 2021.

LIU, N. H. *et al.* Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. **World Psychiatry**, Milan, v. 16, n. 1, p. 30–40, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20384>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não experimentais. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. E-book.

MACHADO, J. S.; MISI, M. C. O caso Damião Ximenes, a lei de reforma psiquiátrica e os avanços em saúde mental no Brasil. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, Feira de Santana, n. 20, p. 4, 2016. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/3232/0>. Acesso em: 15 de março, 2021.

MAHOMED, F.; STEIN, M. A.; PATEL, V. Involuntary mental health treatment in the era of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 15, n. 10, p. e1002679, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002679>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 127–135, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974007>. Acesso em: 22 de junho, 2021.

MINOLETTI, A. *et al.* Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile. **Revista Medica de Chile**, Santiago, v. 143, n. 12, p. 1585–1592, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015001200012>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

MORRISSEY, F. E. An evaluation of attitudinal change towards CRPD rights following delivery of the WHO QualityRights training programme. **Ethics, Medicine and Public Health**, Paris, v. 13, p. 100410, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.100410>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

NG, Y. P.; RASHID, A.; O'BRIEN, F. Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 11, p. e0187861, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187861>. Acesso em: 05 de fevereiro, 2021.

OLIVEIRA, F. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>. Acesso em: 06 de março, 2020.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115–123, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100013>. Acesso em: 05 de setembro, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>. Acesso em: 10 de junho, 2021.

OPAS. **Saúde mental**: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acesso em: 25 mar. 2021.

PARO, B. **Escala Likert**: coisas que todo pesquisador deveria saber. 2012. Disponível em: <https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/a-escala-likert-coisas-que-todo-pesquisador-deveria-saber>. Acesso em: 05 de setembro, 2018.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206–213, 1998.

- PATHARE, S. *et al.* Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.138>. Acesso em: 10 de março. 2021.
- PEUKER, A. C. *et al.* Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 8, p. 146–160, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000200009&nrm=iso. Acesso em: 23 de junho. 2021.
- PITTA, A. M. F.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. M.. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 760–771, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>. Acesso em: 10 de junho. 2021.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. E-book.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 29, n. 5, p. 489–497, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>. Acesso em: 04 de setembro. 2018.
- RATHOD, S. *et al.* Mental health service provision in low- and middle-income countries. **Health Services Insights**, Thousand Oaks, v. 10, p. 117863291769435, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1178632917694350>. Acesso em: 11 de junho. 2021.
- RAVEESH, Bevinahalli Nanjegowda; LEPPING, Peter. Restraint guidelines for mental health services in India. **Indian journal of psychiatry**, v. 61, n. Suppl 4, p. S698–S705, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_106_19. Acesso em: 09 de junho. 2021.
- REZAYAT, F.; MOHAMMADI, E.; FALLAHI-KHOSHKNAB, M. The process of responding to stigma in people with schizophrenia spectrum disorders and families: a grounded theory study. **Perspectives in Psychiatric Care**, Hillsdale, v. 56, n. 3, p. 564–573, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppc.12468>. Acesso em: 12 de junho. 2021.
- RIBEIRO, Z. M. T.; SPADELLA, M. A. Validação de conteúdo de material educativo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 155–163, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00007>. Acesso em: 25 de junho. 2021.
- RUBIO, D. M. *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 94–104, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>. Acesso em: 25 de junho. 2021.
- SALLES, M. M.; BARROS, S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275–1292, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400013>. Acesso em: 12 de junho. 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 10 de junho. 2021.

SANTOS, A. S. *et al.* Construction and validation of an educational technology for mother-child bond in the neonatal intensive care unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0083>. Acesso em: 27 de junho. 2021.

SANTOS, J. C.; BARROS, S.; HUXLEY, P. J. Social inclusion of the people with mental health issues: compare international results. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 64, n. 4, p. 344–350, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764018763941>. Acesso em: 12 de junho. 2021.

SARAIVA, N. C. G.; MEDEIROS, C. C. M.; ARAUJO, T. L. Serial album validation for promotion of infant body weight control. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2194.2998>. Acesso em: 25 de junho. 2021.

SILVA, R. A. *et al.* Atividade sexual na lesão medular: construção e validação de cartilha educativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 255–264, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800037>. Acesso em: 25 de junho. 2021.

SIQUEIRA, S. R. G. *et al.* Attitudes towards the mentally ill: a study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. **Psychiatric Quarterly**, New York, v. 88, n. 1, p. 25–38, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9431-5>. Acesso em: 10 de junho. 2021.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Tradução e adaptação do instrumento “suitability assessment of materials” (sam) para o português. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 5, p. 7854–7861, 2015.

SOUZA, D. S. *et al.* Exercise of human rights of institutionalized persons: perception of psychiatric hospital professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0519>. Acesso em: 11 de junho. 2021.

SZMUKLER, G. “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **World Psychiatry**, Milan, v. 18, n. 1, p. 34–41, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20584>. Acesso em: 12 de junho. 2021.

TAGHVA, A. *et al.* Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: stakeholders’ perspectives. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1169-y>. Acesso em: 5 de março. 2021.

TAWIAH, P. E.; ADONGO, P. B.; AIKINS, M. Mental health-related stigma and discrimination in ghana: experience of patients and their caregivers. **Ghana Medical Journal**, Accra, v. 49, n. 1, p. 30, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/gmj.v49i1.6>. Acesso em: 3 de junho. 2021.

TIBÚRCIO, M. P. *et al.* Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 4, p. 581–587, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670413>. Acesso em: 01 de julho. 2021.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>. Acesso em: 04 de junho. 2021.

URBANOSKI, K.; INGLIS, D.; VELDHUIZEN, S. Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**, Thousand Oaks, v. 62, n. 8, p. 551–559, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0706743717714467>. Acesso em: 10 de junho. 2021.

VILLANI, M.; KOVESS-MASFETY, V. Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on french health professionals. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 133, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1296-0>. Acesso em: 08 de abril. 2021.

WAHLBECK, K. *et al.* Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 52, n. 5, p. 505–514, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1370-4>. Acesso em: 09 de junho. 2021.

WAINBERG, M. L. *et al.* Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v. 19, n. 5, p. 28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>. Acesso em: 05 de junho. 2021.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 03 de fevereiro. 2021.

WHO. **Estratégias para acabar com a reclusão e a contenção** *QualityRights* da OMS **Treinamento especializado**. Genebra: WHO, 2019b.

WHO. **QualityRights materials for training, guidance and transformation**. 2019a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-QualityRights-guidance-and-training-tools>. Acesso em: 9 mar. 2021.

WILSON, C. *et al.* Is restraint a ‘necessary evil’ in mental health care? Mental health inpatients’ and staff members’ experience of physical restraint. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 26, n. 5, p. 500–512, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12382>. Acesso em: 09 de junho. 2021.

WINKLER, P. *et al.* A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years’ development of mental health care for people with severe mental illnesses in Central and Eastern Europe. **The Lancet Psychiatry**, Kidlington, v. 4, n. 8, p. 634–642, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9). Acesso em: 08 de junho. 2021.

XIMENES, M. A. M. *et al.* Construção e validação de conteúdo de cartilha educativa para prevenção de quedas no hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 433–441, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900059>. Acesso em: 20 de junho. 2021.

YE, Junrong *et al.* Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 5, n. 1, p. 68–71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.001>. Acesso em: 29 de junho. 2021.

ZANARDO, A. B. R.; RODRÍGUEZ, A. M. M. M.; VENTURA, C. A. A. Living conditions of persons with mental and behavioral disorders in a psychiatric hospital, São Paulo, Brazil. **Archives of Psychiatric Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 49–55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.010>. Acesso em: 07 de junho. 2021.

ANEXO A – Instrumento de Avaliação**Questionário de Avaliação**

Adaptação do *Suitability Assesment of Materials* (SAM) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

PARTE 1 –

Nome (Iniciais): _____ Idade: _____

Sexo: ()Feminino ()Masculino

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Tempo que trabalha no serviço atual: _____

Titulação: ()Especialização/Residência ()Mestrado ()Doutorado

Atua na área de interesse profissional? ()Sim ()Não Qual a área de interesse? _____

Participação em curso ou capacitação sobre a área de interesse nos últimos cinco anos?
()Sim ()Não

Se sim, especificar a quantidade de participações: _____

Publicação de artigo, nos últimos cinco anos, em periódico indexado envolvendo área de interesse?

() Sim ()Não – Se sim, especificar quantas publicações: _____

Publicação de trabalho em eventos científicos envolvendo área de interesse nos últimos cinco anos? ()Sim ()Não – Se sim, especificar quantas publicações: _____

PARTE 2 - Instruções e Avaliação: Analise minuciosamente o módulo de acordo com os critérios enumerados. Em seguida, para cada afirmação, classifique-o em consonância com o valor que mais se adeque a sua opinião.

Utilize: 0 para discordo muito; 1 para discordo; 2 para neutro/indiferente; 3 para concordo e 4 concordo muito.

1. Conteúdo

<i>O objetivo é evidente, facilitando a compreensão do material</i>	0	1	2	3	4
<i>O conteúdo aborda informações relacionados com transtornos mentais e direitos humanos?</i>	0	1	2	3	4
<i>A proposta do material está adequada aos objetivos?</i>	0	1	2	3	4
Observações:_____.					

2. Linguagem

<i>As informações são repassadas dentro de um contexto claro</i>	0	1	2	3	4
<i>O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor</i>	0	1	2	3	4
<i>O vocabulário utiliza palavras comuns</i>	0	1	2	3	4
<i>O aprendizado é facilitado por tópicos</i>	0	1	2	3	4
Observações:_____.					

3. Ilustrações gráficas

<i>As ilustrações são relevantes</i>	0	1	2	3	4
Observações:_____.					

4. Apresentação

<i>A organização do material está adequada</i>	0	1	2	3	4
<i>O tamanho e tipo de letra estão adequados</i>	0	1	2	3	4
Observações:_____.					

5. Estimulação/Motivação

<i>Os padrões de comportamento desejados são bem modelados ou demonstrados</i>	0	1	2	3	4
<i>Existe motivação para que haja mudança no comportamento</i>	0	1	2	3	4
Observações:_____.					

6. Adequação cultural

<i>O material é culturalmente adequado a lógica, linguagem e experiência do público alvo?</i>	0	1	2	3	4
<i>Apresenta exemplos adequados culturalmente?</i>	0	1	2	3	4
Observações:_____.					

ANEXO B – Autorização para uso dos módulos QualityRights

----- Forwarded message -----

De: **FUNK, Michelle Karen** <funkm@who.int>

Date: qui., 21 de mai. de 2020 às 11:16

Subject: Follow-up Brazil: Guidance for translation of WHO QualityRights training materials

To: caaventu@eerp.usp.br <caaventu@eerp.usp.br>

Cc: DREW BOLD, Nathalie Jane <drewn@who.int>, ROBERTSON, Patricia C. <robertsonp@who.int>, oliveirren <oliveirren@paho.org>

Dear Carla,

Thank you for your message, which Patricia forwarded to me. We are very pleased to know that the translations are underway. So that we can have an overall view of ongoing translations of the training materials, it would be very helpful to have an idea of your process and how it is evolving, i.e. how many modules are planned for translation, who and/or which partners are involved with translating, and if it is the WHOCC who will be finalizing them? Any information you could provide now would be appreciated.

Looking forward to hearing from you.

With best wishes,

Michelle

pubrights <pubrights@who.int>

to Carla, emanuele600, Michelle, Rachel, Janine, Renato, me, Catarina *

Dear Carla,

Many apologies for the delay in responding. I was on leave last week. The following [QualityRights materials for training, guidance and transformation \(Work\)](#) have been published under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO license \(CC BY-NC-SA 3.0 IGO\)](#). Under the terms of this license, you may translate and adapt this Work for non-commercial purposes, provided the Work is appropriately cited, as indicated below.

- [Human rights](#) 9789241516883
- [Freedom from coercion, violence and abuse](#) 9789241516730
- [Strategies to end seclusion and restraint](#) 9789241516754
- [Legal capacity and the right to decide](#) 9789241516716
- [Mental health, disability and human rights](#) 9789241516709
- [Supported decision-making and advance planning](#) 9789241516761
- [Recovery and the right to health](#) 9789241516723

If you create a translation of this Work, kindly note that:

1. The use of the WHO name and logo is not permitted. In any use of this Work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services.
2. You should license your translation and/or adaptation under the same or equivalent Creative Commons license. WHO suggests using CC BY-NC-SA 4.0 or 3.0. If you wish to publish under a different license, a list of compatible licenses is available at <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>
3. Your logo shall appear on the cover page and title page of the Translation.
4. The following disclaimer in the language of the translation should be added on the copyright page:

© [Insert name of publisher] [Insert publishing year of the Translation]

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition [Insert title of the publication], Geneva: World Health Organization; [year]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.

This translated work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0](#). (see point 2 if this is not an appropriate licence for you)

5. Prior to publication of the Translation, please send to WHO Press at pubrights@who.int page-proofs of the front and back covers, copyright pages and title-pages.

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação dos módulos Realising supported decision making and advance planning e Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices do ToolKit QualityRights

Pesquisador: Ana Beatriz Rizzo Zanardo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21828819.4.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.743.964

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reanálise de projeto com pendência, em que foram incluídas as correções solicitadas às pesquisadoras.

Objetivo da Pesquisa:

Item apreciado anteriormente em reunião, sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item apreciado anteriormente em reunião, com inclusão da abordagem dos riscos/desconfortos, bem como dos benefícios do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Item apreciado anteriormente em reunião, sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Item apreciado anteriormente em reunião, com a inclusão da autorização da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, para o desenvolvimento do estudo.

Recomendações:

Não Há.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@geerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.743.964

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os esclarecimentos e correções solicitados às pesquisadoras foram respondidos. O Projeto atende aos requisitos estabelecidos na Resolução CNS nº 466/2012, sendo considerado, portanto, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1424266.pdf	21/11/2019 14:34:03		Aceito
Outros	Oficio_resposta_pendencias.pdf	21/11/2019 14:33:34	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
Outros	Autorizacao_local_pesquisa.pdf	21/11/2019 14:28:59	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	VERSAO02_PROJETODETALHADO_NOV2019.pdf	21/11/2019 14:25:13	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLE_COMITEDEJUIZES_NOV2019.pdf	21/11/2019 14:23:35	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLE_PROFISSIONAISDESAUDE_NOV2019.pdf	21/11/2019 14:22:48	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/09/2019 10:25:26	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	08/09/2019 09:25:35	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/08/2019 16:30:28	Ana Beatriz Rizzo Zanardo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.743.964

RIBEIRÃO PRETO, 04 de Dezembro de 2019

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

APÊNDICE A – Convite Comitê de Juízes

Caro pesquisador,

Meu nome é Ana Beatriz, sou enfermeira e mestrande pela EERP-USP. Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Validação dos módulos Realising supported decision making and advance planning e Strategies to end seclusion and restraint” do ToolKit *QualityRights*”, a pesquisa se trata do projeto de mestrado, desenvolvido por mim, com orientação da Prof. Carla Ventura.

Gostaríamos de lhe convidar para participar da pesquisa, compondo o Comitê de Juízes, que tem o objetivo de ler, analisar e avaliar a tradução e adaptação cultural de um dos módulos da pesquisa. Se o nosso convite for aceito, lhe enviaremos o módulo para sua análise, intitulado “Strategies to end seclusion and restraint”, o instrumento de avaliação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser preenchido, assinado e enviado de volta para as pesquisadoras, e uma declaração de participação no projeto, se desejar!

Pedimos também que sua avaliação seja feita e enviada para nós até a data de 16 de janeiro de 2021, para que possamos dar continuidade no projeto de pesquisa. Ressalto que sua participação é de grande importância no desenvolvimento desta pesquisa, mas também não há problemas na sua recusa.

Pedimos também que caso você conheça algum pesquisador da temática, com perfil para participar da pesquisa da etapa de Comitê de Juízes, nos passe o nome e e-mail, o que também será de grande importância!

Aguardamos sua resposta e muito obrigada!

APÊNDICE B – Convite Profissionais de Saúde

Caro profissional,

Meu nome é Ana Beatriz, sou enfermeira e mestranda pela EERP-USP. Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Validação dos módulos *Realising supported decision making and advance planning* e *Strategies to end seclusion and restraint*” do ToolKit *QualityRights*”, a pesquisa se trata de um projeto de mestrado, desenvolvido por mim, com orientação da Prof. Carla Ventura.

Gostaríamos de lhe convidar para participar da pesquisa, compondo a etapa de profissionais de saúde, que tem o objetivo de ler, analisar e avaliar a tradução e adaptação cultural de um dos módulos da pesquisa. Se o nosso convite for aceito, lhe enviaremos o módulo para sua análise, intitulado “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção/*Strategies to end seclusion and restraint*”, o instrumento de avaliação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser preenchido, assinado e enviado de volta para as pesquisadoras, e uma declaração de participação no projeto, se desejar! Pedimos também que sua avaliação seja feita e enviada para nós até a data de 16 de março de 2021, para que possamos dar continuidade ao projeto de pesquisa.

Ressalto que sua participação é de grande importância no desenvolvimento desta pesquisa, mas também não há problemas na sua recusa.

Pedimos também que caso você conheça algum profissional de saúde mental, com perfil para participar da pesquisa da etapa de Profissionais de Saúde, nos envie o nome e e-mail, o que também será de grande importância!

Aguardamos sua resposta e muito obrigada!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Comitê de Juízes**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

(Frente)

Eu, Ana Beatriz Rizzo Zanardo, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob orientação da prof. Dra. Carla Ap. Arena Ventura, estou realizando o estudo intitulado: Validação dos módulos *Realising supported decision making and advance planning* e *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices* do *ToolKit QualityRights*. O objetivo deste estudo é adaptar culturalmente e validar os módulos “*Realising supported decision making and advance planning*” e o “*Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*” do toolkit *QualityRights* da Organização Mundial da Saúde sobre transtornos mentais.

Se o nosso convite for aceito, você receberá o módulo do curso, para ler e analisar, ao fim, você será convidado a responder um questionário de avaliação sobre o módulo. As respostas do questionário servirão apenas para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer prejuízo.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória e não acarretará gastos nem remunerações. Você poderá deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento. Sobre os riscos envolvidos na participação desta pesquisa, informo que você poderá sentir algum tipo de desconforto ao responder o questionário, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer, podendo marcar um horário com a pesquisadora, para possíveis esclarecimentos. Ainda, está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas para o combate do estigma e da discriminação com relação às pessoas com transtornos mentais e para a promoção de direitos humanos. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o (a) senhor (a) receberá uma via assinada, pela pesquisadora e pela orientadora, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone 16-3315-9197, funcionando em dias úteis das 10h-12h e das 14h-16h, ou e-mail cep@eerp.usp.br. Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Verso)

Atenciosamente,

Ana Beatriz Rizzo Zanardo
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário, Ribeirão Preto-SP.
Telefone: (16) 3315-3422
E-mail: ana.zanardo@usp.br

Prof.^a Dra Carla Ap. Arena Ventura
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário, Ribeirão Preto-SP.
Telefone: (16) 3315-3422
E-mail: caaventu@gmail.com

Eu, _____,
declaro que concordo em participar da pesquisa, sabendo que dela eu poderei desistir a
qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de Saúde**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

(Frente)

Eu, Ana Beatriz Rizzo Zanardo, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob orientação da prof. Dra. Carla Ap. Arena Ventura, estou realizando o estudo intitulado: Validação dos módulos *Realising supported decision making and advance planning* e *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices* do *ToolKit QualityRights*. O objetivo deste estudo é adaptar culturalmente e validar os módulos “*Realising supported decision making and advance planning*” e o “*Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*” do toolkit *QualityRights* da Organização Mundial da Saúde sobre transtornos mentais.

Se o nosso convite for aceito, você receberá o módulo do curso, para ler e analisar, ao fim, você será convidado a responder um questionário de avaliação sobre o módulo. As respostas do questionário servirão apenas para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer prejuízo.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória e não acarretará gastos nem remunerações. Você poderá deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento. Sobre os riscos envolvidos na participação desta pesquisa, informo que você poderá sentir algum tipo de desconforto ao responder o questionário, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer, podendo marcar um horário com a pesquisadora, para possíveis esclarecimentos. Ainda, está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas para o combate do estigma e da discriminação com relação às pessoas com transtornos mentais e para a promoção de direitos humanos. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o (a) senhor (a) receberá uma via assinada, pela pesquisadora e pela orientadora, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone 16-3315-9197, funcionando em dias úteis das 10h-12h e das 14h-16h, ou e-mail cep@eerp.usp.br. Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Verso)

Atenciosamente,

Ana Beatriz Rizzo Zanardo
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário, Ribeirão Preto-SP.
Telefone: (16) 3315-3422
E-mail: ana.zanardo@usp.br

Prof.^a Dra Carla Ap. Arena Ventura
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário, Ribeirão Preto-SP.
Telefone: (16) 3315-3422
E-mail: caaventu@gmail.com

Eu, _____,
declaro que concordo em participar da pesquisa, sabendo que dela eu poderei desistir a
qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

APÊNDICE E – Versão Final do Módulo “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção”.

Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção

QualityRights da OMS Treinamento especializado

QualityRights

CEDiHuS

Transformando serviços e promovendo os direitos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas

Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção. QualityRights da OMS Treinamento especializado. Guia do curso

© [Centro de Educação em Direitos Humanos e Saúde (CEDiHus)] [2021]

Traduzido para o português brasileiro e adaptado culturalmente para a cultura brasileira por:

Ana Beatriz Zanardo Mion

Carla Aparecida Arena Ventura

Arte da capa e contracapa desenvolvida por:

Arthur Luis Barbosa Martins

Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês [*Strategies to end seclusion restraint*]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2019]. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO será a edição vinculativa e autêntica.

Este trabalho traduzido está disponível sob o [CC BY-NC-SA 4.0](#)

Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção (tradução). de Ana Beatriz Zanardo Mion e Carla Aparecida Arena Ventura está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 4.0 Internacional](#).

Baseado no trabalho disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>.

ISBN 978-92-4-151675-4

© Organização Mundial da Saúde 2019

Alguns direitos reservados. O trabalho original está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Sob os termos desta licença, você pode copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que o trabalho seja citado adequadamente, conforme indicado abaixo. Em qualquer uso deste trabalho, não deve haver sugestão de que a OMS apóie qualquer organização, produto ou serviço específico. O uso do logotipo da OMS não é permitido. Se você adaptar o trabalho, deverá licenciá-lo sob a mesma ou equivalente licença Creative Commons. Se você criar uma tradução para este trabalho, adicione o seguinte aviso, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e autêntica”.

Qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes da licença deve ser conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida do trabalho original. Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção. QualityRights da OMS Treinamento especializado. Guia do curso. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Licença: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Dados de catalogação em publicação (CIP). Os dados do CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

Vendas, direitos e licenciamento. Para adquirir publicações da OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para enviar solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenciamento, consulte <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de terceiros. Se você deseja reutilizar material deste trabalho que é atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter permissão do detentor dos direitos autorais. O risco de reivindicações resultantes da violação de qualquer componente de propriedade de terceiros no trabalho recai exclusivamente sobre o usuário.

Isenções de responsabilidade gerais. As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da OMS sobre o status legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas informações. fronteiras ou limites. Linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas de bordas aproximadas para as quais ainda não há um acordo completo.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela OMS, em preferência a outros de natureza semelhante que não são mencionados. Com exceção de erros e omissões, os nomes dos produtos patenteados são diferenciados por iniciais maiúsculas.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em caso algum a OMS será responsável por danos decorrentes de seu uso.

Os slides do curso estão disponíveis aqui: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Conteúdo

Agradecimentos.....	ii
Prefácio	x
Declarações de suporte.....	xi
O que é a iniciativa Direito é Qualidade da OMS?.....	xvii
OMS QualityRights – Ferramentas de treinamento e orientação	xviii
Sobre este guia de treinamento e orientação.....	xix
Orientação para facilitadores.....	xxi
Nota preliminar sobre o idioma	xxiv
Objetivos de aprendizagem, tópicos e recursos.....	xxvi
Introdução	1
Tópico 1: O que é Recovery?.....	2
Tópico 2: Definindo isolamento e contenção	4
Tópico 3: A experiência pessoal e o impacto do isolamento e contenção.....	13
Tópico 4: Suposições desafiadoras sobre isolamento e contenção.....	20
Tópico 5: Identificando situações tensas e elementos de uma resposta bem-sucedida.....	27
Tópico 6: Planos individualizados para explorar e responder a sensibilidades e sinais de angústia	32
Tópico 7: Criando uma cultura de “dizer sim” e “pode fazer”	35
Tópico 8: Ambientes de apoio e uso de salas de acolhimento	38
Tópico 9: Redirecionamento de situações tensas e conflitantes	41
Tópico 10: Equipes de resposta	43
Tópico 11: Ação a ser tomada para eliminar isolamento e contenção	48
Referências	53
Anexos.....	58
Anexo 1: Cenários	58
Anexo 2: Citações de pessoas com experiência vivida de isolamento e contenção.....	60
Anexo 3: Faça um plano individualizado.....	62
Anexo 5: Alterações no nível de serviço para eliminar isolamento e contenção	64
Anexo 6: Módulo de Treinamento “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” - resumo	64
Anexo 7: Exemplos de casos brasileiros que podem ser utilizados no módulo	64

Agradecimentos

Conceitualização

Michelle Funk (Coordenadora) e Natalie Drew Bold (Diretora Técnica) Política de Saúde Mental e Desenvolvimento de Serviços, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (OMS, Genebra).

Equipe editorial e de redação

Dra. Michelle Funk, (OMS, Genebra), Natalie Drew Bold (OMS, Genebra); Marie Baudel, Université de Nantes, França.

Principais especialistas internacionais

Celia Brown, MindFreedom International, (Estados Unidos da América); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Itália); Yeni Rosa Damayanti, Associação de Saúde Mental da Indonésia (Indonésia); Sera Davidow, Comunidade de Aprendizagem Ocidental em Recuperação em Massa (Estados Unidos da América); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (Suíça); Julian Eaton, CBM International e London School of Hygiene and Tropical Medicine (Reino Unido); Salam Gómez, Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Colômbia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemanha); Diane Kingston, Aliança Internacional contra o HIV / AIDS (Reino Unido); Itzhak Levav, Departamento de Saúde Mental Comunitária, Universidade de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Austrália); Tina Minkowitz, Centro de Direitos Humanos dos Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Estados Unidos da América); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidade de Columbia (Estados Unidos da América); Fiona Morrissey, consultora de pesquisa em direito das pessoas com deficiência (Irlanda); Michael Njenga, Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria no Quênia (Quênia); David W. Oaks, Aciu Insitute, LLC (Estados Unidos da América); Soumitra Pathare, Centro de Direito e Política de Saúde Mental, Indian Law Society (Índia); Dainius Pūras, Relator Especial sobre o direito de todos de usufruir do mais alto padrão de saúde possível (Suíça); Jolijn Santegoeds, Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Holanda); Sashi Sashidharan, Universidade de Glasgow (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional, (Estados Unidos da América); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Austrália); Carmen Valle, CBM Internacional (Tailândia); Alberto Vásquez Encalada, Escritório do Relator Especial da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (Suíça).

Contribuições

Revisores técnicos

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malásia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Rede Pan-Africana de Pessoas com Deficiência Psicossocial. (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Faculdade de Direito de Melbourne, Universidade de Melbourne (Austrália); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estados Unidos da América); Rod Astbury, Associação de Saúde Mental da Austrália Ocidental (Austrália); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comissão de Saúde Mental da Austrália Ocidental (Austrália); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador da OMS, Lille (França); Sam Badege, Organização Nacional de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria em Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Associação de conscientização sobre esquizofrenia (Índia); Anja Baumann, Ação Saúde Mental Alemanha (Alemanha); Jerome Bickenbach, Universidade de Lucerna (Suíça);

Jean-Sébastien Blanc, Associação para a Prevenção da Tortura (Suíça); Pat Bracken, consultor independente psiquiatra (Irlanda); Simon Bradstreet, Universidade de Glasgow (Reino Unido); Claudia Pellegrini Braga, Universidade de São Paulo (Brasil); Ministério Público do Rio de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escola Nacional de Terapia Ocupacional, (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International, (Estados Unidos da América); Kimberly Budnick, Professora Head Start / Educadora de Primeira Infância (Estados Unidos da América); Janice Cambri, Deficiência Psicossocial Inclusiva Filipinas (Filipinas); Aleisha Carroll, CBM Austrália (Austrália); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Itália); Chauhan Ajay, Autoridade Estadual de Saúde Mental, Gujarat, (Índia); Facundo Chavez Penillas, Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (Suíça); Daniel Chisholm, Escritório Regional da OMS para a Europa (Dinamarca); Louise Christie, rede de recuperação escocesa (Reino Unido); Oryx Cohen, Centro Nacional de Empoderamento (Estados Unidos da América); Celline Cole, Freie Universität Berlin (Alemanha); Janice Cooper, Carter Center (Libéria); Jillian Craigie, Kings College London (Reino Unido); David Crepaz-Keay, Fundação de Saúde Mental (Reino Unido); Rita Cronise, Associação Internacional de Apoiantes de Pares (Estados Unidos da América); Gaia Montauti d'Harcourt, Fundação d'Harcourt (Suíça); Yeni Rosa Damayanti, Associação de Saúde Mental da Indonésia (Indonésia); Sera Davidow, Comunidade de Aprendizagem Ocidental em Recuperação em Massa (Estados Unidos da América); Laura Davidson, barrister e consultora de desenvolvimento (Reino Unido); Lucia de la Sierra, Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (Suíça); Theresia Degener, Centro Bochum de Estudos sobre Deficiências (BODYS), Universidade Protestante de Estudos Aplicados (Alemanha); Paolo del Vecchio, Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (Estados Unidos da América); Manuel Desviat, Atopos, Saúde Mental, Comunidade e Cultura (Espanha); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (Suíça); Alex Devine, Universidade de Melbourne (Austrália); Christopher Dowrick, Universidade de Liverpool (Reino Unido); Julian Eaton, CBM International e London School of Hygiene and Tropical Medicine (Reino Unido); Rabih El Chammay, Ministério da Saúde (Líbano); Mona El-Bilsha, Universidade Mansoura (Egito); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egípcia para os Direitos Pessoais (Egito); Radó Iván, Fórum de Interesse em Saúde Mental (Hungria); Natalia Santos Estrada, Coletivo Chuhcan (México); Timothy P. Fadgen, Universidade de Auckland (Nova Zelândia); Michael Elnemais Fawzy, hospital de saúde mental de El-Abbassia (Egito); Alva Finn, Saúde Mental Europa (Bélgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Reino Unido); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Portfólio de Saúde Mental, HETI Higher Education (Austrália); Lynn Gentile, Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (Suíça); Kirsty Giles, South London e Maudsley (SLaM) Recovery College (Reino Unido); Salam Gómez, Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Colômbia); Ugnė Grigaitė, Instituto de Perspectivas em Saúde Mental e Monitoramento de Direitos Humanos da ONG (Lituânia); Margaret Grigg, Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Melbourne (Austrália); Oye Gureje, Departamento de Psiquiatria, Universidade de Ibadan (Nigéria); Cerdic Hall, Camden e Islington NHS Foundation Trust (Reino Unido); Julie Hannah, Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex (Reino Unido); Steve Harrington, Associação Internacional de Apoiantes de Pares (Estados Unidos da América); Akiko Hart, Saúde Mental Europa (Bélgica); Renae Hodgson, Comissão de Saúde Mental da Austrália Ocidental (Austrália); Nicole Hogan, NHS Foundation Trust do Hospital de Hampshire (Reino Unido); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (Nova Zelândia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemanha); Hiroto Ito, Centro Nacional de Neurologia e Psiquiatria (Japão); Jespersen de matemática, PO-Skåne (Suécia); Lucy Johnstone, psicóloga clínica consultora e instrutora independente (Reino Unido); Titus Joseph, Centro de Direito e Política de Saúde Mental, Indian Law Society (Índia); Dovilė Juodkaitė, Fórum Lituano sobre Deficiência (Lituânia); Rachel Kachaje, Internacional das Pessoas com Deficiência (Malawi); Jasmine Kalha, Centro de Direito e Política de Saúde Mental, Indian Law Society (Índia); Elizabeth Kamundia, Comissão Nacional de Direitos Humanos (Quênia); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Reino Unido); Brendan Kelly, Trinity College Dublin (Irlanda); Mary Keogh, CBM Internacional (Irlanda); Akwatu Khenti, Direção Anti-Racismo de Ontário, Ministério da Segurança Comunitária e Serviços Correcionais (Canadá); Seongsu Kim, Centro Colaborador da OMS, Hospital Mental Yongin (Coreia do

Sul); Diane Kingston, Aliança Internacional contra o HIV / AIDS (Reino Unido); Rishav Koirala, Universidade de Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departamento de Relações Exteriores e Comércio (Austrália); Sadhvi Krishnamoorthy, Centro de Direito e Política de Saúde Mental, Indian Law Society (Índia); Anna Kudiyarova, Instituto Psicanalítico da Ásia Central (Cazaquistão); Linda Lee, Saúde Mental Mundial (Canadá); Itzhak Levav, Departamento de Saúde Mental Comunitária, Universidade de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comissão de Saúde Mental (Austrália); Laura Loli-Dano, Centro de Dependência e Saúde Mental (Canadá); Eleanor Longden, Fundação de Saúde Mental do NHS da Grande Manchester (Reino Unido); Crick Lund, Universidade da Cidade do Cabo (África do Sul); Judy Wanjiru Mbutia, Serviços de Saúde Mental de Uzima (Quênia); John McCormack, rede de recuperação escocesa (Reino Unido); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Austrália); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universidade de Melbourne (Austrália); Roberto Mezzina, Centro Colaborador da OMS, Trieste (Itália); Tina Minkowitz, Centro de Direitos Humanos dos Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Estados Unidos da América); Peter Mittler Dementia Alliance International (Reino Unido); Pamela Molina Toledo, Organização dos Estados Americanos (Estados Unidos da América); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidade de Columbia (Estados Unidos da América); Fiona Morrissey, consultora de pesquisa em direito das pessoas com deficiência (Irlanda); Melita Murko, Escritório Regional da OMS para a Europa (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos Internacional (Holanda); Sutherland Carrie, Departamento de Desenvolvimento Internacional (Reino Unido); Michael Njenga, Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria no Quênia (Quênia); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europa (Bélgica) e SOFPSI N. SERRON (Grécia); Peter Oakes, Universidade de Hull (Reino Unido); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos da América); Martin Orrell, Instituto de Saúde Mental, Universidade de Nottingham (Reino Unido); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emirados Árabes Unidos); Gareth Owen, faculdade de King, Londres (Reino Unido); Soumitra Pathare, Centro de Direito e Política de Saúde Mental, Indian Law Society (Índia); Sara Pedersini, Fundação d'Harcourt (Suíça); Elvira Pértiga Andía, Universidade de Saint Louis (Espanha); Dainius Pūras, Relator Especial sobre o direito de todos de usufruir do mais alto padrão de saúde possível (Suíça); Thara Rangaswamy, Fundação de Pesquisa de Esquizofrenia (Índia); Manaas Kar Ray, Cambridgeshire e Peterborough NHS Foundation Trust (Reino Unido); Mayssa Rekkis, faculdade de Medicina, Universidade Tunis El Manar (Tunísia); Julie Repper, Universidade de Nottingham (Reino Unido); Genevra Richardson, faculdade de King, Londres (Reino Unido); Annie Robb, centro Ubuntu (África do Sul); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador da OMS, Lille (França); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estados Unidos da América); Raul Montoya Santamaría, Coletivo Chuhcan A.C. (México); Jolijn Santegoeds, Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria (Holanda); Benedetto Saraceno, Instituto de Saúde Mental Global de Lisboa (Suíça); Sashi Sashidharan, Universidade de Glasgow (Reino Unido); Marianne Schulze, consultora internacional (Áustria); Tom Shakespeare, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Gordon Singer, consultor especialista (Canadá); Frances Skeritt, especialista em pares (Canadá); Mike Slade, Universidade de Nottingham (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional, (Estados Unidos da América); Natasa Dale, Comissão de Saúde Mental da Austrália Ocidental (Austrália); Michael Ashley Stein, Faculdade de Direito de Harvard (Estados Unidos da América); Anthony Stratford, Mind Australia (Austrália); Charlene Sunkel, Rede Global de Pares de Saúde Mental (África do Sul); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Austrália); Shelly Thomson, Departamento de Relações Exteriores e Comércio (Austrália); Carmen Valle, CBM Internacional (Tailândia); Alberto Vásquez Encalada, Escritório do Relator Especial da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (Suíça); Javier Vasquez, vice-presidente de Programas de Saúde, Special Olympics, International (Estados Unidos da América); Benjamin Veness, Alfred Health (Austrália); Peter Ventevogel, Seção de Saúde Pública, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (Suíça); Carla Aparecida Arena Ventura, Universidade de São Paulo (Brasil); Alison Xamon, Associação para a Saúde Mental da Austrália Ocidental, Presidente (Austrália).

Revisores técnicos da versão em português

Ana Beatriz Zanardo Mion (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP)

Carla Aparecida Arena Ventura (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP)

Catarina Magalhães Dahl (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS Brasil)

Estagiários da OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Izinella Zant, Xin Ya Lim

Sede e Escritórios Regionais da OMS

Nazneen Anwar (OMS / SEARO), Florence Baingana (OMS / AFRO), Andrea Bruni (OMS / AMRO), Darryl Barrett (OMS / WPRO), Rebecca Bosco Thomas (Sede da OMS), Claudina Cayetano (OMS / AMRO), Daniel Chisholm (OMS / EURO), Neerja Chowdary (HOHQ), Fahmy Hanna (OMS), Eva Lustigova (OMS), Carmen Martinez (OMS / AMRO), Maristela Monteiro (OMS / AMRO), Melita Murko (OMS / EURO), Khalid Saeed (OMS / EMRO), Steven Shongwe (OMS / AFRO), Yutaro Setoya (OMS / WPRO), Martin Vandendyck (OMS / WPRO), Mark Van Ommeren (OMS), Edith Van't Hof (OMS) e Dévora Kestel (sede da OMS).

Apoio editorial e administrativo da OMS

Patricia Robertson, Política de Saúde Mental e Desenvolvimento de Serviços, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (OMS, Genebra); David Bramley, edição (Suíça); Julia Faure (França), Casey Chu (Canadá) e Benjamin Funk (Suíça), design e suporte.

Contribuições de vídeo

Gostaríamos de agradecer às seguintes pessoas e organizações por conceder permissão para usar seus vídeos nesses materiais:

50 mães, 50 crianças, 1 cromossomo extra

Vídeo produzido por Wouldn't Change a Thing

Quebrando as correntes por Erminia Colucci

Vídeo produzido por Movie-Ment

Acorrentado e Trancado na Somalilândia

Vídeo produzido pela Human Rights Watch

Círculos de Apoio

Vídeo produzido pela Inclusion Melbourne

Descolonizando a Mente: Um Diálogo Transcultural sobre Direitos, Inclusão e Comunidade (Rede Internacional de Alternativas e Recuperação - INTAR, Índia, 2016)

Vídeo produzido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Demência, Incapacidade e Direitos - Kate Swaffer

Vídeo produzido por Dementia Alliance International

Impressões digitais e digitais

Vídeo produzido por PROMISE Global

Esqueça o estigma

Vídeo produzido pela Sociedade de Alzheimer da Irlanda

Gana: Abuso de pessoas com deficiência

Vídeo produzido pela Human Rights Watch

Campanha Global: O Direito de Decidir

Vídeo produzido pela Inclusion International

Direitos humanos, envelhecimento e demência: desafiando a prática atual de Kate Swaffer

Vídeo produzido por Seus advogados de idosos e deficientes (ADA), Austrália

Eu vou para casa

Vídeo produzido pela WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Visão Geral da Saúde Inclusiva

Vídeo produzido pela Special Olympics

Advocacia Independente, a história de James

Vídeo produzido pela The Scottish Independent Advocacy Alliance

Entrevista - Atleta Olímpica Especial Victoria Smith, ESPN, 4 de julho de 2018

Vídeo produzido pela Special Olympics

Viver na Comunidade

Vídeo produzido pela Associação Libanesa de Defesa Pessoal (LASA) e o Fundo para os Direitos das Pessoas com Deficiência (DRF)

Living it Forward

Vídeo produzido por LedBetter Films

Vivendo com problemas de saúde mental na Rússia

Vídeo produzido pela Sky News

Amor, perda e riso - Viver com demência

Vídeo produzido pela Fire Films

Mari Yamamoto

Vídeo produzido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Campeões de apoio a pares de saúde mental, Uganda 2013

Vídeo produzido por *Cerdic Hall*

Indo além dos rótulos psiquiátricos

Vídeo produzido por The Open Paradigm Project / P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'Meu sonho é fazer pizza': os fornecedores com síndrome de Down

Vídeo produzido por The Guardian

Minha História: Timothy

Vídeo produzido por End the Cycle (Iniciativa da CBM Austrália)

Neil Laybourn e Jonny Benjamin discutem saúde mental

Vídeo produzido por Rethink Mental Illness

Nenhuma força primeiro

Vídeo produzido por Mersey Care NHS Foundation Trust

Não há mais barreiras

Vídeo produzido pela BC Self Advocacy Foundation

"Não sem nós " de Sam Avery & Mental Health Peer Connection

Vídeo produzido por Mental Health Peer Connection

Diálogo Aberto: uma abordagem finlandesa alternativa à cura da psicose (filme completo)

Vídeo produzido por Daniel Mackler, cineasta

O Projeto Paradigma Aberto - Celia Brown

Vídeo produzido pelo The Open Paradigm Project / Mindfreedom International

Projeto Paradigma Aberto - Dorothy Dundas

Vídeo produzido pelo The Open Paradigm Project

Projeto Paradigma Aberto - Oryx Cohen

Vídeo produzido pelo The Open Paradigm Project / National Empowerment Center

Projeto Paradigma Aberto - Sera Davidow

Vídeo produzido por The Open Paradigm Project / Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes Canal Futura, Brasil 2017

Vídeo produzido pela L4 Filmes

Preparando o caminho para a recuperação - o Sistema de Ouvidoria Pessoal

Vídeo produzido pela Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Advocacia entre pares em ação

Vídeo produzido e dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)
© 2014 Createus Media Inc., todos os direitos reservados. Usado com permissão da Organização Mundial de Saúde. Entre em contato com info@createusmedia.com para obter mais informações.
Agradecimentos especiais a Rita Cronise por toda sua ajuda e apoio.

Planejando com antecedência - vivendo com demência mais jovem

Vídeo original produzido pelo Office for the Aging, SA Health, Adelaide, Austrália. Direitos autorais do criativo: *Kate Swaffer & Dementia Alliance International*

Qualidade nos serviços sociais - Compreendendo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Vídeo produzido pela Unidade Europeia da Qualidade no Serviço Social (EQUASS) da Plataforma Europeia de Reabilitação (EPR) (www.epr.eu – www.equass.be). Com apoio financeiro do Programa da União Europeia para o Emprego e a Inovação Social "EaSI" (2014-2020) - <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animação: S. Allaey - QUIDOS. Suporte de conteúdo: Fórum Europeu da Deficiência

Sensibilizar para a realidade de viver com demência,
Vídeo produzido pela Mental Health Foundation (Reino Unido)

Recuperação de transtornos mentais, palestra de Patricia Deegan
Vídeo produzido por Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (Rede Internacional de Alternativas e Recuperação - INTAR, Índia, 2016)
Vídeo produzido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Rory Doody sobre sua experiência na legislação de capacidade da Irlanda e nos serviços de saúde mental
Vídeo produzido pela Amnistia Internacional da Irlanda

Isolamento: Ashley Peacock
Vídeo produzido pela Attitude Pictures Ltd. Cortesia da Attitude - todos os direitos reservados.

Programa de Saúde Mental da Comunidade Urbana de Seher, Puna
Vídeo produzido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Auto-ativismo
Vídeo produzido por Self Advocacy Online (@ selfadvocacyonline.org)

Redes sociais, diálogo aberto e recuperação da psicose - Jaakko Seikkula, PhD
Vídeo produzido por Daniel Mackler, cineasta

Discurso de Craig Mokhiber, Vice-Secretário Geral Adjunto de Direitos Humanos, Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos, realizado durante o evento 'Hora de agir sobre a saúde mental global - criando momento para a saúde mental na era dos ODS' ocasião da 73ª Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas.
Vídeo produzido pela UN Web TV

Obrigado aos parceiros de John Howard pelo apoio
Vídeo produzido por Cerdic Hall

O Projeto Gestalt: Pare o Estigma
Vídeo produzido por Kian Madjedi, cineasta

O T.D.M. (Modelo de Alta Transitória)
Vídeo produzido por LedBetter Films

Esta é a história de um Movimento de Direitos Civis
Vídeo produzido por Inclusion BC

Uganda: "Pare o abuso"
Vídeo produzido por Validity, anteriormente o Mental Disability Advocacy Center (MDAC)

UN CRPD: O que é o artigo 19 e a vida independente?
Vídeo produzido pela Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

UNCRPD: O que é o artigo 12 e a capacidade legal?
Vídeo produzido pela Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Declaração Universal dos Direitos Humanos

Vídeo produzido pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

O que é recuperação?

Vídeo produzido pela Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Qual é o papel de um assistente pessoal?

Vídeo produzido por Ruils - Disability Action & Advice Center (DAAC)

Por que o auto-ativismo é importante

Vídeo produzido pela Inclusion International

Mulheres institucionalizadas contra sua vontade na Índia

Vídeo produzido pela Human Rights Watch

Trabalhando juntos - Ivymount School e OPAS

Vídeo produzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde - Escritório Regional para as Américas (AMRO)

Você pode recuperar (Reshma Valliappan, Índia)

Vídeo produzido por ASHA International

Apoio financeiro e outros

A OMS gostaria de agradecer ao Grand Challenges Canada, financiado pelo Governo do Canadá, Comissão de Saúde Mental, Governo da Austrália Ocidental, CBM International e Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido por seu apoio financeiro generoso ao desenvolvimento dos módulos de treinamento QualityRights.

A OMS gostaria de agradecer à International Disability Alliance (IDA) por fornecer apoio financeiro a vários revisores dos módulos QualityRights da OMS.

Prefácio

Garantir a saúde mental e o bem-estar tornou-se um imperativo mundial e alvo importante dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Mas em todos os países do mundo, nossa resposta foi terrivelmente insuficiente e tivemos pouco progresso no avanço da saúde mental como direito humano fundamental.

Uma em cada dez pessoas é afetada por uma condição de saúde mental, até 200 milhões de pessoas possuem deficiência intelectual e cerca de 50 milhões de pessoas têm demência. Muitas pessoas com condições de saúde mental, ou deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas, não têm acesso a serviços de saúde mental de qualidade que respondem às suas necessidades e respeitam seus direitos e dignidade.

Ainda hoje, as pessoas estão confinadas em instituições onde estão isoladas da sociedade e marginalizadas em suas comunidades. Muitas estão sujeitas a abusos físicos, sexuais e emocionais e negligência nos serviços de saúde, prisões e na comunidade. Elas também são privadas do direito de tomar decisões por si mesmas, sobre seus cuidados e tratamento, onde querem morar e seus assuntos pessoais e financeiros. Muitas vezes, têm acesso negado a cuidados de saúde, educação e oportunidades de emprego e são impedidas de incluir e participar plenamente na vida da na comunidade. Como resultado, pessoas com problemas de saúde mental e deficiência intelectual morrem 10 a 20 anos mais jovens que a população em geral nos países de baixa, média e alta renda.

O direito à saúde é fundamental para a missão e visão da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sustenta nossos esforços para alcançar a cobertura universal de saúde (UHC). A base da UHC são sistemas de saúde robustos, baseados na atenção primária, que oferecem serviços centrados em evidências e na pessoa e respeitam seus valores e preferências.

Agora estão disponíveis quatorze novos módulos de treinamento e orientação do QualityRights da OMS para alcançar essa visão. Eles permitirão que os países traduzam padrões internacionais de direitos humanos em prática, influenciando as políticas e construindo o conhecimento e as habilidades para implementar abordagens centradas na pessoa e baseadas em sua recuperação. É isso que é necessário para fornecer assistência e suporte de qualidade e promover a saúde mental e o bem-estar.

Nossa convicção é que todos - seja um prestador de serviços ou um membro da comunidade, precisam ter o conhecimento e as habilidades necessárias para apoiar alguém com uma condição de saúde mental, deficiência psicossocial, intelectual ou cognitiva.

Esperamos que esses módulos de treinamento e orientação do QualityRights sejam amplamente utilizados e que a abordagem que eles oferecem se torne a norma e não a exceção nos serviços sociais e de saúde mental em todo o mundo.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus *Diretor geral*
Organização Mundial de Saúde

Declarações de suporte

Dévora Kestel, Diretora, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde, Genebra

Em todo o mundo, há uma crescente conscientização sobre a importância da saúde mental e a prestação de serviços e apoios centrados nas pessoas e que promovem uma abordagem orientada à recuperação e baseada nos direitos humanos. Essa conscientização vem acompanhada do reconhecimento de que os sistemas de saúde mental em países de alta, média e baixa renda estão falhando com muitos indivíduos e comunidades devido ao acesso limitado, serviços de baixa qualidade e violações dos direitos humanos.

É inaceitável que as pessoas que usam serviços de saúde mental possam ser expostas a condições de vida desumanas, práticas de tratamento prejudiciais, violência, negligência e abuso. Existem muitos relatos de serviços que não respondem às necessidades das pessoas ou não os ajudam a viver uma vida independente em sua comunidade. Em vez disso, suas interações com os serviços geralmente os deixam sem esperança e sem poder.

No contexto comunitário mais amplo, as pessoas com condições de saúde mental, deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas estão sujeitas a estigma, discriminação e grandes desigualdades que permeiam todos os aspectos de suas vidas. Eles têm a oportunidade negada de morar onde escolhem, casar, ter famílias, frequentar a escola, procurar emprego e desfrutar de atividades de lazer.

A adoção de abordagens de recuperação e direitos humanos é essencial para mudarmos essa situação. Uma abordagem de recuperação garante que os serviços coloquem as pessoas no centro de atendimento. Ele se concentra em apoiar as pessoas a definirem a aparência e o significado da recuperação para elas. Essa abordagem visa ajudar as pessoas a recuperar o controle de sua identidade e vida, ter esperança para o futuro e viver uma vida que tenha significado, seja por meio do trabalho, relacionamentos, envolvimento da comunidade, espiritualidade ou algumas ou todas elas.

As abordagens de recuperação e direitos humanos estão muito alinhadas. Ambas as abordagens promovem direitos fundamentais, como igualdade, não discriminação, capacidade legal, consentimento informado e inclusão da comunidade (todos consagrados na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência). No entanto, a abordagem de direitos humanos impõe obrigações aos países para promover esses direitos.

Por meio desses módulos de treinamento e orientação desenvolvidos como parte da iniciativa QualityRights, a Organização Mundial da Saúde tomou medidas decisivas para enfrentar esses desafios e apoiar os países a cumprir suas obrigações internacionais em direitos humanos. Essas ferramentas permitem que várias ações importantes sejam realizadas: promoção da participação e inclusão na comunidade para pessoas com experiência vivida; capacitação para acabar com o estigma e a discriminação e promover direitos e recuperação; e fortalecimento do apoio de pares e organizações da sociedade civil para criar relacionamentos de apoio mútuo e capacitar as pessoas a advogar por direitos humanos por meio de abordagem centrada na pessoa em saúde mental e serviços sociais.

Estou ansiosa para ver essas ferramentas da Organização Mundial da Saúde usadas nos países para fornecer uma resposta abrangente aos desafios enfrentados por pessoas com problemas de saúde mental, deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas.

Dainius Puras, relator especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental.

O QualityRights oferece uma nova abordagem para os cuidados de saúde mental, baseada em direitos e orientada à recuperação.

Essa iniciativa da Organização Mundial da Saúde é muito oportuna. Há um entendimento crescente de que as políticas e serviços de saúde mental em todo o mundo precisam mudar. Com muita frequência, os serviços para pessoas com deficiência psicossocial e outras condições de saúde mental dependem de coerção, supermedicalização e institucionalização. Esse *status quo* não é aceitável, pois pode continuar a reforçar o estigma e o desamparo entre usuários e prestadores de serviços de saúde mental.

Todos os interessados - incluindo formuladores de políticas, profissionais de saúde mental e pessoas que usam serviços de saúde mental - precisam estar equipados com conhecimentos e habilidades de maneira eficaz para gerenciar mudanças e desenvolver serviços sustentáveis de saúde mental baseados em direitos.

A iniciativa QualityRights, por meio de módulos específicos bem projetados, fornece o conhecimento e as habilidades necessárias, demonstrando de forma convincente que a mudança é possível e que levará a uma situação em que todos saem ganhando. Em primeiro lugar, as pessoas com deficiência e outras condições de saúde mental, que podem precisar de serviços de saúde mental, serão motivadas a usar serviços que as capacitem e respeitem seus pontos de vista. Em segundo lugar, os prestadores de serviços serão competentes e confiantes na aplicação de medidas que evitem a coerção. Como resultado, as assimetrias de poder serão reduzidas e a confiança mútua e a aliança terapêutica serão fortalecidas.

Abandonar o legado de abordagens desatualizadas nos cuidados de saúde mental - com base em assimetrias de poder, coerção e discriminação - pode não ser uma direção fácil de seguir. Mas existe um entendimento crescente de que a mudança para os serviços de saúde mental com base em direitos e evidências é necessária em todo o mundo - em países de alta, média e baixa renda. A iniciativa QualityRights da OMS e seus materiais de treinamento e orientação são ferramentas extremamente úteis que apoiarão e capacitarão todas as partes interessadas que desejam seguir nessa direção. Eu recomendo fortemente a todos os países que utilizem o QualityRights.

Catalina Devandas Aguilar, Relatora Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Pessoas com deficiência, particularmente aquelas com deficiência psicossocial e intelectual, geralmente sofrem violações dos direitos humanos no contexto dos serviços de saúde mental. Na maioria dos países, a legislação de saúde mental permite internação involuntária e tratamento de pessoas com deficiência com base em sua deficiência real ou percebida, além de fatores como "necessidade médica" e "periculosidade". O isolamento e as restrições são usados regularmente durante crises emocionais e graves dificuldades em muitos serviços de saúde mental, mas também como forma de punição. Mulheres e meninas com deficiências psicossociais e intelectuais são regularmente expostas à violência e práticas nocivas em ambientes de saúde mental, incluindo contracepção forçada, aborto forçado e esterilização forçada.

Nesse contexto, a iniciativa QualityRights da OMS pode fornecer orientações essenciais sobre a implementação de serviços de saúde mental e respostas baseadas na comunidade, da perspectiva dos direitos humanos, oferecendo um caminho para o fim da institucionalização e da hospitalização e tratamento involuntários de pessoas com deficiência. Essa iniciativa exige a formação de profissionais da saúde para oferecer assistência médica e apoio psicossocial às pessoas com deficiência de maneira que respeite seus direitos. Ao promover o cumprimento das estruturas da

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e da Agenda 2030, os módulos QualityRights da OMS nos aproximam da realização dos direitos das pessoas com deficiência.

Julian Eaton Diretor de Saúde Mental, CBM Internacional

O aumento do interesse na saúde mental como uma prioridade de desenvolvimento oferece a oportunidade de fechar a enorme lacuna de atendimento e apoio, permitindo que as pessoas realizem seu direito a um bom atendimento de saúde onde isso anteriormente estava ausente. Historicamente, os serviços de saúde mental costumam ter uma qualidade muito baixa e ignoram as prioridades e perspectivas das pessoas que os usam.

O programa QualityRights da OMS foi fundamental para estabelecer os meios para medir os serviços de saúde mental de acordo com os padrões da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Isso muitas vezes marca uma mudança de paradigma na maneira como os serviços funcionam historicamente. Os novos módulos de treinamento e orientação são um excelente recurso, facilitando as melhores práticas de apoio a pessoas com condições mentais e deficiências psicossociais, permitindo que suas vozes sejam ouvidas e promovendo ambientes mais saudáveis que promovam a recuperação. Há um longo caminho a percorrer, mas o QualityRights é um recurso crucial para provedores e usuários de serviços, guiando reformas práticas para serviços que valorizam a dignidade e o respeito, onde quer que estejam no mundo.

Charlene Sunkel, CEO, Rede Global de Pares de Saúde Mental

O pacote de treinamento e orientação QualityRights da Organização Mundial da Saúde promove uma forte abordagem participativa. Reconhece e valoriza a importância da experiência vivida de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas na promoção da recuperação, empreendendo advocacia, realizando pesquisas e reduzindo o estigma e a discriminação. As ferramentas QualityRights garantem a conformidade com os padrões de direitos humanos, implementando estratégias para acabar com práticas coercitivas. Demonstram como as pessoas com experiência vivida podem fornecer apoio de colegas e também podem contribuir para o desenvolvimento, desenho, implementação, monitoramento e avaliação de serviços sociais e de saúde mental.

A experiência vivida é muito mais do que apenas conhecimentos e habilidades. A experiência emana da compreensão profunda das pessoas sobre o impacto nos direitos sociais e humanos de viver com uma deficiência psicossocial, intelectual ou cognitiva e as adversidades de ser evitado, segregado e discriminado. Emana de ter que lutar para navegar em um sistema de saúde mental que geralmente falha em fornecer serviços ou apoio que seriam benéficos para a pessoa como indivíduo único e que atendem às suas necessidades específicas de recuperação.

O sistema de saúde mental não é o único sistema social que apresenta barreiras pelas quais a pessoa deve navegar; o acesso a outras oportunidades de vida, como educação, emprego, moradia e saúde e bem-estar em geral, pode ser igualmente desafiador. As perspectivas únicas e profundas de pessoas com experiência vivida podem ser o catalisador para a mudança e transformação de todos os sistemas sociais, a fim de proteger os direitos humanos, incentivar a inclusão na comunidade, melhorar a qualidade de vida e promover o empoderamento - todos os quais podem contribuir para melhorar a saúde mental e o bem-estar.

Kate Swaffer, Presidente, CEO Dementia International Alliance

Foi uma honra e um prazer para a Dementia Alliance International (DAI) trabalhar com a iniciativa QualityRights da OMS e seus colaboradores neste projeto tão importante. Os direitos humanos

geralmente têm sido ignorados na prática por pessoas com demência. No entanto, esses módulos introduzem uma nova abordagem para a saúde mental e também para a demência, que é uma condição neurodegenerativa que causa deficiências cognitivas. Em contraste com o atual caminho pós-diagnóstico para demência, que é um caminho focado apenas em déficits e levando apenas a incapacidade e dependência, essa nova abordagem e esses módulos únicos e facilitadores promovem direitos e incentivam e apoiam as pessoas com demência a viverem mais positivamente.

Ao promover a necessidade de acesso claro aos direitos, os módulos são ferramentas práticas que podem ser usadas por todos, independentemente de quem sejam. Os módulos, que adotam os principais princípios de direitos humanos e os tornam acionáveis na prática, são tão aplicáveis e eficazes para os profissionais de saúde quanto para as pessoas com demência e seus familiares. Por exemplo, destacando a necessidade e os benefícios do suporte ponto a ponto - que é um serviço gratuito, a DAI oferece pessoas com demência desde 2013, mesmo antes de seu lançamento oficial - e se concentra na questão da capacidade legal e de sua relevância. Ainda, considerando os termos do artigo 12 da CDPD oferecem maneiras tangíveis de informar melhor os profissionais e as famílias, a fim de garantir que os direitos das pessoas com demência não sejam mais negados. Pessoalmente, tenho toda a confiança de que esses módulos CDPD apoiarão todas as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas a viver com uma melhor qualidade de vida.

Ana Lucia Arellano, Presidente, Aliança Internacional para Deficientes

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ou CDPD, é o tratado inovador de direitos humanos que promove a mudança de paradigma de considerar as pessoas com deficiência como objetos de caridade ou tratamento médico para reconhecê-las plenamente como sujeitos de direitos. Essa mudança de paradigma é particularmente significativa para pessoas com deficiência intelectual, psicossocial e múltipla, ou para pessoas com necessidades de apoio mais intensas. O artigo 12 da CDPD é essencial para promover essa mudança, pois reconhece que as pessoas com deficiência podem exercer plena capacidade legal. Este é o direito humano central que estabelece as bases sobre as quais todos os outros podem ser exercidos.

O QualityRights é uma excelente ferramenta para permitir que profissionais e profissionais de saúde compreendam e adotem melhor a CDPD. A ferramenta cria uma ponte entre pessoas com deficiência psicossocial, usuários e sobreviventes de serviços de psiquiatria e saúde mental e o setor de saúde, respeitando os princípios e valores da CDPD. Os módulos QualityRights foram desenvolvidos em estreita consulta com usuários e sobreviventes de serviços de saúde mental, vinculando suas vozes a mensagens transmitidas aos Estados Partes da CDPD. A International Disability Alliance (IDA) e suas organizações membros parabenizam o trabalho desenvolvido no âmbito da iniciativa QualityRights. Nós encorajamos fortemente a OMS a continuar os esforços para transformar as leis, políticas e sistemas de saúde mental até que estejam em conformidade com a CDPD, ecoando as fortes vozes que clamam por “Nada sobre nós, sem nós!”

Connie Laurin-Bowie, Diretora Executiva, Inclusion International

O QualityRights visa capacitar indivíduos e organizações de pessoas com deficiência a conhecer seus direitos humanos e advogar por mudanças para permitir que as pessoas vivam independentemente na comunidade e recebam apoio apropriado. A Inclusion International dá as boas vindas para esta iniciativa que busca promover direitos que são frequentemente negados às pessoas com deficiência intelectual - ou seja, o direito de acessar serviços de saúde mental apropriados na comunidade, o direito de escolher, o direito de ter uma vida familiar, o direito de viver na comunidade e o direito de ser cidadão ativo. O QualityRights é uma contribuição valiosa para nossos esforços coletivos de moldar e influenciar políticas e práticas que permitem que todos sejam incluídos em suas comunidades.

Alan Rosen, professor, Instituto Illawarra de Saúde Mental, Universidade de Wollongong, e Brain & Mind Center, Universidade de Sydney, Austrália.

A liberdade é terapêutica. Facilitar os direitos humanos em nossos serviços de saúde mental pode trazer cura. Pode garantir que, sempre que possível, a pessoa que vive com uma condição de saúde mental: a) mantenha a escolha e o controle sobre a assistência e os cuidados prestados e b) receba apoio clínico e domiciliar de boa qualidade, se necessário, para viver em comunidade sem interrupções e "por conta própria e termos".

Após uma longa história de defesa dos direitos humanos em psiquiatria, esses módulos mostram como o direito a cuidados adequados e todos os direitos humanos e liberdades fundamentais podem ser atendidos sem contradição. A coerção no atendimento – como contenções, isolamento, medicamentos forçados, unidades de internamento trancadas, sendo confinadas em espaços restritos e tutela institucional - deve ser reduzida. A obtenção ótima da liberdade no cuidado implica uma imensa mudança. Isso inclui a sistematização generalizada de alternativas práticas baseadas em evidências para evitar a coerção - ou seja, portas abertas, instalações de descanso, acesso aberto e gratuito, comunidades abertas, mentes abertas, conversas abertas entre iguais, vida comunitária apoiada, aprimoramento da comunicação individual e familiar, habilidades e suporte para resolução de problemas, diretrizes avançadas, treinamento em suavização e redução de escala, tomada de decisão apoiada, orientação de recuperação de todos os serviços e colegas e co-produção de políticas com todas as partes interessadas.

O programa QualityRights da OMS, baseado no CDPD das Nações Unidas, foi transformado aqui em um conjunto de módulos altamente prático. Para nossas profissões, esses módulos oferecem uma trajetória e um horizonte para trabalhar em vez de uma resposta ou prazo finito. Além de otimizar os serviços clínicos e de apoio, nossas ações políticas, legais e sociais com os usuários do serviço e suas famílias devem ser combinadas com a nossa própria emancipação como profissionais do pensamento institucional e de estarem ligados às práticas habituais no cuidado em saúde mental. Somente então e juntos podemos melhorar muito as perspectivas de uma vida com poder, proposital e contribuinte, com plena cidadania e direitos, para pessoas que vivem com problemas graves, persistentes ou recorrentes de saúde mental.

Victor Limaza, Ativista e facilitador de Justiça para Pessoas com Deficiência, Documenta AC (México)

Dignidade e bem-estar são conceitos intimamente relacionados. Atualmente, esses critérios pelos quais julgamos o sofrimento psicológico apenas em termos de desequilíbrios neuroquímicos estão sendo questionados, assim como a visão de que certas manifestações da diversidade humana são patologias que devem ser atacadas para proteger a pessoa e a sociedade de supostos perigos, apesar das intervenções poderem violar direitos e causar danos irreversíveis. A perspectiva interdisciplinar e holística em que o desconforto subjetivo é tratado sem comprometer a dignidade e a capacidade da pessoa de tomar decisões, mesmo em situações críticas, deve ser a base sobre a qual os novos modelos de atenção em saúde mental são construídos, respeitando os princípios da CDPD. É possível entender a experiência de uma pessoa que enfrenta um estado crítico em sua saúde mental, graças ao vínculo gerado pela empatia, escuta, diálogo aberto, acompanhamento (especialmente entre pares), apoio na tomada de decisões, vida na comunidade e diretrizes antecipadas sob estritas salvaguardas. Pessoas com deficiência psicossocial são especialistas com base em suas experiências e devem estar envolvidas no desenvolvimento de instrumentos que buscam levar à recuperação. A iniciativa QualityRights da OMS é um bom exemplo dessa mudança de paradigma, fornecendo ferramentas e estratégias para o cuidado em saúde mental com os mais altos padrões de respeito pelos direitos humanos. Sem dúvida, o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos por todas as pessoas promove a saúde mental.

Peter Yaro, diretor executivo, Basic Needs Ghana

O pacote de documentos de treinamento e orientação da OMS é uma rica coleção de materiais que visa aprimorar o trabalho em saúde mental e desenvolvimento inclusivo baseado em direitos. Os materiais fornecem um passo significativo no sentido de uma programação e integração eficientes das deficiências - especialmente deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento - em intervenções para atender às necessidades e direitos dos indivíduos, conforme previsto na CDPD. O pacote QualityRights marca um grande passo em direção à recomendação de longa data de que pessoas com experiência vivida sejam parte integrante da conceitualização e implementação de intervenções, juntamente com o monitoramento e avaliação das realizações do projeto. Com essa orientação, a sustentabilidade das iniciativas pode ser garantida e, por esse motivo, profissionais, usuários de serviços, prestadores de cuidados e todas as partes interessadas são incentivados a utilizarem os documentos. Na abordagem apresentada aqui, não há lugar para perpetrar violência e abuso contra pessoas já vulneráveis.

Michael Njenga, Presidente da Rede Pan-Africana de Pessoas com Deficiência Psicossocial, Membro do Conselho Executivo, Fórum sobre Deficiência da África e C.E.O. Usuários e sobreviventes de psiquiatria, Quênia

Há uma mudança de paradigma na maneira como precisamos lidar com a saúde mental globalmente. O ímpeto para essa mudança foi criado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e pela adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

As ferramentas e os materiais QualityRights da OMS para treinamento e orientação se baseiam nesse importante direito humano internacional, bem como em instrumentos internacionais de desenvolvimento. A iniciativa QualityRights adota uma abordagem baseada em direitos humanos para garantir que os serviços de saúde mental sejam prestados dentro de uma estrutura de direitos humanos e atendam às necessidades de pessoas com deficiências psicossociais e condições de saúde mental. Esses materiais também enfatizam a necessidade de prestar serviços o mais próximo possível de onde as pessoas moram.

A abordagem QualityRights reconhece a importância de respeitar a dignidade inerente de cada indivíduo e garantir que todas as pessoas com deficiência psicossocial e condições de saúde mental tenham voz, poder e escolha ao acessar os serviços de saúde mental. Este é um elemento integrante da reforma dos sistemas e serviços de saúde mental, globalmente e em nível local e nacional. É essencial, portanto, garantir que essas ferramentas de treinamento e materiais de orientação sejam amplamente utilizados para que obtenham resultados tangíveis em todos os níveis para pessoas com experiência vivida, suas famílias, comunidades e sociedades inteiras.

O que é a iniciativa QualityRights da OMS?

A iniciativa QualityRights da OMS visa melhorar a qualidade do atendimento e apoio em serviços de saúde mental e sociais e promover os direitos humanos de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas em todo o mundo. O QualityRights usa uma abordagem participativa para alcançar os seguintes objetivos:

1

Promover a capacitação para combater o estigma e a discriminação e promover os direitos humanos e *recovery* (*recuperação*).

2

Melhorar a qualidade dos cuidados e as condições de direitos humanos na saúde mental e nos serviços sociais.

3

Criar serviços baseados na comunidade e orientados ao *recovery* que respeitem e promovam os direitos humanos.

4

Apoiar o desenvolvimento para a sociedade civil para realizar a *advocacia* e influenciar a formulação de políticas.

5

Reformar políticas e legislações nacionais em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outras normas internacionais de direitos humanos.

Para mais informações: http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

OMS QualityRights – Ferramentas de treinamento e orientação

Os seguintes módulos de orientação e treinamento e as apresentações de slides que acompanham, como parte da iniciativa QualityRights da OMS, estão disponíveis e podem ser acessados no seguinte link: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Ferramentas de transformação de serviço

- O kit de ferramentas de avaliação QualityRights da OMS
- Transformando serviços e promovendo direitos humanos

Ferramentas de treinamento

Módulos principais

- Direitos Humanos
- Saúde mental, deficiência e direitos humanos
- Recovery e direito à saúde
- Capacidade legal e direito de decidir
- Liberdade de coerção, de violência e de abuso

Módulos especializados

- Tomada de decisão e planejamento avançado
- Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção
- Práticas de recuperação para a saúde mental e bem-estar

Ferramentas de avaliação

- Avaliação do treinamento QualityRights da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e recuperação: questionário pré-treinamento
- Avaliação do treinamento QualityRights da OMS em saúde mental, direitos humanos e recuperação: questionário pós-treinamento

Ferramentas de orientação

- Apoio individualizado por pares e para pessoas com experiência vivida
- Grupos de suporte de pares para pessoas com experiência vivida
- Organizações da sociedade civil para promover os direitos humanos em saúde mental e áreas afins
- Advocacia para saúde mental, deficiência e direitos humanos

Ferramentas de auto-ajuda

- Planejamento do Recovery centrado na pessoa para melhorar a saúde mental e bem-estar

Sobre este guia de treinamento e orientação

Os módulos de treinamento e orientação QualityRights foram desenvolvidos para aprimorar o conhecimento, as habilidades e o entendimento entre os principais interessados em como promover os direitos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas e melhorar a qualidade dos serviços e apoios prestados na saúde mental e áreas relacionadas, em conformidade com as normas internacionais de direitos humanos e, em particular, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a abordagem do Recovery.

Para quem é esse treinamento e orientação?

- **Pessoas com deficiência psicossocial**
- **Pessoas com deficiência intelectual**
- **Pessoas com deficiência cognitiva, incluindo demência**
- **Pessoas que estão usando ou que já usaram serviços sociais e de saúde mental**
- **Gestores de saúde geral, saúde mental e serviços sociais**
- **Profissionais de saúde mental e outros profissionais** (por exemplo, médicos, enfermeiros, psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos e geriátricos, neurologistas, geriatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, trabalhadores de apoio comunitário, assistentes pessoais, colegas e voluntários)
- **Outros funcionários que trabalham ou prestam serviços sociais e de saúde mental, incluindo serviços comunitários e domésticos** (por exemplo, atendentes, limpeza, culinária, equipe de manutenção, administradores)
- **Organizações não-governamentais (ONGs), associações e organizações religiosas que trabalham nas áreas de saúde mental, direitos humanos ou outras áreas relevantes** (por exemplo, organizações de pessoas com deficiência (DPOs); organizações de usuários / sobreviventes de psiquiatria, organizações de defesa)
- **Famílias, pessoas que prestam suporte e outros parceiros de assistência**
- **Ministérios relevantes (Saúde, Assuntos Sociais, Educação, etc.) e formuladores de políticas**
- **Instituições e serviços governamentais relevantes** (por exemplo, polícia, judiciário, funcionários penitenciários, órgãos que monitoram ou inspecionam locais de detenção, incluindo serviços mentais e sociais, comissões de reforma da lei, conselhos de deficientes e instituições nacionais de direitos humanos)
- **Outras organizações e partes interessadas relevantes** (por exemplo, advogados, organizações de assistência jurídica, acadêmicos, estudantes universitários, líderes comunitários ou espirituais e curandeiros tradicionais, se apropriado)

Quem deve ministrar o treinamento?

O treinamento deve ser projetado e ministrado por uma equipe multidisciplinar, incluindo pessoas com experiência vivida, membros de organizações de pessoas com deficiência, profissionais que trabalham em saúde mental, deficiência e áreas afins, famílias e outros.

Se o treinamento é sobre tratar especificamente dos direitos das pessoas com deficiências psicossociais, é importante ter representantes desse grupo como líderes para o treinamento. Da mesma forma, se o objetivo é aumentar a capacidade dos direitos das pessoas com deficiência intelectual ou cognitiva, os líderes do treinamento também devem pertencer a esses grupos.

Para animar as discussões, diferentes opções podem ser consideradas. Por exemplo, facilitadores com conhecimento sobre uma parte específica do treinamento podem ser trazidos para aspectos específicos do treinamento. Outra opção pode ser ter um painel de facilitadores para partes específicas do treinamento.

Idealmente, os facilitadores devem estar familiarizados com a cultura e o contexto do local onde o treinamento está ocorrendo. Pode ser necessário realizar sessões de treinamento de instrutores para formar um grupo de pessoas capazes de realizar o treinamento em uma cultura ou contexto específico. Essas sessões de treinamento de instrutores devem incluir pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas. Eles também devem incluir outras partes interessadas locais relevantes que contribuam para melhorar a qualidade dos serviços sociais e de saúde mental e os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas.

Como o treinamento deve ser ministrado?

Idealmente, todos os módulos de treinamento do QualityRights devem ser entregues, começando pelos cinco módulos fundamentais. Isso pode ser seguido por um treinamento mais aprofundado usando os módulos especializados (veja acima).

Todo o treinamento pode ser realizado por meio de várias oficinas, ao longo de vários meses. Cada módulo de treinamento separado não precisa necessariamente ser concluído em um dia. Ele pode ser dividido em tópicos e pode ser realizado ao longo de vários dias, conforme necessário.

Como os materiais de treinamento são bastante abrangentes e o tempo e os recursos podem ser limitados, pode ser útil adaptar o treinamento de acordo com o conhecimento e os antecedentes existentes do grupo, bem como com os resultados desejados.

Assim, a maneira como esses materiais de treinamento são usados e entregues pode ser adaptada de acordo com o contexto e os requisitos.

- Por exemplo, se os participantes ainda não possuem nenhum conhecimento nas áreas de saúde mental, direitos humanos e recovery, seria importante realizar uma oficina de 4 a 5 dias usando os cinco módulos principais de treinamento. Um exemplo de agenda de 5 dias está disponível no seguinte link: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Se os participantes já tiverem um entendimento básico dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas, mas exigirem um conhecimento mais avançado sobre como promover especificamente o direito à capacidade legal na prática, uma oficina poderá ser organizado para se concentrar no módulo Jurídico capacidade e direito de decidir no dia 1 e no módulo especializado sobre tomada de decisão e planejamento avançado (ou partes selecionadas desse módulo) nos dias 2, 3 e 4.

Ao adaptar os materiais de treinamento de acordo com os requisitos específicos de treinamento, também é importante, antes do treinamento, passar por todos os módulos a serem cobertos para retirar repetições desnecessárias.

- Por exemplo, se um treinamento for planejado, cobrindo todos os módulos principais, não será necessário cobrir o tópico 5 (ampliando o artigo 12) ou o tópico 6 (ampliando o artigo 16), pois esses problemas serão abordados em grande parte e maior profundidade nos módulos subsequentes (*módulo sobre capacidade legal e direito de decidir e sobre liberdade de coerção, violência e abuso, respectivamente*).
- No entanto, se um treinamento introdutório for planejado com base apenas no módulo 2, é essencial cobrir os tópicos 5 e 6 deste módulo, pois essa será a única exposição que os participantes receberão sobre essas questões e artigos.

Estes são exemplos das diferentes e variadas maneiras pelas quais os materiais de treinamento podem ser usados. Outras variações e permutas também são possíveis com base nas necessidades e exigências do treinamento em um contexto específico.

Orientação para facilitadores

Princípios para executar o programa de treinamento

Participação e interação

Participação e interação são cruciais para o sucesso do treinamento. Todos os participantes devem ser vistos como indivíduos que podem contribuir com conhecimentos e intuições valiosos. Ao fornecer espaço e tempo suficientes, o(s) facilitador(es) deve(m) assegurar, em primeiro lugar, que as pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas sejam ouvidas e incluídas. A dinâmica de poder existente nos serviços e na sociedade em geral pode fazer com que algumas pessoas relutem em expressar seus pontos de vista. Em geral, no entanto, o(s) facilitador(es) deve(m) enfatizar a importância de ouvir as opiniões de todos os participantes.

Algumas pessoas podem se sentir tímidas ou desconfortáveis e não se expressar - o que pode ser um sinal de falta de inclusão ou um sentimento de insegurança no grupo. Os facilitadores devem fazer todos os esforços para incentivar e engajar todos no treinamento. Geralmente, depois que as pessoas se expressam uma vez e sentem que foram ouvidas, elas são mais capazes e dispostas a falar e se envolver em discussões. O treinamento é uma experiência de aprendizado compartilhada. Os facilitadores devem reservar um tempo para reconhecer e, na medida do possível, responder a todas as perguntas, para que ninguém se sinta deixado de fora.

Sensibilidade cultural

Os facilitadores devem estar atentos à diversidade dos participantes, reconhecendo que vários fatores moldaram suas experiências e conhecimentos, como cultura, gênero, status de migrante ou orientação sexual.

É recomendável usar linguagem culturalmente sensível e fornecer exemplos relevantes para as pessoas que moram no país ou na região em que o treinamento está ocorrendo. Por exemplo, dependendo do país ou do contexto, as pessoas podem expressar ou descrever suas emoções e sentimentos, ou falar sobre sua saúde mental, de diferentes maneiras.

Além disso, os facilitadores devem garantir que alguns dos problemas enfrentados por grupos específicos no país ou região (por exemplo, povos indígenas e outras minorias étnicas, minorias religiosas, mulheres etc.) não sejam negligenciados durante o treinamento. Sentimentos de vergonha ou tabu sobre as questões discutidas precisarão ser levados em consideração.

Ambiente aberto e sem julgamentos

Discussões abertas são essenciais e as opiniões de todos merecem ser ouvidas. O objetivo do treinamento é trabalhar em conjunto para encontrar maneiras de melhorar o respeito pelos direitos das pessoas que usam serviços de saúde mental e sociais e de pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas na comunidade em geral. Durante esse treinamento, algumas pessoas podem expressar fortes reações e sentimentos. É importante que o facilitador forneça espaço durante o treinamento para que as pessoas expressem opiniões e sentimentos. Isso significa dar

tempo às pessoas para falar sobre suas experiências sem interrupção e garantir que outras pessoas as escutem e respondam a elas de maneira sensível e respeitosa.

Não é necessário concordar com as pessoas para se comunicar com elas de forma eficaz. Quando surgir uma discussão, pode ser útil lembrar a todos os participantes que todos compartilham o mesmo objetivo: alcançar o respeito pelos direitos humanos na saúde mental e nos serviços sociais e na comunidade, e que todas as vozes precisam ser ouvidas para aprendermos juntos. Pode ser útil compartilhar algumas regras básicas com o grupo (por exemplo, respeito, confidencialidade, reflexão crítica, não discriminação) para relembrar quando necessário.

Observe que algumas pessoas podem nunca ter tido a oportunidade de falar de maneira livre e segura (por exemplo, pessoas com experiência vivida, familiares e também profissionais). Portanto, é essencial criar um espaço seguro para permitir que todas as vozes sejam ouvidas.

Uso da linguagem

Os facilitadores devem estar atentos à diversidade dos participantes. As pessoas que participam do treinamento terão diferentes origens e níveis de educação. É importante usar a linguagem que todos os participantes possam entender (por exemplo, evitando o uso de/explicando termos médicos, jurídicos e técnicos altamente especializados, acrônimos, etc.) e garantir que todos os participantes entendam os principais conceitos e mensagens. O idioma e a complexidade do treinamento devem ser adaptados às necessidades específicas do grupo. Com isso em mente, os facilitadores devem fazer uma pausa, fornecer exemplos quando necessário e tirar um tempo para fazer e discutir perguntas com os participantes para garantir que os conceitos e mensagens sejam entendidos adequadamente. Na medida do possível, os facilitadores devem usar uma linguagem que permita que modelos de sofrimento não médicos e/ou culturalmente específicos façam parte da discussão (por exemplo, sofrimento emocional, experiências incomuns, etc.) (1)

Acomodações

Pode ser necessário, por vezes, acomodar diferentes meios de comunicação - como o uso de materiais visuais e de áudio, adaptações de fácil leitura, assinatura, assistência na escrita de alguns dos exercícios ou a possibilidade de as pessoas acompanharem seu assistente pessoal - garantir que todas as pessoas sejam incluídas no treinamento.

Operando no atual contexto legislativo e político

Durante o treinamento, alguns participantes podem expressar preocupações sobre o contexto legislativo ou político em seus países, que podem não estar em conformidade com os padrões internacionais de direitos humanos, incluindo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Da mesma forma, parte do conteúdo do treinamento pode contradizer a legislação ou política nacional atual. Por exemplo, leis que prevêm detenção e tratamentos involuntários contradizem a abordagem geral desses módulos de treinamento. Além disso, o tópico sobre tomada de decisão apoiada pode parecer em conflito com as leis nacionais vigentes de tutela. Outra preocupação pode ser que os recursos nacionais para a implementação de novas abordagens sejam escassos ou indisponíveis. Essas preocupações podem levar a perguntas dos participantes sobre responsabilidade, segurança, financiamento e sobre o contexto político e social mais amplo em que vivem e trabalham.

Primeiro, os facilitadores devem garantir aos participantes que os módulos não se destinam a incentivar práticas que conflitem com os requisitos da lei ou política nacional ou que possam colocar alguém em risco de estar fora da lei. Em contextos em que a lei e a política contradizem os padrões da CDPD, é importante advogar por mudança de políticas e a reforma da lei. Embora os Estados Partes na CDPD tenham uma obrigação imediata de cessar as violações desta Convenção e de outros

instrumentos internacionais de direitos humanos, é importante reconhecer que alcançar o pleno respeito pelos direitos na CDPD leva tempo e requer uma variedade de ações em todos os níveis. da sociedade.

Consequentemente, uma estrutura legal e política desatualizada não deve impedir as pessoas de agirem. Muito pode ser feito no nível individual no dia a dia para mudar as atitudes e práticas dentro dos limites da lei e começar a implementar a CDPD. Por exemplo, mesmo que os responsáveis sejam oficialmente indicados com base na lei de um país para tomar decisões em nome de outras pessoas, isso não os impede de apoiar essas pessoas a tomarem suas próprias decisões e, finalmente, respeitarem suas escolhas.

Este treinamento fornece orientação sobre como lidar com vários tópicos essenciais para promover a abordagem baseada em direitos humanos em serviços de saúde mental e sociais. Durante o treinamento, os facilitadores devem incentivar os participantes a discutir como as ações e estratégias promovidas nos materiais de treinamento os afetam e como elas podem ser implementadas dentro dos parâmetros das estruturas de políticas e leis existentes. Mudanças de atitudes e práticas, juntamente com advocacia eficaz, podem levar a mudanças positivas nas políticas e leis.

Ser positivo e inspirador

Os facilitadores devem enfatizar que o treinamento se destina a compartilhar conhecimentos e ferramentas básicas e estimular a reflexão, a fim de encontrar soluções úteis no contexto do próprio participante. É provável que algumas ações positivas já existam e que os próprios participantes, ou outras pessoas ou serviços, já as estejam realizando. É possível aproveitar esses exemplos positivos para criar unidade e demonstrar que todos podem ser atores de mudanças.

Trabalho em equipe

Durante os exercícios, o facilitador solicitará aos participantes que trabalhem em grupos, que podem ser compostos de forma flexível, por escolha ou aleatoriamente, dependendo das preferências dos participantes. Se os participantes não se sentirem confortáveis em certos grupos, isso deve ser levado em consideração.

Os exercícios durante todo o treinamento têm como objetivo promover a participação e a discussão. Esses exercícios foram projetados para permitir que os participantes apresentem idéias e identifiquem soluções sozinhos. O papel dos facilitadores é orientar as discussões e, quando apropriado, estimular o debate com idéias ou desafios específicos. Se os participantes não quiserem participar de algumas das atividades do treinamento, seus desejos devem ser respeitados.

Notas do facilitador

Os módulos de treinamento possuem notas do facilitador em **azul**. As notas do facilitador incluem exemplos de respostas ou outras instruções para os facilitadores, que não devem ser lidas aos participantes.

O conteúdo da apresentação, perguntas e declarações que devem ser lidas aos participantes está escrito em **preto**.

Os slides separados dos cursos que acompanham os módulos de treinamento para fornecer o conteúdo dos módulos estão disponíveis no seguinte link: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Avaliação do treinamento QualityRights

Os questionários de pré/pós-avaliação do QualityRights que fazem parte deste pacote de treinamento foram projetados para medir o impacto do treinamento e melhorá-lo para futuras oficinas de treinamento.

Os participantes devem preencher o questionário de avaliação pré-treinamento antes do início do treinamento, 30 minutos devem ser reservados para isso.

No final do treinamento, os participantes devem preencher o questionário de avaliação pós-treinamento. Novamente, 30 minutos devem ser reservados para isso.

É necessário criar um ID exclusivo para cada participante, estejam eles preenchendo o formulário manualmente ou online. Esse ID será o mesmo para o questionário de pré-avaliação e pós-avaliação. IDs exclusivos podem ser criados, por exemplo, usando o nome do país em que o treinamento está ocorrendo, seguido pelos números de 1 a 25 (ou por quantos participantes houver no grupo). Por exemplo, um participante poderia receber o ID exclusivo de Jakarta12. Pode ser útil incluir os questionários pré e pós com IDs exclusivos nas pastas dos participantes antes do início do treinamento para garantir que os IDs exclusivos sejam dados aos participantes corretos. Não é necessário rastrear quem obtém qual ID exclusivo, pois os questionários são anônimos, mas é importante garantir que cada pessoa tenha o mesmo ID nos dois questionários.

Depois que o questionário de avaliação pós-treinamento for concluído, o facilitador deve abrir a discussão para todos os participantes para expressar suas opiniões sobre o treinamento, quais partes eles gostaram e acharam úteis e quais partes eles não gostaram ou acharam inúteis, bem como outros pontos de vista que desejam compartilhar. Essa também é uma oportunidade para discutir quais ações e estratégias utilizadas durante o treinamento os participantes pretendem implementar.

Os questionários pré e pós devem ser impressos para cada participante antes do treinamento. As versões para impressão e distribuição estão disponíveis aqui:

- *Avaliação do treinamento QualityRights da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e recovery (recuperação): questionário de pré-treinamento:*
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- *Avaliação do treinamento QualityRights da OMS em saúde mental, direitos humanos e recovery (recuperação): questionário PÓS-treinamento:*
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

Vídeos de treinamento

Os facilitadores devem revisar todos os vídeos disponíveis no módulo e escolher os mais adequados para mostrar durante o treinamento. Os links de vídeo podem mudar com o tempo. Portanto, é importante verificar se os links funcionam antes do treinamento. Se um link não estiver funcionando, um link alternativo apropriado para um vídeo semelhante deve ser encontrado.

Nota preliminar sobre o idioma

Reconhecemos que a linguagem e a terminologia refletem a conceitualização em evolução da deficiência e que termos diferentes serão usados por pessoas diferentes em diversos contextos ao longo do tempo. As pessoas devem poder decidir sobre o vocabulário, expressões idiomáticas e descrições de sua experiência, situação ou sofrimento. Por exemplo, em relação ao campo da saúde mental, algumas pessoas usam termos como "pessoas com diagnóstico psiquiátrico", "pessoas com transtornos mentais" ou "doenças mentais", "pessoas com problemas de saúde mental", "consumidores", "Usuários do serviço" ou "sobreviventes psiquiátricos". Outros acham alguns ou todos esses termos estigmatizadores ou usam expressões diferentes para se referir a suas emoções, experiências ou angústia. Da mesma forma, refere-se à deficiência intelectual usando termos diferentes em contextos diversos, incluindo, por exemplo, "deficiências de aprendizagem" ou "distúrbios do desenvolvimento intelectual" ou "dificuldades de aprendizagem".

O termo "deficiência psicossocial" foi adotado para incluir pessoas que receberam um diagnóstico relacionado à saúde mental ou que se identificam com esse termo. Os termos "deficiência cognitiva" e "deficiência intelectual" são projetados para cobrir pessoas que receberam um diagnóstico especificamente relacionado à sua função cognitiva ou intelectual, incluindo, entre outros, demência e autismo.

O uso do termo "deficiência" é importante nesse contexto, pois destaca as barreiras significativas que impedem a participação plena e efetiva na sociedade de pessoas com deficiências *reais* ou *percebidas* e o fato de estarem protegidas pela CDPD. O uso do termo "deficiência" neste contexto não implica que as pessoas tenham uma deficiência ou um distúrbio.

Também utilizamos os termos "pessoas que estão usando" ou "que já usaram" serviços sociais e de saúde mental para se referir a pessoas que não se identificam necessariamente como portadoras de deficiência, mas que têm uma variedade de experiências aplicáveis a este treinamento.

Além disso, o uso do termo "saúde mental e serviços sociais" nesses módulos refere-se a uma ampla gama de serviços atualmente oferecidos por países, incluindo, por exemplo, centros comunitários de saúde mental, clínicas de atenção primária, serviços ambulatoriais, hospitais psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, centros de reabilitação, curandeiros tradicionais, creches, lares para idosos e outras residências de convivência comum, bem como serviços domiciliares e serviços de apoios que oferecem alternativas à saúde mental tradicional ou serviços sociais, utilizando uma ampla gama de prestadores de serviços de saúde e sociais nos setores público, privado e não-governamental.

A terminologia adotada neste documento foi selecionada para fins de inclusão. É uma escolha individual se identificar com certas expressões ou conceitos, mas os direitos humanos ainda se aplicam a todos, em qualquer lugar. Acima de tudo, um diagnóstico ou deficiência nunca devem definir uma pessoa. Somos todos indivíduos, com um contexto social único, personalidade, autonomia, sonhos, objetivos e aspirações e relacionamentos com os outros.

Objetivos de aprendizagem, tópicos e recursos

Objetivos de aprendizagem

No final do treinamento, os participantes serão capazes de:

- definir práticas em serviços de saúde que constituam isolamento e contenção;
- discutir o impacto físico e psicológico do isolamento e contenção nas pessoas que usam serviços e nos profissionais de saúde mental e serviço social;
- entender como isolamento e contenção violam os direitos humanos
- entender e desafiar as razões por trás do uso de isolamento e contenção na saúde mental e nos serviços sociais;
- construir conhecimentos e habilidades sobre as diferentes estratégias que podem ser implementadas na saúde mental e nos serviços sociais, a fim de acabar com o isolamento e a contenção.

Tópicos

Tópico 1: O que é Recovery (Recuperação)? (10 minutos)

Tópico 2: Definindo isolamento e contenção (2 horas e 40 minutos)

Tópico 3: A experiência pessoal e o impacto do isolamento e contenção (3 horas e 30 minutos)

Tópico 4: Suposições desafiadoras sobre isolamento e a contenção (1 hora e 25 minutos)

Tópico 5: Identificando situações tensas e elementos de uma resposta bem-sucedida (1 hora e 35 minutos)

Tópico 6: Planos individualizados para explorar e responder a sensibilidades e sinais de sofrimento (1 hora)

Tópico 7: Criando uma cultura de “dizer sim” e “posso fazer” (40 minutos)

Tópico 8: Ambientes de apoio e uso de salas de acolhimento (55 minutos)

Tópico 9: Redirecionamento de situações tensas e conflitantes (15 minutos)

Tópico 10: Equipes de resposta (1 hora)

Tópico 11: Ação a ser tomada para eliminar isolamento e contenção (2 horas e 10 minutos)

Nota: O módulo principal sobre Liberdade de coerção, violência e abuso aborda toda uma gama de práticas coercitivas que acontecem na saúde mental e nos serviços sociais. Este módulo atual baseia-se em muitas das estratégias discutidas no módulo principal acima mencionado. Da mesma forma, as estratégias discutidas neste presente módulo são relevantes para acabar com as práticas coercitivas em geral.

Recursos necessários

- **Acompanhamento de slides do curso, Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção.** O treinamento especializado do QualityRights da OMS (Slides do curso) está disponível aqui: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Requisitos da sala:** para otimizar a experiência de aprendizado dos participantes, a sala em que o treinamento ocorre deve ser:
 - grande o suficiente para acomodar todos, mas também pequena o suficiente para criar um ambiente propício para discussões livres e abertas;
 - arranjos de assentos que permitem que as pessoas se sentem em grupos (por exemplo, “estilo banquete”, onde várias mesas redondas são organizadas ao redor da sala, permitindo que vários participantes se sentem juntos em torno de cada uma das mesas. Isso tem o benefício adicional de incentivar a interação entre os participantes e também de já grupos prontos para exercícios de trabalho em grupo.)

- **acomodações razoáveis, conforme necessário, garantindo acesso inclusivo ao treinamento para todas as pessoas.**
- **acesso à internet na sala, para exibir vídeos**
- **alto-falantes para o áudio e vídeo**
- **uma tela de projeção e equipamento de projeção**
- **1 ou mais microfones para facilitador(es) e pelo menos 3 microfones sem fio adicionais para participantes (idealmente um microfone por mesa de grupo).**
- **pelo menos 2 flipcharts ou similar, mais papel e canetas**

Recursos adicionais para imprimir para este módulo de treinamento incluem:

- cópias do anexo 1: cenários
- Opcional: cópias do Anexo 2: Citações de pessoas com experiência vivida de isolamento e contenção para todos os participantes
- cópias do Anexo 3: Faça um plano individualizado
- cópias do Anexo 4: Ações pessoais para eliminar isolamento e contenção para todos os participantes
- cópias do Anexo 5: Alteração no nível de serviço para eliminar isolamento e contenção para todos os participantes.

Tempo

Aproximadamente 15 horas.

Número de participantes

Com base na experiência até o momento, o workshop funciona melhor com um máximo de 25 pessoas. Isso permite oportunidades suficientes para que todos possam interagir e expressar suas idéias.

Lembrete importante:

Para este módulo, pode ser necessário dar às pessoas com deficiência psicossocial, intelectual ou cognitiva a oportunidade de falar entre si sobre a violência, coerção e abuso que possam ter sofrido, separadamente dos profissionais de saúde mental e de outros profissionais. O facilitador deve, portanto, considerar a organização de uma sessão antes do treinamento para permitir essa discussão.

Durante o treinamento, também pode ser necessário garantir a presença de uma ou mais pessoas com experiência em lidar com trauma.

Para o exercício 3.1, Opção 1: se essa opção for selecionada, antes da sessão, o facilitador precisará identificar e convidar uma ou duas pessoas com transtorno mental que possam falar sobre sua própria experiência pessoal de serem isolados ou contidos (veja abaixo para obter mais detalhes sobre o assunto). Para o exercício 3.6, Opção 1: se essa opção for selecionada, antes da sessão, o facilitador precisará identificar e convidar um profissional ou um membro da equipe de saúde que tenha tido experiências negativas na realização de isolamento ou contenção e deseja compartilhar sua experiência.

Introdução

Isolamento e a contenção são práticas amplamente prevalentes em saúde mental e serviços sociais em muitos países, resultando em danos físicos e mentais. Muitos funcionários recorrem ao uso dessas práticas em nome da proteção das pessoas contra danos ou perigos percebidos. Contribuindo para a implementação em larga escala dessas práticas estão leis ou políticas nacionais que permitem seu uso, juntamente com culturas de serviços que desumanizam as pessoas que usam esses serviços e não sensibilizam a equipe para o impacto de suas ações coercitivas sobre os indivíduos.

O objetivo deste treinamento “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” não é sugerir que situações tensas e conflitantes não surgem nos serviços - reconhece-se que esses tipos de situações surgem. No entanto, como este módulo demonstra, o uso de isolamento e contenções é uma resposta totalmente inadequada, inaceitável e prejudicial em tais situações.

O exame de atitudes negativas e culturas de serviço contribuem ativamente para a criação de situações desafiadoras. Nesse sentido, o módulo oferece aos participantes oportunidades para questionar a “sabedoria convencional” sobre isolamento e contenção e entender a necessidade urgente de mudar as práticas de serviço para garantir que as pessoas recebam os cuidados e apoio que consideram aceitáveis, úteis e eficazes.

Este módulo leva os participantes ao impacto físico e psicológico do isolamento e da contenção e descreve como essas práticas violam os direitos humanos. Os participantes aprenderão a desafiar algumas das premissas usadas para justificar essas práticas e adquirir conhecimentos e habilidades sobre as principais estratégias e abordagens que podem ser implementadas para eliminar completamente o isolamento e a contenção.

Tópico 1: O que é Recovery (Recuperação)?

Tempo deste tópico

Aproximadamente 10 minutos.

Apresentação 1.1: Recovery - abordagem baseada em recuperação: O que é? (10 min.)

Esta apresentação fornece uma breve visão geral da recovery, a fim de definir o cenário para este módulo sobre isolamento e contenção.

Esta apresentação apresenta como objetivo definir a abordagem baseada em recovery, a fim de garantir que todos os participantes compartilhem a mesma ideia de recuperação no início do módulo. A apresentação também examina brevemente a implicação de uma abordagem baseada em Recovery em relação às práticas de isolamento e contenção. Para mais informações, consulte o módulo “Práticas de Recovery (recuperação) para saúde mental e bem-estar”.

O termo recovery significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Geralmente, entende-se que uma pessoa recupera o controle de sua identidade e vida, tendo esperança para o futuro e vivendo uma vida que tenha significado para essa pessoa. Abaixo estão algumas citações e definições sobre Recovery:

- “A Recovery é uma jornada autodeterminada e holística que as pessoas empreendem para curar e crescer. A recuperação é facilitada por relacionamentos e ambientes que fornecem esperança, empoderamento, escolhas e oportunidades que promovem as pessoas alcançarem seu potencial como indivíduos e membros da comunidade.” (2)
- “O que importa na Recovery não é se estamos usando serviços ou não, usando medicamentos ou não. O que importa em termos de orientação para a Recovery é: estamos vivendo a vida que queremos? Estamos alcançando nossos objetivos pessoais? Nós temos amigos? Temos conexões com a comunidade?” (3)
- “A Recovery está acontecendo quando as pessoas podem viver bem na presença ou na ausência de sua doença mental e nas muitas perdas que podem surgir, como isolamento, pobreza, desemprego e discriminação. Recovery nem sempre significa que as pessoas retornarão à saúde total ou recuperarão todas as suas perdas, mas significa que as pessoas podem viver bem, apesar delas.” (4)

Uma abordagem do recovery é relevante para todas as pessoas que superam desafios em sua vida, incluindo pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas. Os serviços sociais e de saúde mental orientados para a recovery fornecem mensagens de esperança e apoio para superar barreiras e promover o empoderamento, crescimento pessoal, inclusão e independência. Esses serviços respeitam as escolhas das pessoas, permitindo que conduzam sua própria jornada de cuidados e recuperação e vivam a vida que desejam.

Um ponto chave a entender é que os serviços orientados ao recovery não se baseiam na coerção.

Ambientes de serviços coercitivos, incluindo serviços onde à admissão e tratamentos involuntários são praticados, criam tensão e conflito. As pessoas podem frequentemente reagir à sua situação, à maneira como estão sendo tratadas e ao ambiente do serviço de uma maneira que é percebida pela

equipe de serviço, por exemplo, como "ameaçadora", "desafiadora" e "não conforme". A resposta do serviço a isso geralmente é impor mais coerção às pessoas, incluindo o uso de isolamento e/ou contenção (consulte o módulo "Liberdade de coerção, violência e abuso").

O uso de isolamento e contenção não é terapêutico, é incompatível com uma abordagem de Recovery e é contrário ao objetivo do tratamento. Além disso, adotar uma abordagem de Recovery e respeitar as escolhas das pessoas em relação a seus cuidados, tratamento, apoios e todos os outros aspectos de suas vidas reduz o potencial de ocorrência de situações tensas e conflitantes.

Tópico 2: Definindo isolamento e contenção

Tempo deste tópico

Aproximadamente 2 horas e 40 minutos.

Exercício 2.1: Significado de isolamento e contenção (10 min.)

Comece com uma breve discussão geral das idéias iniciais dos participantes sobre o significado dos termos "isolamento" e "contenção". O objetivo deste exercício é incentivar os participantes a começar a pensar criativa e criticamente sobre práticas de isolamento e contenção que, para muitos, podem constituir procedimentos padrão aceitáveis, comuns e inevitáveis nos serviços. Faça aos participantes a seguinte pergunta e convide-os a compartilhar seus pensamentos.

O que você entende pelas palavras: "isolamento" e "contenção"?

Anote as idéias em um flipchart. Neste momento, não se preocupe em apresentar definições completas, pois esses termos serão definidos na próxima apresentação.

Exercício 2.2: Identificando isolamento e contenção (15 min.)

O objetivo deste exercício é discutir várias formas explícitas e sutis de isolamento e contenção que são comumente usadas em serviços de saúde mental e sociais.

Alguns desses exemplos podem inicialmente parecer ambíguos. Por meio da discussão com os participantes, a idéia é esclarecer o que constitui isolamento e contenção (incluindo suas formas mais sutis) e o que não. Observe que este conjunto de exemplos pode ser alterado e adaptado de acordo com o contexto em que o treinamento é realizado.

Mostre o seguinte aos participantes:

Constituem isolamento, contenção, ambos ou nenhum?

1. Segurar uma pessoa na cama usando um cinto ou correntes.
2. Manter uma pessoa em uma cama com grades.
3. Amarrar uma pessoa a uma árvore, cama ou objeto fixo.
4. Segurar uma pessoa.
5. Segurar com força os braços de alguém para vestir suas roupas.
6. Obrigar uma pessoa a ir para o seu quarto.
7. Manter uma pessoa em seu quarto com uma porta aberta, mas a pessoa não pode sair.
8. Segurar as mãos de alguém para alimentá-la porque ela está desnutrida.
9. Amarrar uma pessoa para alimentá-la com um "tubo" quando ela se recusar a comer há algum tempo.
10. Deixar as portas de um serviço trancadas por "segurança" ou por outros motivos, mesmo que as pessoas estejam oficialmente livres para ir e vir como desejarem.

- Todas essas situações representam formas de isolamento e contenção. Alguns são mais sutis que outras, mas todas precisam ser eliminadas dos serviços sociais e de saúde mental, a fim de garantir a recuperação e o cumprimento da CDPD.
- Alguns exemplos (exemplos 1 a 4) são casos óbvios de isolamento e contenção - como usar camas com grades, amarrar uma pessoa a uma árvore, cama ou objeto fixo e segurar uma pessoa com cintos ou correntes - e os participantes podem não contestar isso.
- No entanto, os participantes podem argumentar que alguns desses exemplos podem ser considerados não coercitivos ou que algumas dessas práticas são melhores que outras. Algumas práticas podem ser justificadas, na perspectiva dos participantes, como sendo para o benefício da pessoa em questão e, portanto, não devem ser considerados isolamento e contenção (por exemplo, segurar com força as mãos de alguém para alimentá-las porque estão desnutridas).
- À medida que a sessão prossegue, os participantes entenderão que essas práticas são violações dos direitos humanos e são prejudiciais, não beneficiam a pessoa em questão e impedem a recuperação. De fato, todos eles constituem isolamento e contenção.

Apresentação: Formas de isolamento e contenção (15 min.)

Esta apresentação tem como objetivo definir isolamento e contenção e explorar as várias formas que podem assumir. Destaca o que faz e o que não constitui isolamento e contenção.

Isolamento:

- O isolamento é amplamente definido como isolar um indivíduo dos outros, restringindo fisicamente a capacidade do indivíduo de deixar um espaço definido (confinamento). Isso pode ser feito trancando alguém em um espaço específico (por exemplo, sala, galpão, cela) ou contendo-o em uma área trancando as portas de acesso, informando que eles não têm permissão para sair dessa área ou ameaçando ou implicando consequências negativas, se o fizerem.

Contenção manual:

- Contenção manual refere-se a intervenções realizadas com mãos ou corpos sem o uso de qualquer dispositivo. Às vezes é chamado de "segurar".
- A contenção manual impõe uma limitação manual ao movimento de uma pessoa (corpo inteiro ou certas partes do corpo) geralmente usando força.
- Também se refere a qualquer controle prático de uma pessoa que possa envolver lutas físicas, como arrastar uma pessoa no chão ou segurá-la contra o chão. Às vezes, inclui posições dolorosas para executar o controle, como torcer os braços para trás ou pressionar pontos de dor.
- A contenção "propensa" ou "virada para baixo" é uma forma comum de contenção manual. É quando uma pessoa é mantida com a face para baixo (ou de bruços) no chão e é fisicamente impedida de sair dessa posição. É uma forma de contenção particularmente perigosa devido ao risco de asfixia posicional e morte súbita (5), (6, 7).

Contenção física (ou mecânica):

- Contenção física (ou mecânica) geralmente se refere a intervenções realizadas com o uso de dispositivos para imobilizar a pessoa ou restringir a capacidade de uma pessoa mover livremente parte de seu corpo.
- Dispositivos de contenção geralmente incluem cintos, cordas, correntes e tecidos apertados. A contenção física também compreendem roupas incapacitantes, como jaquetas, luvas incapacitantes, móveis incapacitantes, como camas-gaiolas, camas-rede ou cadeiras de imobilização.
- Amarrar alguém a uma árvore ou a outro objeto também é uma forma de contenção física.

Contenção química:

- Contenção química é amplamente definida como o uso de medicamentos administrados contra a vontade da pessoa, que é reivindicada como um "tratamento necessário" ou uma "medida de emergência" para controlar o movimento e/ou o comportamento de uma pessoa.
- Envolve o uso involuntário de um medicamento sedativo ou psicotrópico. Pode incluir administração oral ou injeção do medicamento sem o consentimento da pessoa.
- É frequentemente administrado em resposta a um perigo percebido, como um ato violento ou agressivo contra alguém ou para outros, ou para controlar pessoas ou torná-las "mais fáceis de gerenciar".
- A contenção química é frequentemente usada como uma alternativa para, ou ao lado, da contenção manual, contenção física ou isolamento. No entanto, a contenção química é uma forma de contenção propriamente dita, e não é uma alternativa aceitável para outras formas de contenção ou isolamento, embora geralmente seja considerada uma alternativa mais positiva.

Isolamento e contenção geralmente são acompanhadas de práticas humilhantes e degradantes, como tirar a roupa das pessoas, realizar buscas no corpo etc.

Práticas coercitivas combinadas nos serviços de saúde:

- Isolamento e contenção são frequentemente usadas juntas; por exemplo. Em muitos casos, as pessoas são restringidas manual ou fisicamente para serem levadas para um quarto ou sala de isolamento.
- As contenções físicas e mecânicas são frequentemente usadas em conjunto com a contenção química; por exemplo: em muitos casos, as pessoas são pressionadas à força (contenção física) para que possam ser sedadas.

Muitas práticas que não constituem estritamente isolamento e contenção podem ser usadas para isolar pessoas de fora do serviço (por exemplo, confiscar telefones celulares, limitar ou proibir visitas, limitar o acesso à Internet ou outros meios de comunicação). Isso pode impedir que as pessoas que usam o serviço denunciem abusos.

Exercício 2.3: Formas de isolamento e contenção (30 min.)

Os participantes terão idéias diferentes sobre as várias formas de isolamento e contenção, por isso é útil incentivá-los a identificar exemplos diferentes de isolamento e contenção usados em seu próprio serviço. Por exemplo, pode ser que alguns participantes nunca tenham considerado o uso excessivo de medicamentos, medicamentos administrados fora dos planos de tratamento acordados ou administração de medicamentos contra a vontade de uma pessoa como formas de contenção).

Faça aos participantes as seguintes perguntas:

1. Que exemplos de isolamento e contenção são usados em seu serviço de saúde mental ou serviço social?
2. Quais são os diferentes termos que você usa para descrever isolamento e contenção em seu serviço?

Desenhe um gráfico semelhante ao exemplo abaixo e escreva os exemplos dos participantes nas caixas relevantes.

Algumas respostas possíveis incluem (mas não estão limitadas a):

Isolamento:

- Colocar uma pessoa em uma sala trancada.
- Colocar uma pessoa em uma sala com a porta fechada.
- Exigir que uma pessoa permaneça em seu quarto, mesmo com a porta aberta, impedindo que se desloque livremente para fora da sala.
- Separar uma pessoa de outras partes do serviço e/ou outros usuários, familiares e funcionários do serviço.

Contenção:

Manual/Física:

- Qualquer método manual de limitar o movimento de alguém (por exemplo, segurar a pessoa).

- Aplicar qualquer dispositivo a uma pessoa que limite seus movimentos (por exemplo, alças de mão e punho).

Química:

- Sedar uma pessoa para controlá-la ou dominá-la.
- Dar medicação a uma pessoa (que supostamente afeta os pensamentos, movimentos e comportamento da pessoa) sem o consentimento da pessoa.

Nota: Os participantes podem destacar certas formas de isolamento e contenção específicas para seus próprios contextos culturais ou nacionais e com nomes específicos: por exemplo, o ato de restringir fisicamente alguém na Indonésia é conhecido como "Pasung". No contexto africano, contenções químicas são freqüentemente chamadas de "rolhas".

Exercício 2.4: Imagens de isolamento e contenção (10 min.)

Este exercício foi desenvolvido para permitir que os participantes visualizem e discutam imagens das várias práticas de isolamento e contenção ao redor do mundo.

Analisar cada uma dessas imagens com o grupo e peça que descrevam o que as imagens exibem.

Você vê isolamento e contenção nesta foto? Que tipo?

Aviso: Lembre aos participantes que essas imagens podem ser perturbadoras para algumas pessoas (imagens nos slides).

Apresentação: A prática de isolamento e contenção constituem uma violação dos direitos humanos (50 min.)

A afirmação de que isolamento e contenção constituem violações dos direitos humanos pode provocar fortes reações da saúde mental e de outros profissionais que participam do treinamento. Alguns podem ser de opinião que essas práticas são necessárias e justificadas para proteger a pessoa ou outras pessoas de danos. Pode ser importante reconhecer que o isolamento e a contenção podem ser realizados por funcionários com boas intenções. No entanto, também é importante enfatizar que essas práticas causam danos e que, durante esse treinamento, alternativas não prejudiciais e não coercitivas serão exploradas para apoiar as pessoas de uma maneira que não as prejudiquem.

Isolar ou conter pessoas viola muitos direitos humanos. Por exemplo:

- direito à liberdade e segurança
- direito à saúde
- direito à capacidade legal
- o direito de estar livre de violência e abuso
- o direito de estar livre de tortura e tratamentos ou punições cruéis, desumanos e degradantes
- o direito à integridade da pessoa

- o direito à privacidade.

Esses direitos são protegidos por muitos instrumentos de direitos humanos, incluindo:

- A Declaração Universal dos Direitos Humanos
- Pacto Internacional da ONU sobre Direitos Civis e Políticos
- Pacto Internacional da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- Convenção das Nações Unidas contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes
- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC)
- Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD).
- O Relatório Especial das Nações Unidas para a Tortura pediu "uma proibição absoluta de contenções e isolamento" (8). Ele afirmou que a imposição de confinamento solitário "de qualquer duração a pessoas com deficiência mental constitui tratamento cruel, desumano e degradante" (9).

Para ilustrar as apresentações anteriores, mostre aos participantes o vídeo a seguir sobre um homem que mora em uma sala de isolamento nos últimos 5 anos.

Atitude ao vivo: Isolamento (29:10)

<https://youtu.be/OjOXo9W68qQ> (acessado 9 Abril 2019).

No final do vídeo, dê aos participantes a oportunidade de ter uma discussão aberta sobre o que viram. Após essa discussão, o facilitador pode dar aos participantes a oportunidade de fazer uma pausa.

Apresentação: Quando e por que o isolamento e contenção são usados? (30 min.)

Profissionais de saúde mental e outros profissionais podem recorrer ao isolamento e contenção por várias razões. Muitos não pretendem ser abusivos ou violentos, mas fatores diferentes os levam a usar essas práticas. Por exemplo, leis ou políticas nacionais podem permitir o uso de isolamento e contenção para proteger as pessoas de danos ou perigos percebidos e culturas de serviços não saudáveis (mais informações sobre cultura de serviços podem ser encontradas em “Orientação para melhorar e transformar serviços”) ou falta de conhecimento, treinamento e recursos também podem contribuir com seu uso.

Pergunte aos participantes:

Por que você acha que o isolamento e a contenção são amplamente praticados?

Possíveis respostas podem incluir:

- Para impedir que alguém prejudique ou ponha em perigo a si próprio ou a outros;
- Porque não existem outros métodos suficientes, ou não há tempo ou recursos para implementá-los;

- Devido ao estigma e preconceito em relação às pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas;
- Por falta de educação e treinamento para a equipe;
- Porque as leis de saúde mental nos dizem para usá-las.

Informe aos participantes que esses fatores serão explorados nesta apresentação.

Profissionais de saúde mental e serviço social relatam o uso de isolamento e contenção por muitas razões diferentes:

- **Parar danos ou perigos (reais ou percebidos)**
- Impedir que as pessoas se machuquem ou para mantê-las seguras (por exemplo, em resposta a tentativas de se auto-prejudicar ou de acabar com sua vida).
- Para impedir que as pessoas machuquem os outros: a equipe de serviço geralmente percebe situações potencialmente prejudiciais ou perigosas e têm como dilema a necessidade de intervir pela força ou então não fazer nada. Eles geralmente não vêem uma terceira opção.
 - Eliminar as práticas de isolamento e contenção não implica que as pessoas não tomem medidas para impedir que alguém se machuque ou machuquem outras pessoas. Pode haver situações que exijam uma resposta imediata para salvar alguém de danos ou para salvar sua vida. No entanto, essa resposta deve ser tomada da mesma maneira que seria feita com uma pessoa que não tem uma deficiência psicossocial, intelectual ou cognitiva.

Nesse ponto, o facilitador pode discutir alguns exemplos (por exemplo, impedir que alguém pule de uma ponte, segurar alguém para impedir que ele bata em outra pessoa) com os participantes. O objetivo é fazer uma distinção clara entre essas situações e isolamento e contenção.

- Além disso, é importante que a equipe de serviço reconheça que não pode controlar tudo. Às vezes, eles podem estar tão preocupados com o bem-estar das pessoas que usam o serviço, que agirão de maneira extremamente restritiva e coercitiva e, por fim, prejudicial e contraproducente.
- **Devido a políticas, práticas e recursos inadequados dos serviços**
 - Políticas: As políticas em nível de serviço geralmente permitem o uso de isolamento e contenção. Essas práticas podem ser consideradas procedimentos padrão porque nunca foram desafiadas ou porque as pessoas se sentem impotentes para alterá-las em sua prática.
 - Pessoal: Pessoal e recursos insuficientes em alguns serviços sociais e de saúde mental significam que os funcionários recorrem a isolamento e/ou contenção na tentativa de gerenciar seus serviços.
 - Pessoal: A equipe de serviço sente-se compelida a usar isolamento e contenção para implementar regras, procedimentos e horários muito rígidos do serviço.
 - Recursos: Pode haver recursos inadequados para apoiar as pessoas que usam o serviço e para supervisionar a execução do serviço.
 - Cultura: Uma cultura negativa de serviço pode desumanizar as pessoas que usam o serviço e não sensibilizam a equipe a ver as pessoas como seres humanos que merecem respeito.
- **Devido ao conhecimento e habilidades inadequados da equipe**

- Às vezes, essas práticas são usadas como uma resposta automática a uma situação tensa ou conflituosa.
 - Os funcionários podem não ter sido treinados com estratégias alternativas para responder a situações tensas ou para fornecer apoio a pessoas muito angustiadas. Como consequência, eles não possuem as habilidades e ferramentas necessárias que lhes permitam usar técnicas não-coercitivas e alternativas criativas ao prestar cuidados e apoio às pessoas que utilizam o serviço.
 - Algumas pessoas têm crenças errôneas de que isolamento ou contenção funcionam como tratamento terapêutico.
- **Devido a equívocos e suposições sobre deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas**
 - Como uma reação automática a alguém que tem uma condição percebida ou diagnosticada devido a suposições e percepções de que a pessoa pode causar danos a si mesmos ou a outras pessoas ou que elas são incontroláveis.
 - Preconceito e atitudes discriminatórias em relação a certos grupos de pessoas que usam os serviços e podem ser considerados grupos “problemáticos” (como jovens, pessoas de grupos minoritários, homens, pessoas que usam substâncias etc.) e presunção de violência ou perigo intencional.
- **Devido ao medo de risco e responsabilidade da equipe/serviço**
 - Os métodos de isolamento e contenção são frequentemente usados como primeiro recurso, porque seus resultados são percebidos como “certos” em comparação com outras abordagens.
 - Às vezes, a equipe se preocupa em ser responsabilizada se ocorrer um incidente (por exemplo, se alguém se machucar) quando o isolamento e a contenção não tiverem sido usadas. Isso incentiva a equipe a usar essas práticas coercitivas.
- **Controlar**
 - Controlar ou manter a ordem no ambiente de serviço, tratando com firmeza as ações ou comportamentos não conformes. De fato, muitos serviços tendem a enfatizar demais a necessidade de manter um ambiente organizado, em detrimento do atendimento personalizado. Em muitos desses serviços, as pessoas são exageradamente medicadas, sedadas ou contidas para garantir que sejam “mais fáceis de gerenciar” e “sob controle”.
 - Coagir ou obrigar as pessoas que usam os serviços a seguir um curso de ação específico ou a se comportar de uma maneira específica.
 - Algumas equipes de serviço veem o uso de isolamento e contenção como um meio necessário para estabelecer limites, a fim de estabelecer sua autoridade e “manejar” o comportamento” no início de suas interações com as pessoas que usam o serviço.
- **Por conveniência**
 - A equipe de serviço sente, em muitos casos, que é mais fácil e rápido usar métodos coercitivos, como isolamento e contenção, do que usar outros métodos não coercitivos para responder a situações tensas ou apoiar pessoas muito angustiadas. Isso pode ser particularmente o caso quando há falta de pessoal nos serviços.
- **Punir**

- Como forma de punição para quem não quiser seguir as instruções.
- Às vezes, os funcionários não percebem o uso de isolamento e contenção como punição, mas sim como uma consequência necessária de certas ações ou comportamentos de pessoas que usam serviços.

Tópico 3: A experiência pessoal e o impacto do isolamento e contenção

Tempo deste tópico

Aproximadamente 3 horas e 32 minutos.

Exercício 3.1: A experiência pessoal de isolamento e contenção (1 hora)

Este exercício foi desenvolvido para ajudar os participantes a entender que isolamento e contenção são eventos adversos violentos que podem contribuir para danos mentais, emocionais e físicos. É importante incentivar as pessoas que ainda não experimentaram essas práticas a tentar entender as perspectivas das pessoas que as têm.

O facilitador pode escolher entre uma das seguintes opções ou combiná-las para um exercício mais abrangente.

Observação: A maneira mais poderosa de entender a experiência pessoal de isolamento e contenção é ouvir diretamente as pessoas que tiveram essa experiência. Portanto, a opção 1 é a opção preferida para este exercício.

Opção 1: O facilitador deve identificar um ou dois palestrantes com experiência vivida de isolamento e contenção em serviços de saúde mental e sociais e convidá-los a compartilhar suas histórias com o grupo. O facilitador deve orientar o palestrante a descrever não apenas o que aconteceu com eles, mas também como aconteceu. Eles devem discutir como a experiência deles os afetou negativamente, tanto emocional quanto fisicamente, bem como dar suas ideias sobre o que teria impedido o uso de isolamento e contenção em sua situação. **Antes desta sessão, o facilitador precisará organizar a participação de tais palestrantes** (instruções adicionais são fornecidas no início deste módulo).

Opção 2: O facilitador deve distribuir um folheto de citações de pessoas com experiência vivida de isolamento e contenções (ver **Anexo 2**) e deve pedir aos participantes que discutam os sentimentos e as experiências das pessoas relacionadas à prática de isolamento e contenção.

Depois de ouvir ou ler as experiências de isolamento e contenção das pessoas, pergunte aos participantes:

- Quais são seus pensamentos e sentimentos sobre o que você ouviu e/ou leu?
- Como as pessoas podem estar se sentindo quando são isoladas ou contidas? O que você pode dizer sobre o impacto emocional e físico do isolamento e da contenção?
- Alguém gostaria de comentar o que poderia ter sido feito de maneira diferente nessas situações?

Apresentação: O impacto psicológico do isolamento e contenção nas pessoas que usam serviços (20 min.)

As evidências associaram o uso de isolamento e contenção a muitos impactos e resultados adversos (10), (11), (12):

Impacto no bem-estar psicológico e emocional

- A afirmação vigorosa da vontade de outra pessoa sobre a própria, juntamente com a perda de controle sobre o corpo e o ambiente, gera emoções muito negativas e tem profundos impactos psicológicos e traumáticos nas pessoas.
- Muitas pessoas experimentam sentimentos de perda de dignidade e respeito, degradação, desmoralização, demissão, humilhação, medo, angústia, ansiedade, falta de poder, diminuição da autoestima e autoconfiança, impotência, desesperança, desamparo, solidão, desespero, frustração, tristeza, raiva, luta, destrutividade, desconfiança, rejeição e resistência.
- As pessoas também podem experimentar dissociação do eu e uma sensação de estar fora do próprio corpo.
- Isolamento e contenção podem criar trauma e podem ter impactos em longo prazo na vida de uma pessoa (relacionamentos, trabalho, etc.).
- Quando as pessoas são isoladas e contidas, sua falta de poder, controle e privacidade podem levá-las a adotar comportamentos que são mais interpretados pelos profissionais de saúde mental como sintomas de uma condição de saúde mental.
- Isolamento e contenção podem re-traumatizar pessoas que têm histórico de abuso sexual ou físico ou trauma psicológico passado (13). As pessoas que usam serviços que testemunham a prática de isolamento ou contenção de outras pessoas também podem sofrer impactos psicológicos, como medo, ansiedade, impotência, trauma, retraumatização, etc.
- Eles podem aumentar a autoagressão e a agressão autodirigida, incluindo automutilação e tentativas de suicídio.
- Além disso, membros da família e outros parceiros de cuidados que descobrem que seu parente foi isolado ou contido podem experimentar sentimentos de culpa e impotência para ajudar.

Impacto na recuperação (14)

- Isolamento e a contenção são contra-terapêuticos e impedem a recuperação das pessoas. Alguns estudos mostraram que a coerção e, principalmente, o isolamento, estão associados ao aumento do tempo de permanência nos serviços (15).
- Danificam alianças terapêuticas e são responsáveis pelo rompimento do relacionamento entre as pessoas que utilizam os serviços e a equipe de saúde.

É importante reconhecer que a [admissão involuntária em serviços de saúde mental e sociais também pode causar o mesmo tipo de dano psicológico que isolamento e contenção, conforme descrito acima. \(Para mais informações sobre isso, consulte o módulo de treinamento sobre “Liberdade de coerção, violência e abuso”\).](#)

Nesse momento, mostre um ou ambos dos vídeos a seguir aos participantes:

1. Vídeo: "Não consegui me mexer. Eu não conseguia respirar" (52 segundos): <http://www.bbc.com/news/uk-england-37427665> (acessado 19 Janeiro 2017). Este vídeo é sobre o uso da contenção com a face para baixo.
2. Uganda: "Pare o abuso" https://youtu.be/slr_SvB1uyU (5:07). acessado 9 Abril 2019. Este vídeo mostra a prática de isolamento, contenção e abusos associados no Uganda.

Exercício 3.2: Impacto psicológico do uso de isolamento e contenção (30 min.)

O objetivo deste exercício é destacar o grave impacto psicológico que o uso da coerção exerce sobre as pessoas que experimentam essas práticas.

Explique aos participantes que:

Este vídeo narra à experiência de Naomi Jones, que usou serviços no Reino Unido. Embora este vídeo tenha sido gravado no Reino Unido, é importante entender que as práticas de isolamento e contenção ocorrem em todo o mundo, em países de alta, média e baixa renda. No entanto, seja qual for o contexto, o trauma psicológico e o impacto nas pessoas são significativos.

O vídeo deve começar no minuto 10.27:

Video – ‘Estrada até agora’: <https://youtu.be/j405vpdjeUU?t=627> (acessado 9 Abril 2019).

(Um vídeo posterior será mostrado durante o exercício 3.6, a fim de explorar o impacto do ponto de vista da equipe do serviço).

Faça aos participantes a seguinte pergunta:

O que você acha da experiência de Naomi? Quais são alguns dos termos, emoções e sentimentos que Naomi descreve como parte de sua experiência?

Os participantes devem ser incentivados a discutir o testemunho de Naomi.

Use o flipchart para anotar os vários termos que Naomi usou para descrever sua experiência.

- Os termos que descrevem a experiência de contenção de Naomi incluem: medo, confusão, desorientação, trauma, humilhação, raiva, frustração, aumento da angústia, punição e solidão.
- Ela não se sentiu ajudada, confortada ou apoiada, e sentiu que sua recuperação foi prejudicada.
- Naomi também descreve sentimentos de trauma e medo que continuaram por semanas após o incidente.

Apresentação: O impacto físico do isolamento e contenção nos usuários (7, 14, 16-22) (20 min.)

As restrições manuais envolvem lutas físicas que podem levar a lesões físicas, como:

- contusões
- ossos quebrados
- perda de massa muscular
- perda de dentes
- ferimentos na cabeça
- coma
- asfixia (as pessoas colocadas em restrições onde devem permanecer de costas correm o risco de asfixiar-se com alimentos vomitados, líquidos ou saliva).

Restrições físicas podem fazer com que as pessoas entrem em pânico e se engasgem com a saliva ou estrangulem na contenção. Devido à sua situação altamente dependente, as pessoas também correm um risco maior de:

- *Desidratação: as pessoas podem ficar severamente desidratadas enquanto estiverem com restrições ou durante uma luta quando as restrições estão sendo aplicadas.*
- *Problemas circulatórios e cutâneos: a pressão na pele causada por restrições e imobilizações apertadas pode interferir na circulação sanguínea. Pode levar à deterioração da pele e a lesão por pressão. Também pode levar à gangrena, que é a morte de tecidos moles devido à falta de oxigênio, quando ocorrem graves perturbações na circulação nos membros superiores ou inferiores.*
- *Atrofia muscular.*

A contenção química pode causar dor através da injeção de medicamentos.

Além disso, as pessoas podem ser forçadas a experimentar os efeitos negativos da medicação que, dependendo do medicamento prescrito, podem incluir:

- Problemas musculares, incluindo espasmos, rigidez, movimentos lentos ou bruscos, tremores e inquietação incontrolável (acatisia).
- Efeitos cardíacos, pressão arterial baixa, tonturas, desmaios.
- Boca seca, visão embaçada, constipação, alucinações, comprometimento da memória, dificuldade em urinar.
- Redução do limiar para convulsões.
- Síndrome neuroléptica maligna: uma condição com risco de vida caracterizada por rigidez, febre, aumento da frequência cardíaca, queda ou aumento significativo da pressão arterial (23).
- Lentidão e embotamento dos processos de pensamento, apatia, perda de motivação para realizar qualquer ação, desapego emocional (24).

O isolamento pode fazer com que as pessoas entrem em pânico e se machuquem. Eles podem precisar de atenção médica imediata e podem não ser ouvidos ou vistos a tempo, o que pode levar a danos permanentes. Eles também estão em risco de desidratação e colapso cardiovascular.

Quando diferentes formas de isolamento e/ou contenção são combinadas, isso multiplica os riscos para a saúde da pessoa.

Todas as formas de isolamento e contenção podem levar à morte (25), (17), (7):

- As investigações mostraram que as causas de morte por contenção ou isolamento incluem asfixia, complicações cardíacas, overdose ou interações com drogas, trauma contuso, estrangulamento ou asfixia, inalação de fogo ou fumaça e aspiração.
- A contenção ou isolamento também coloca as pessoas em risco, porque impede a capacidade de escapar durante emergências (por exemplo, incêndio).
- Uma revisão da literatura científica sobre o impacto adverso das contenções físicas mostrou que o uso de certas contenções manuais ou físicas é particularmente perigoso, pois impõem um efeito restritivo ao funcionamento respiratório (26).
- A contenção química pode colidir ou interferir com outros medicamentos, correndo o risco de sobremedicamentação e morte súbita (27).
- Existem muito poucos dados recentes sobre o número de mortes relacionadas ao isolamento ou a contenção. No entanto, uma investigação nacional em 50 estados dos EUA estimou que entre 50 a 150 pessoas morrem a cada ano em serviços de saúde mental e casas de apoio como resultado direto de práticas de contenção (28).

Apresentação: Impacto drástico do uso de isolamento e contenção (5 min.)

O uso de isolamento e contenção tem sido associado a mortes em larga escala de pessoas que utilizam serviços em emergências. A incapacidade das pessoas de se mover ou deixar o prédio durante um incêndio significa que elas estão presas e não podem escapar.

Abaixo estão dois exemplos do grande número de mortos que poderia ter sido evitado se as pessoas não tivessem sido contidas nos serviços de saúde mental.

Os participantes devem ser convidados a compartilhar outros exemplos dos quais possam estar cientes.

- Incidente de incêndio em Erwadi (29)
 - 6 de agosto de 2001
 - Ramanathapuram, Tamil Nadu, Índia
 - Pelo menos 25 pessoas mortas
 - Quando ocorreu um incêndio, todos os usuários do serviço foram queimados vivos porque estavam presos em correntes.
- Incêndio em Moscou Ramensky (30)
 - 26 de abril de 2013
 - Ramensky, Rússia
 - 38 pessoas mortas
 - Um incêndio no meio da noite matou usuários de serviços que, segundo se pensa, foram fisicamente e quimicamente contidos em instalações trancadas.

Caso o facilitador queira apresentar um caso da realidade brasileira, sugerimos o caso de Damião Ximenes Lopes, disponível em: <https://nidh.com.br/damiao/>

Exercício 3.3: Impacto psicológico do uso de isolamento e contenção na equipe de serviço (40 min.)

O objetivo deste exercício é incentivar os participantes a pensar no impacto negativo do uso do isolamento e da contenção.

Existem duas opções para este exercício. A opção 1 é a opção sugerida.

Opção 1:

Antes da sessão, o facilitador deve identificar um profissional que se sinta à vontade para compartilhar experiências negativas associadas ao isolamento e contenção (incluindo ter acorrentado, forçado a tomar medicamentos etc.). A pessoa deve ser convidada a compartilhar suas histórias com o grupo.

Após a apresentação de experiências negativas de administração/realização de isolamento e/ou contenções, o facilitador pode, por meio de uma série de perguntas e respostas, guiar o orador a discutir:

- o contexto da situação que levou ao uso de isolamento e/ou contenção;
- o impacto da administração/realização do isolamento e contenções, incluindo emoções e desconforto;
- o impacto negativo que isso pode ter sobre o relacionamento terapêutico com as pessoas que usam os serviços;
- o que poderia ter sido feito de maneira diferente para mudar o curso dos eventos e impedir o uso de isolamento e contenção.

Dê aos participantes a oportunidade de fazer perguntas ao orador relacionadas à palestra.

Opção 2:

Se não foi possível organizar um palestrante antes da sessão, compartilhe este vídeo de 11 minutos sobre a experiência de um psiquiatra que foi atacado por uma pessoa que temia que práticas coercitivas fossem usadas contra ele.

Impressões digitais e digitais (11:07): <https://youtu.be/X8T2NEfUb3s> (acessado 9 Abril 2019)

Em seguida, convide os participantes a compartilhar suas opiniões sobre este vídeo. Pergunte aos participantes:

- O que você acha dessa experiência?
- Quais são alguns dos termos, emoções e sentimentos usados pelo psiquiatra ao descrever sua experiência?
- Quais são alguns dos impactos sobre a pessoa que sofreu a coerção, bem como sobre o relacionamento terapêutico?

- O que poderia ter sido feito de maneira diferente para mudar o curso dos eventos e impedir que essa situação aconteça?

Apresentação: O impacto do isolamento e contenção na saúde mental e nos profissionais e serviços relacionados (10 min.)

O uso de contenção ou isolamento também pode ter um impacto negativo nos profissionais.

- As evidências indicam que o uso de métodos coercitivos está vinculado a lesões físicas da equipe. Por exemplo, um estudo atribuiu pelo menos 50% dos ferimentos e lesões da equipe de saúde mental relacionados ao uso de isolamento e contenção (31), (14).
- Os profissionais de saúde mental e outros profissionais que empregam medidas coercitivas, como isolamento e contenção, também podem sofrer trauma (32), (10).
- O uso da força e coerção gera ressentimento, culpa, frustração e perda de confiança entre os usuários do serviço e a equipe, o que tem um impacto negativo nas relações terapêuticas (33).
- A equipe de serviço pode enfrentar um conflito moral entre seu desejo, por um lado, de prestar bons cuidados e apoio às pessoas (que em muitos casos é a razão pela qual ingressou na profissão em primeiro lugar) e, por outro, ser forçado a agir de maneira coercitiva e abusiva em relação às pessoas que procuram ajudar.
- O uso dessas práticas também pode levar a ações civis e criminais contra serviços e/ou funcionários - por exemplo, com base no uso excessivo da força, negligência médica, falha na proteção, agressão e falha em manter um ambiente seguro para pessoas que usam o serviço (34).
- Apesar de um equívoco comum de que o uso de isolamento e contenção é econômico, essa afirmação não é comprovada por dados de pesquisa.
- O isolamento e contenção aumenta custos como tempo da equipe, maior supervisão, sedativos e tranqüilizantes, seguros, investigações, interrupção de serviços, litígios e lesões (14), (35).

Tópico 4: Suposições desafiadoras sobre isolamento e contenção

Tempo deste tópico

Aproximadamente 1 hora e 25 minutos.

Apresentação: Suposições desafiadoras sobre isolamento e contenção (32) (20 min.)

Quais são as premissas que precisam ser contestadas em relação ao isolamento e contenção?

- 1. Suposição 1: Isolamento e contenções podem ser usados para o benefício terapêutico das pessoas que usam serviços de saúde mental e sociais**
 - Não há pesquisas baseadas em evidências que apoiem a ideia de que isolamento ou contenção são terapêuticos. Pelo contrário, como visto anteriormente, as evidências apontam para o fato de que essas práticas podem ser prejudiciais ao bem-estar físico e mental de uma pessoa.
- 2. Suposição 2: Isolamento e contenções mantêm as pessoas seguras**
 - Isolamento e contenções causam danos físicos, emocionais e mentais.
 - Como vimos, as contenções às vezes causam danos físicos, como fraturas ósseas e até morte. Além disso, o impacto psicológico e o trauma de isolamento e contenção são profundos e duradouros.
 - Pesquisas que avaliaram o impacto de um programa de isolamento e contenção na Pensilvânia (EUA) mostraram que reduzir significativamente o uso de isolamento e contenção em hospitais psiquiátricos estaduais e forenses não resultou em aumento de agressões aos funcionários e, em alguns casos, o número de agressões ao pessoal diminuiu (36), (37). Outros relatórios também indicam que reduções nas medidas coercitivas estão associadas à redução de lesões na equipe (38).
- 3. Suposição 3: Isolamento e contenções impedem o comportamento violento**
 - As evidências mostram que isolamento e contenções podem piorar sentimentos de frustração e raiva, resultando em comportamentos mais prejudiciais.
 - De fato, as pessoas que já experimentaram práticas coercitivas, como isolamento e contenção e os sentimentos associados de perda de controle, medo e humilhação, podem sentir que têm pouca escolha a não ser se defender, mesmo violentamente, contra uma intervenção coercitiva. “Se queremos que as pessoas parem de agir violentamente, talvez precisemos parar de tratá-las violentamente” (39).
 - As pessoas que usam os serviços tendem a ver o isolamento e a contenção como punição disciplinar (por exemplo, por não fazer o que lhes é dito, inclusive por não seguir as instruções para tomar seus medicamentos) e isso pode aumentar os sentimentos de frustração em relação à saúde mental e funcionários relacionados ou outros. O uso dessas práticas também consolida uma cultura de “eles e nós” (14).
- 4. Suposição 4: Os funcionários podem reconhecer com precisão situações potencialmente violentas**
 - A crença de que é possível prever comportamentos potencialmente violentos e situações com precisão também é uma razão pela qual os praticantes recorrem ao isolamento e à contenção.

- No entanto, prever com precisão situações de violência e danos futuros é extremamente difícil.
- Frequentemente, os funcionários não conseguem diferenciar imprevisíveis/inesperados comportamentos e comportamento arriscado/perigoso. Os funcionários também costumam correlacionar sofrimento e agressão.
- A incerteza com a qual o risco de dano ou violência a si ou aos outros pode ser antecipado pelos praticantes resultou em uma cultura de defesa excessiva e aumento do uso de práticas coercitivas (40), (41).

5. Suposição 5: Pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas são frequentemente irracionais, violentas e imprevisíveis

- Existe um equívoco comum de que as pessoas com deficiência psicossocial são governadas por suas psicoses e/ou alucinações, o que as torna violentas, imprevisíveis e irracionais.
- Existem evidências substanciais para mostrar que elas não são mais violentas que o resto da população e, de fato, têm mais probabilidade de serem vítimas de violência do que agressores (42), (43), (44), (45).

6. Suposição 6: Existem circunstâncias em que o uso de isolamento e contenção não pode ser evitado.

- Essa é uma das principais premissas sobre isolamento e contenções. Vamos explorar essa suposição em detalhes no próximo exercício.

Exercício 4.1: Desafiando a suposição de que circunstâncias excepcionais são razões válidas para o uso de isolamento e contenção (25 min.)

A suposição de que existem circunstâncias excepcionais em que o isolamento e as contenções precisam ser usados é uma das questões mais desafiadoras em relação aos esforços para acabar com o uso do isolamento e contenção na saúde mental e nos serviços sociais. O facilitador deve estar preparado para discutir isso exaustivamente com o grupo. O facilitador pode incentivar que o grupo exponha exemplos próprios.

Alguns participantes podem expressar a opinião de que, às vezes, isolamento e contenção não podem ser evitados. Por exemplo, alguns participantes podem argumentar que, se alguém estiver agindo de forma perigosa e violenta, o isolamento e a contenção podem ser inevitáveis para evitar danos à pessoa e a outras pessoas. O exercício abaixo tem como objetivo dissipar esse equívoco.

Agora mostre a seguinte declaração/equívoco:

Há circunstâncias em que o uso de isolamento e contenção não pode ser evitado.

Faça aos participantes as seguintes perguntas e incentive-os a discutir suas respostas diretamente entre si:

1. Você concorda ou discorda desta afirmação? Por quê?
2. Sob quais circunstâncias você acha que isolamento e contenção não podem ser evitados?

As ideias podem ser anotadas em um flipchart.

Algumas das circunstâncias que os participantes que concordam com as afirmações acima podem mencionar, incluem (mas não se limitam a):

- Quando as pessoas que usam os serviços estão agindo de forma agressiva ou ameaçando a violência contra funcionários ou outras pessoas no serviço.
- Quando as pessoas que usam o serviço precisam de cuidados e tratamento hospitalares imediatos porque sua vida está em risco (por exemplo, aplicar insulina em uma pessoa que precisa urgentemente de tratamento para diabetes, para proteger uma pessoa com alto risco de suicídio).
- Quando as pessoas que usam o serviço estão resistindo aos medicamentos, mesmo que os profissionais de saúde mental e assistência social acreditem que precisam.

Após a discussão, leve os participantes a se embasarem nas seguintes ideias:

Isolamento e contenção para pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas devem ser evitadas, mesmo em circunstâncias extremas.

- Isolamento e contenções não são intervenções de último recurso.
- Sempre devem ser procuradas alternativas para isolamento e restrições, a fim de proteger o bem-estar das pessoas.
- No entanto, quando alguém está agindo de uma maneira que é muito perigosa para os outros, essa pessoa deve ser interrompida da mesma maneira que você impediria alguém, com ou sem deficiência - como envolver um grupo especialmente treinado e equipado com as habilidades para manejar a situação (por exemplo, uma equipe de resposta, consulte o tópico 10) ou, em alguns casos, os órgãos policiais (por exemplo, a força policial) para garantir a segurança de todos. Os órgãos policiais que respondem a essas crises devem ser treinados para entender as necessidades e especificidades das pessoas com deficiência, incluindo pessoas com deficiência psicossocial, intelectual ou cognitiva.

Os funcionários acreditam que, em alguns casos, é impossível encontrar alternativas ao isolamento e contenção e é por isso que o isolamento e contenção são usados no serviço.

- Devemos sempre considerar o uso de isolamento e contenções como uma falha, um resultado ruim e uma violação dos direitos humanos, mesmo quando parece que todas as alternativas a essas práticas foram implementadas antes de recorrer a elas.
- Sempre existem alternativas para isolamento e contenção.
- Algumas dessas alternativas serão discutidas no próximo tópico.

O uso de isolamento e contenções também é uma falha de serviço, uma falha de todo um sistema e também pode ser uma falha de funcionários individuais.

A afirmação “O uso de isolamento e contenções é sempre uma falha no serviço” pode ser vista como uma acusação contra os funcionários. É importante destacar que:

- É necessário criar um espaço reflexivo para cada membro da equipe, para refletir sobre se eles próprios poderiam ter participado dos eventos que resultaram no uso de contenção ou isolamento.
- Também é preciso considerar se o uso de isolamento ou contenção foi um ato criminoso. Nesse caso, ações apropriadas devem ser tomadas dentro do sistema de justiça criminal.

Cada falha deve ser considerada um evento adverso.

- Deve ser visto como uma oportunidade para entender e corrigir o que deu errado.
- Também deve permitir uma reflexão crítica sobre como os indivíduos podem contribuir inadvertidamente para isolamento e contenção (por exemplo, "Que fatores sobre mim, o indivíduo e a situação me levaram a acreditar que essa resposta era apropriada?").
- Deveria pressionar a equipe para revisar e melhorar todas as estratégias implementadas para acabar com o isolamento e a contenção.

Um relatório deve ser escrito sobre o incidente específico.

- Neste relatório, a pessoa que sofreu o isolamento ou contenção deve ter a oportunidade de comunicar sua perspectiva (com o apoio de uma pessoa de confiança, se desejar) sobre:
 - Os eventos que levaram ao uso de isolamento e/ou contenção;
 - O uso de isolamento e/ou contenção em si e seus impactos;
 - O que eles acreditam que precisa ser feito para impedir que essas práticas sejam usadas novamente.
- A situação também deve ser revisada por órgãos e mecanismos independentes do serviço.
- Nos casos de séria preocupação legal, a investigação criminal e a acusação devem ocorrer.

Periodicamente, deve ser escrito um relatório geral sobre o uso de isolamento e contenção no serviço.

- Um relatório deve ser escrito periodicamente (por exemplo, anualmente) para documentar todos os casos de isolamento e contenção no serviço durante o período. Também deve descrever e analisar estratégias em vigor para eliminar o isolamento e a contenção.
- As informações contidas no relatório devem ser anônimas/desidentificadas - ou seja, não devem incluir a identidade das pessoas envolvidas.
- Esses relatórios sobre o uso de isolamento e contenção devem ser disponibilizados ao público. Isso permitirá que as pessoas façam escolhas mais informadas em relação ao seu profissional de saúde, permitirá que organizações ou indivíduos contestem o uso dessas práticas (inclusive através do processo legal em tribunal) e também incentivará os governos a investigar serviços que têm particularmente altas taxas de isolamento e contenção.
- Promover uma cultura de transparência por meio de relatórios regulares provavelmente motivará a gerência e a equipe a mudar e melhorar suas práticas.

Exercício 4.2: É possível alterar o curso dos eventos que antecederam o uso de isolamento e contenções? (30 min.)

Este exercício se concentra no que pode ser feito para impedir que as situações aumentem e explorar as oportunidades perdidas para intervir ao longo do caminho.

Os participantes podem apresentar seus próprios exemplos e cenários. Incentive-os a refletir sobre esses cenários de maneira semelhante ao exercício abaixo.

Mostre e leia o seguinte cenário para os participantes:

Cenário 1 - Experiência de Tom

Tom está em uma casa de assistência social para pessoas com demência. Ele quer fazer uma ligação para sua irmã e precisa obter um cartão telefônico da enfermeira para poder fazer sua ligação. A enfermeira diz que atenderá ao pedido em um minuto porque está muito ocupada.

Como a enfermeira está sobrecarregada com várias tarefas, Tom precisa esperar mais de uma hora.

Ele fica cada vez mais agitado e bate com raiva na porta do posto de enfermagem. A enfermeira pede que ele se acalme, o que resulta em um profundo sentimento de frustração por parte de Tom.

A enfermeira então responde dizendo: "se você estiver nesse estado de espírito (agitação/fúria), não permitirei que você faça sua ligação".

Tom começa a andar de um lado para o outro no corredor e fica cada vez mais agitado, chutando a porta e sendo verbalmente abusivo com os funcionários que passam por ele.

A agitação de Tom resulta em sua contenção física e química. Isso foi justificado pela equipe do serviço como necessário para a segurança dele e de outras pessoas.

Peça aos participantes que respondam às seguintes perguntas:

1. **O que você pensa sobre este caso?**
2. **Situações como esta são comuns no seu serviço?**
3. **O uso de contenção neste caso foi inevitável? O que poderia ter sido feito para evitá-la?**
4. **De quem foi a responsabilidade? A responsabilidade foi apenas da enfermeira?**
5. **Em sua opinião, qual foi o impacto deste incidente no bem-estar de Tom?**

Reflexões sobre o cenário de Tom:

- O resultado desse cenário é bastante comum em muitos serviços de saúde mental e assistência social, mas poderia ter sido evitado.
- O nível de dependência do serviço e da equipe experimentado por Tom e o fato de ele não ter controle sobre sua comunicação, que é um aspecto importante da vida, o leva a reagir a essa situação.
- O fato da rotina da equipe ter prioridade sobre as necessidades de Tom, apesar de o principal motivo do serviço ser prestar assistência e apoio às pessoas, indica que a equipe tem atitudes desumanas em relação às pessoas que usam o serviço. Isso também se reflete na resposta da enfermeira a Tom, que é humilhante e verbalmente abusiva.
- Nesse caso, a enfermeira deveria ter priorizado as necessidades de Tom acima de outras tarefas que poderiam ter sido adiadas por alguns minutos, para fornecer a Tom o cartão telefônico. A crise poderia ter sido evitada.
- Outros médicos, enfermeiros outros funcionários provavelmente passaram por Tom, talvez sabendo que ele estava esperando para fazer uma ligação telefônica e teriam notado os sinais

precoces de angústia devido à espera desnecessária. Levaria alguns minutos do dia de trabalho para ajudar Tom, mas nenhum membro da equipe o ajudou. No final, o curso dos eventos custa à equipe mais tempo significativamente.

- O uso de contenções físicas e químicas provavelmente afetou Tom (por exemplo, impotência, trauma, perda de controle, medo, desumanização) e teve um efeito negativo no seu bem-estar, aumentou os custos do serviço e aumentou o tempo e demandas da equipe de serviço.
- Cada pessoa que desviou o olhar quando poderia ter tomado uma ação para ajudar Tom poderia ser considerada pessoalmente responsável pela escalada da situação.
- Um fator que pode ter contribuído para o resultado também pode ser o fracasso do gerenciamento de serviços em contratar um número suficiente de funcionários para evitar sobrecarregar os funcionários existentes, a fim de permitir que eles respondam adequadamente às necessidades das pessoas que usam o serviço. As pessoas podem e devem tomar medidas proativamente para influenciar o curso dos eventos sempre que possível, a fim de evitar a escalada de uma situação. Todos têm um papel a desempenhar na prevenção do uso de isolamento e contenção e para demonstrar que são práticas evitáveis.
- Tom foi decepcionado - pelo serviço que permitia isolamento e contenção e também pela equipe de serviço que ignorou seu pedido e seus direitos humanos básicos.

Cenário 2 - Experiência de Fátima

Fátima é uma estudante do primeiro ano da universidade que está dividindo uma casa com outros estudantes. Ela está vivendo uma situação de privação de sono porque estuda longas horas para passar nas provas. Ela está cada vez mais ansiosa por poder falhar.

Ela vai ao médico do centro de saúde local para discutir seus problemas de sono. Ela também explica que está sentindo dor de estômago e ataques de pânico e que está encontrando cada vez mais dificuldade em sair da cama de manhã.

O médico a encaminha para um psicólogo, mas, como sua situação não é considerada prioritária em comparação com outras pessoas, ela precisa esperar três semanas por uma consulta.

A essa altura, ela ficou muito doente e está cada vez mais ansiosa e angustiada. Ela sente falta da consulta com o psicólogo, mas ninguém a acompanha.

Um dia, seus colegas de casa preocupados ligam para a polícia porque ela não os deixa entrar em casa e ela não está atendendo às ligações deles. Eles temem que Fátima possa ter pensamentos suicidas e se machucar se ninguém entrar na casa.

A polícia chega e arromba a porta. Uma briga entre Fátima e os policiais ocorre, e Fátima é então contida e involuntariamente admitida em um serviço de internação de saúde mental.

Depois de ler este cenário, faça aos participantes as seguintes perguntas:

1. O que você acha desse cenário?
2. Quão comum você acha que esse cenário é?
3. O uso de restrições era inevitável na situação de Fátima?
4. O que poderia ter sido feito para evitá-lo?

Depois que os participantes tiverem a oportunidade de compartilhar seus pensamentos, explique aos participantes o seguinte:

Reflexões sobre a experiência de Fátima:

- A falta de recursos humanos significou que Fátima não recebeu cuidados e apoio quando solicitou e antes que sua situação se deteriorasse.
- Durante toda a experiência de Fátima, houve oportunidades nas quais ela poderia receber apoio.
- Como a polícia foi chamada, a situação tornou-se coercitiva para Fátima. A polícia decepcionou Fátima, impedindo-a. O uso de coerção aumentou sua angústia e agitação.
- A polícia, em sua intervenção, deveria ter demonstrado preocupação genuína com Fátima e usado técnicas não coercitivas para ajudá-la (por exemplo, conversando com ela calmamente pela porta, explicando que eles estavam lá para garantir que ela estivesse bem, perguntando se havia algo que eles poderiam fazer por ela, perguntando se ela permitiria que eles entrassem, etc.).
- As contenções provavelmente resultaram em efeitos adversos para Fátima.
- Finalmente, o serviço de saúde mental a decepcionou, a admitindo involuntariamente.

Apresentação: Espectro de oportunidades perdidas (10 min.)

- Recorrer ao isolamento e contenção é uma violação dos direitos humanos.
- Todo mundo tem um papel a desempenhar para mudar o curso dos eventos. É importante reconhecer as oportunidades perdidas ao longo do caminho que poderiam ter evitado o uso dessas práticas.
- O pessoal nos serviços deve agir de maneira a respeitar os direitos humanos e a dignidade das pessoas a quem eles prestam serviços, o tempo todo.
- Situações conflitantes ou tensas geralmente podem ser evitadas respondendo às necessidades das pessoas.
- A saúde mental e outros profissionais dos serviços precisam examinar se suas práticas contribuem para a coerção e o aumento da violência. Eles precisam reconhecer sua responsabilidade pessoal por serem responsivos, compassivos e fornecer apoio quando as pessoas precisam, com base no consentimento livre e esclarecido da pessoa.
- Cada falha deve ser considerada uma oportunidade para entender o que deu errado e o que pode ser feito melhor da próxima vez.

Tópico 5: Identificando situações tensas e elementos de uma resposta bem-sucedida

Tempo deste tópico

Aproximadamente 1 hora e 35 minutos.

Reflexão sobre os tópicos anteriores: (15 min.)

Convide os participantes a compartilhar seus pensamentos e reflexões sobre os tópicos anteriores.

Pergunte ao grupo:

Sua opinião sobre isolamento e contenção mudou? Se sim, como?

Como podemos impedir as pessoas de utilizarem o isolamento e a contenção?

Após a discussão, reproduza o vídeo a seguir, que mostra uma perspectiva e experiência de isolamento e contenção. É um resumo poderoso do uso de isolamento e contenções e seu impacto sobre indivíduos e famílias.

Acorrentado e trancado na Somalilândia

<https://youtu.be/mbjxRgRFb88> (3:05) (Acessado 9 Abril 2019)

No final do vídeo, peça aos participantes que compartilhem seus pensamentos. Esta é uma oportunidade para revisar algumas das questões discutidas anteriormente e definir o cenário para o delineamento de estratégias que visem acabar com o isolamento e a contenção.

Apresentação: Identificando situações tensas e elementos de uma resposta bem-sucedida (10 min.)

Introdução de estratégias para prevenir e evitar isolamento e contenções

Existem algumas estratégias-chave para responder efetivamente a situações tensas ou conflitantes e acabar com o uso de isolamento e contenção. Elas incluem:

- planos individualizados para explorar sensibilidades e sinais de angústia;
- desescalamento/desaceleração (prevenir que um conflito/situação seja agravada);
- criar uma cultura de “dizer sim” e “poder fazer”;
- salas de acolhimento;
- equipes de resposta.

Cada uma dessas estratégias será discutida com mais detalhes posteriormente neste treinamento.

Antes de explorá-las, é importante observar como podemos reconhecer sensibilidades e sinais de angústia para poder adotar uma resposta apropriada e evitar o agravamento de uma situação.

Reconhecer e responder a sensibilidades e sinais de angústia

- A equipe de serviço costuma usar o isolamento e a contenção em resposta a situações tensas e conflitantes.
- Situações tensas e conflitantes resultam de muitas causas, incluindo falhas de comunicação, mal-entendidos ou pessoas “desempenhando seus papéis” (por exemplo, o papel da equipe de manter o controle e manter a ordem no serviço). Essas situações geralmente surgem quando alguém sente que não está sendo ouvido ou que seus desejos não estão sendo respeitados.
- Identificar e responder às necessidades e angústias das pessoas desde cedo, de maneira não-coercitiva, evita o agravamento da situação.

• **Sensibilidades:** todos temos sensibilidades, que são situações ou estímulos que podem levar a uma gama de emoções - incluindo angústia, frustração ou raiva - dependendo da pessoa. Podemos notar padrões em nós mesmos, nos outros ou em certos relacionamentos, que causam reações e contra-reações.

• As sensibilidades de todos são diferentes; algo que pode provocar emoções fortes em uma pessoa pode não ter o mesmo impacto em outra pessoa.

• Sensibilidades e padrões de reações podem começar com os pensamentos e sentimentos internos de uma pessoa. Eles também podem ser motivados por eventos externos e pelo comportamento de outras pessoas.

• É difícil para alguém prever quando o outro pode experimentar uma reação aos seus próprios pensamentos e sentimentos internos.

• Múltiplas sensibilidades ativadas em um curto espaço de tempo podem fazer com que uma pessoa sinta grande sofrimento. Além disso, a sensibilidade de várias pessoas sendo ativada com altos níveis de angústia pode rapidamente levar a uma situação tensa e conflituosa.

Exemplos de fatores que podem ativar as sensibilidades das pessoas incluem:

- ouvir gritos ou gritos serem direcionados a pessoa/gritar com
- não ser escutado
- pessoas chegando muito perto
- pessoas falando desrespeitosamente com você
- sentir-se pressionado a fazer algo que você não quer fazer
- pessoas interferindo em seus pertences pessoais
- barulho
- agitação ao seu redor
- pessoas falando rápido demais
- não entender o que está acontecendo ao seu redor ou com você
- estar isolado
- sentir-se solitário
- sentir-se desconectado da família e amigos
- recordar más lembranças
- falta de privacidade
- sentir-se nas trevas
- não ter escolha, controle ou argumentos
- ser encarado.

De fato, muitos desses fatores podem ser encontrados no ambiente de saúde mental e serviços sociais.

Como reconhecer o sofrimento

Os sinais físicos de sofrimento requerem uma resposta cuidadosa e solidária, com o objetivo de identificar e remover a causa da angústia, proporcionando conforto ou, de outra forma, ajudando a pessoa. Alguns exemplos comuns de sinais de sofrimento incluem (46):

- inquietação
- agitação
- estimulação
- falta de ar ou respiração rápida
- sudorese
- dentes cerrados
- chorar
- torcer as mãos
- balançar
- afastar-se
- contato visual prolongado
- aumento do volume da fala
- agressão,
- ameaça de dano.

Exercício 5.1: Discussão: compreendendo sensibilidades e padrões de reações (30 min.)

Este exercício ajudará os participantes a perceber que muitas pessoas têm sensibilidades semelhantes, independentemente de sua saúde mental, e que é importante responder às sensibilidades umas das outras com paciência e empatia.

Comece convidando os participantes a pensar sobre o que os faz sentir medo, chateado, irritado, ansioso ou estressado.

Faça a seguinte pergunta ao grupo e faça uma lista de idéias no flipchart.

O que faz você se sentir assustado, chateado, zangado, ansioso ou angustiado, o que pode fazer com que você aja de uma maneira que pode ser perturbadora para os outros (por exemplo, perder a paciência, chorar, ficar em confronto etc.)?

Após 1 ou 2 minutos de reflexão individual, convide os participantes a compartilhar suas idéias. Faça uma lista de respostas no flipchart.

Os participantes podem dar exemplos semelhantes aos da apresentação anterior.

Depois que os participantes fornecerem respostas, explique que todas as pessoas têm sensibilidades. Compreender essas sensibilidades é essencial para lidar com ou evitar o desenvolvimento de situações tensas ou conflitantes, principalmente porque as pessoas procuram serviços para trabalhar em sua recuperação ou para ter alívio de situações já difíceis em suas vidas.

Exercício 5.2: Acalmando ações (15 min.)

Comece este exercício convidando os participantes a pensar por si mesmos sobre como eles lidam com suas sensibilidades ou angústia e se existem ações específicas que os ajudem. Faça aos participantes a seguinte pergunta:

O que você faz quando está frustrado ou chateado? Existem ações que você gosta de fazer ou que outros gostam, para ajudá-lo nesses momentos?

Após 1 ou 2 minutos de reflexão individual, convide os participantes a compartilhar suas idéias. Faça uma lista de respostas no flipchart. Algumas idéias podem incluir (mas não estão limitadas a) o seguinte:

- dar um passeio
- ouvir música
- conversar com alguém que vai ouvir.

Depois que os participantes tiverem a oportunidade de fornecer respostas, enfatize que dedicar um tempo para entender o que nos ajuda ou a outras pessoas é uma maneira essencial de responder adequadamente quando as sensibilidades são ativadas.

Exercício 5.3: Respondendo a sensibilidades e angústias (20 min.)

Este exercício oferece aos participantes a chance de aplicar os conceitos abordados na apresentação anterior.

Cenário - Susan

1. Leia o seguinte cenário

Susan é uma jovem mulher com diagnóstico de transtorno bipolar que tem histórico de abuso. Ela foi levada de ambulância a um serviço de internação, onde você trabalha como profissional de saúde mental, porque ela não dorme há vários dias, sentindo-se excessivamente enérgica, inquieta e irritada por todos ao seu redor. Durante o processo de admissão, ela concordou em ficar por alguns dias. Ela diz que, quando se sente assim, fica com medo de espaços fechados. Desde os tempos anteriores em que Susan usava o serviço, fica claro que muitas vezes fica angustiada antes de ir para a cama. Ela cobre os ouvidos com as mãos, para de ouvir e às vezes fala agressivamente com a equipe e outras pessoas no serviço. O serviço tem uma política que exige que as pessoas estejam em seus quartos às 21h00min e as pessoas que usam o serviço não tenham acesso aos espaços externos comuns (por exemplo, a sala de televisão) após esse horário.

2. Depois de ler o cenário, discuta as seguintes perguntas com os participantes.

Com base nessa descrição, quais informações são úteis para você pensar em como planejar as necessidades de suporte de Susan?

Há mais alguma coisa que você considere útil explorar com Susan?

Se Susan novamente expressar angústia antes de ir para a cama, como você reagirá?

Explique aos participantes que o objetivo deste exercício não é encontrar uma maneira de levar Susan para a cama sem problemas ou garantir que ela não perturbe os outros. Incentive os participantes a ver a situação do ponto de vista da empatia e aceite que Susan está usando o serviço para sua recuperação. Se ela estiver interferindo no sono de outras pessoas, os participantes devem pensar em como ela poderia ser apoiada, além de garantir que outras pessoas sejam apoiadas.

3. Após a discussão, leia as estratégias que foram identificadas e usadas:

Após discussão com a equipe, Susan identificou as seguintes estratégias para acomodar suas preferências pessoais para uma rotina diária e responder às suas necessidades:

- Será oferecido apoio em relação aos traumas causados pelos abusos que sofreu e para ajudá-la a superar o medo de espaços fechados.
- Ela não é obrigada a ir para a cama; ela decide quando é a hora certa para ela. Isso resultou em um repensar completo da política de serviço referente a ir dormir, a fim de permitir a acomodação de preferências pessoais.
- Ela pode assistir televisão na sala comum até se sentir cansada, relaxada e pronta para ir para a cama.
- Se desejar, ela tem a possibilidade de sair sozinha ou com um membro da equipe.

Repita o exercício com a história de Abdu.

Cenário - Abdu

1. Leia o seguinte cenário:

Abdu é um homem de 68 anos que tem um diagnóstico de demência. Ele é instável e está propenso a cair. Ele gosta de passear pelos corredores e pelos jardins da casa de repouso e não gosta de saber que não é seguro para ele passear livremente. Quando isso ocorre, ele começa a gritar e bate na pessoa que o impede de ir aonde ele quer. Ele também grita com os funcionários e anda de maneira frustrada.

2. Discuta as seguintes perguntas com os participantes:

- O que mais incomoda Abdu?
- O que a equipe de serviço pode fazer para acomodar suas necessidades?

3. Após a discussão, leia as estratégias que foram identificadas e usadas:

Abdu e os funcionários da casa conseguiram identificar as seguintes estratégias para apoiar e acomodar Abdu e evitar angustiá-lo.

- Ele recebe um andador para que possa andar livremente e sem ajuda dentro da casa de saúde e seus jardins.
- A equipe também organiza voluntários de um grupo de apoio local para sair com ele para passear pela cidade uma ou duas vezes por semana.

Tópico 6: Planos individualizados para explorar e responder a sensibilidades e sinais de sofrimento

Tempo deste tópico

Aproximadamente 1 hora.

Apresentação: Planos individualizados para explorar sensibilidades e sinais de sofrimento (20 min.)

Esta apresentação baseia-se na sessão introdutória anterior, que destacou a necessidade de identificar e entender sensibilidades e sinais de sofrimento.

No tópico anterior, examinamos como reconhecer sensibilidades e padrões de reações. Uma estratégia muito útil que pode contribuir para acabar com o isolamento e a contenção é o desenvolvimento de planos individualizados para explorar sensibilidades e sinais de angústia.

O que é um plano individualizado?

- É um plano que descreve ações que podem ajudar uma pessoa a se acalmar e relaxar em momentos de crescente ansiedade, angústia, frustração ou raiva, dependendo das sensibilidades e padrões comuns de reação da pessoa.
- O plano é exclusivo para cada pessoa.
- O plano concentra-se nas necessidades do indivíduo acima das necessidades do serviço.
- Esses planos incluem estratégias para identificar sinais de sofrimento e responder a sensibilidades antes que a situação se agrave.
- Desenvolver um plano com uma pessoa é uma oportunidade para que outras pessoas entendam quais são as emoções e sentimentos da pessoa em determinadas situações e discutam maneiras eficazes de atender às necessidades da pessoa quando essa situação ocorrer em longo prazo.

Para quem são os planos individualizados?

- Pode não ser relevante desenvolver planos individualizados para todas as pessoas. Nem todas as pessoas querem ou precisam deles. No entanto, para algumas pessoas, o desenvolvimento de planos individualizados pode ser útil para entender o que faz com que a pessoa se sinta angustiada, ansiosa ou zangada e como outras pessoas podem responder a essas situações de uma maneira que respeite a pessoa e seus desejos e preferências. Cabe aos indivíduos decidir se esse plano lhes é útil ou não.
- Planos individualizados não são apenas para pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas. O uso de planos individualizados se aplica igualmente a funcionários, famílias e parceiros de assistência. Todo mundo tem sensibilidades que podem afetar seu comportamento em determinadas situações. Todos devem tentar aprender e entender suas próprias sensibilidades e estratégias que os acalmem.

Como um plano individualizado deve ser desenvolvido e usado?

- O plano deve ser desenvolvido pela pessoa em questão e, se assim o desejar, com o apoio de outras pessoas que gostariam de se envolver. Isso pode incluir membros da família, profissionais de saúde, colegas, etc.

- A pessoa para quem o plano é desenvolvido decide o que entra no plano - não as outras pessoas.
- O plano deve ser desenvolvido quando a pessoa está em um estado de espírito calmo ou relaxado.
- Quando útil, o plano pode ser integrado ao plano geral de recovery (recuperação) de uma pessoa (consulte o módulo Práticas de recovery para saúde mental e bem-estar).
- Se a pessoa desejar, os planos deverão ser facilmente acessíveis à equipe de saúde, equipes de resposta e outras pessoas relevantes (por exemplo, mantidos nos registros médicos do serviço ou incluídos em um registro on-line).
- Planos individualizados devem ser atualizados e revisados regularmente, à medida que as pessoas aprendem mais sobre suas sensibilidades e causas de sofrimento.

Fazendo um plano individualizado:

A pessoa identifica e faz uma lista do que a faz se sentir frustrada, irritada ou angustiada. A pessoa pode ser assistida por outras pessoas, se desejar. As pessoas também listam como expressam o seu sofrimento (ou como seu sofrimento se manifesta nelas) e no que querem que os outros prestem atenção - ou seja, como um sinal para que outras pessoas respondam de forma solidária.

A pessoa então identifica possíveis estratégias para abordar a(s) causa(s) subjacente(s) de sofrimento, a fim de removê-lo ou então reconhecê-lo e buscar conforto e apoio. Essas estratégias serão diferentes para todos, mas alguns exemplos incluem:

- dar um passeio
- ter alguém que reconheça seus sentimentos
- respirar lenta e profundamente
- apertar uma bola ou cobertor
- poder gritar ou chorar
- passar o tempo em uma sala de acolhimento
- ligar para um amigo ou membro da família
- fazer exercícios
- tomar um banho

As medidas tomadas para ajudar as pessoas a remover a causa do sofrimento, raiva, frustração ou ansiedade ou superá-la devem sempre ser tomadas voluntariamente e nunca devem ser impostas a ninguém.

Ações calmantes e outras maneiras de lidar com o sofrimento devem ser adaptadas a cada indivíduo e a cada situação: algo que funcione para uma pessoa ao mesmo tempo pode não funcionar para outra pessoa ou para a mesma pessoa em um momento diferente. A criatividade é importante para encontrar soluções adaptadas às necessidades individuais.

O uso de planos individualizados para lidar com problemas que surgem de situações conflitantes ou tensas também pode ser uma boa oportunidade para a equipe do serviço e as pessoas que o utilizem criarem confiança e respeito mútuo.

Exercício 6.1: Faça um plano individualizado (40 min.)

Todos - incluindo a equipe de saúde mental e outros profissionais, famílias e parceiros de assistência - podem se beneficiar da identificação de suas próprias sensibilidades. Lembre aos participantes que eles não precisam divulgar nada do que não desejam.

Peça aos participantes que se dividam em pares. Depois distribua aos participantes cópias do Anexo 3 (Fazendo um plano individualizado). Os participantes podem fazer esse exercício sozinhos, se preferirem.

Convide cada par de participantes a preencher a tabela representada abaixo para cada pessoa.

1. Comece o exercício com uma pessoa de cada par entrevistando a outra sobre o que a faz sentir frustrada, ansiosa, zangada ou angustiada.
2. Em seguida, ambos devem discutir o que ajuda a pessoa a se acalmar durante situações tensas, estressantes ou conflitantes.
3. Finalmente, o par deve identificar medidas concretas para ajudar a pessoa que compartilhou suas sensibilidades a se acalmar ou resolver a situação.

Após essa primeira rodada, peça aos parceiros que troquem de papéis e repitam o exercício.

Meu plano de gerenciar minhas sensibilidades		
Quais são minhas sensibilidades?	O que ajuda a me acalmar?	Que medidas concretas podem ser tomadas?
<i>por exemplo. Sentindo-se oprimido pelo barulho e pelas pessoas ao meu redor</i>	<i>por exemplo. Respirar com calma e ficar sozinho algum tempo</i>	<i>por exemplo. Pratique a respiração lenta: encontre um lugar tranquilo onde possa ficar sozinho até me sentir mais calmo</i>

Tópico 7: Criando uma cultura de “dizer sim” e “posso fazer”

Tempo desde tópico

Aproximadamente 40 minutos.

Apresentação: Criando uma cultura de “dizer sim” e “posso fazer” (15 min.)

Na admissão a um serviço, as pessoas que usam o serviço (especialmente aquelas caracterizadas por uma cultura institucional) e aquelas trazidas ao serviço contra sua vontade são obrigadas a entregar um controle considerável ao serviço e a equipe.

Eles estão longe do seu dia a dia, de sua casa, de suas coisas e confortos familiares, de sua comida, do ambiente habitual, de livros e computadores, de programas de televisão, de sua família, amigos, redes sociais, pertences, etc. São impedidos de sair, passear, manter suas rotinas e hábitos, trazer e trabalhar sua arte ou material de escrita ou leitura. Ser colocado em uma situação de perda de controle e dependência da equipe para seu conforto, segurança, proteção e bem-estar pode causar angústia, medo, ansiedade e frustração.

A equipe de saúde costuma dizer "não" às solicitações das pessoas ou atrasar o atendimento dessas solicitações. Isso pode ser devido as cargas de trabalho pesadas, falta de pessoal, treinamento inadequado, regulamentos de serviço ou uma cultura de falta de resposta no serviço em geral.

A frustração, angústia e dependência sentidas pela pessoa em questão podem ser mal interpretadas pelos funcionários, como um comportamento desafiador e, finalmente, levar a uma situação conflituosa na qual os funcionários recorrem a medidas coercitivas, como isolamento e contenção.

É necessário entender que as pessoas estão chegando ao serviço porque têm necessidades, seja para aliviar as dificuldades que estão enfrentando na vida, para uma conexão ou conforto, em tempos difíceis, ou para trabalhar em sua recuperação fora de suas atividades habituais.

Para ser realmente eficaz, é necessário que o serviço mude de uma cultura de "gerenciamento" e "controle" de pessoas para uma que seja orientada à recuperação e apoie as pessoas que usam os serviços. Isso necessariamente exige que a equipe reconheça e responda às necessidades e exigências das pessoas, em vez de negá-las e recusá-las.

Uma estratégia útil é criar uma cultura de “dizer sim” e “pode fazer” dentro de um serviço. Isso envolve a criação de um espaço de não julgamento e que permita a reflexão sobre como as decisões são alcançadas e se é possível dizer "sim" em vez de "não" em resposta a uma solicitação das pessoas que usam o serviço. Isso ajudará à equipe do serviço a colocar as pessoas em primeiro lugar, juntamente com suas necessidades e exigências.

Antes de dizer "não" às solicitações de uma pessoa que usa o serviço, os profissionais da equipe devem primeiro fazer a R.E.F.L.E.C.T sobre a solicitação. Pense sobre (47):

- R - Renomear: O que seria necessário para dizer "sim"?
- E - Fácil: "não" é a opção mais fácil?
- F - Sentimento: Como ficaria a pessoa se eu dissesse "não"?
- L - Escute: Eu realmente ouvi a pessoa em questão e o que ela está perguntando?
- E - Explique: Posso explicar à pessoa em questão por que não consigo atender a sua solicitação?
- C – Seja Criativo: existem maneiras criativas de atender à solicitação da pessoa?
- T-Tempo: Estou dando tempo suficiente para considerar a solicitação?

Mesmo em situações em que os profissionais já disseram "não" a uma solicitação, é útil para reletir sobre R.E.F.L.E.C.T as motivações para ter dito "não":

- R - Renomear: O que seria necessário para dizer "sim"?
- E - Fácil: "não" foi a opção mais fácil?
- F - Sentimento: Como seria?
- L - Escute: Os funcionários ouviram a pessoa em questão?
- E - Explique: Foi dada uma explicação à pessoa em questão?
- C – Seja Criativo: a criatividade foi usada para tentar encontrar uma maneira de atender à solicitação da pessoa?
- T-Tempo: Foi alocado tempo suficiente para considerar a solicitação?

A reflexão sobre essas questões encoraja os participantes praticantes e parceiros de cuidados a pensarem mais profundamente sobre suas práticas e como eles podem reverter a situação para desenvolver uma cultura de "Primeiro diga sim".

Outra questão importante a ser considerada pela equipe é:

Posso dar recursos às pessoas que usam o serviço para que elas não precisem fazer essa solicitação e se tornem mais autônomas?

Para esta última pergunta, é importante notar que:

O objetivo não é fornecer à pessoa as informações ou recursos que ela solicita, a fim de "se livrar da pessoa". Os funcionários devem ouvir a pessoa e tentar realmente entender o que precisam. Eles devem ser honestos sobre os recursos e informações que podem fornecer e ter cuidado para não sobrecarregar a pessoa com muita informação. Às vezes, isso pode envolver a vinculação direta da pessoa a alguém capaz de atender a sua solicitação.

Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que nem todas as necessidades sempre podem ser atendidas. Às vezes, o serviço não pode atender a essas necessidades ou pode ser demorado. No entanto, em situações em que a solicitação ou necessidade de uma pessoa não pode ser atendida, isso deve ser discutido com a pessoa. Além disso, o gerenciamento de serviços deve garantir que a equipe de atendimento seja capaz de cuidar de suas próprias necessidades no processo, para que possam estar totalmente atentos e dispostos a se envolver.

Exercício 7.1: Criando uma cultura de “dizer sim” e “posso fazer” no serviço de saúde mental e serviço social (25 min.)

Este exercício foi desenvolvido para ajudar os participantes a elaborar uma lista de etapas que podem ser tomadas para criar uma cultura de “dizer sim” e “pode fazer” em um serviço de saúde mental ou serviço social.

Faça aos profissionais de saúde mental e assistência social, pessoas que usam serviços e parceiros/famílias/cuidadores, as seguintes perguntas.

- **Pergunta para profissionais de saúde mental e profissionais relacionados:** Pense na última vez em que você disse "não" ao pedido de uma pessoa que utiliza o serviço? O que você poderia ter feito diferente?
- **Pergunta para parceiros/famílias/cuidadores:** Pense na última vez em que você disse "não" ao pedido de seu parente com uma deficiência psicossocial, intelectual ou cognitiva. O que você poderia ter feito de diferente?
- **Perguntas para pessoas que usam serviços:** Pense na última vez em que um membro da equipe ou parceiro/parente disse “não” à sua solicitação. O que poderia ter sido feito de maneira diferente?

Depois de escrever no flipchart as várias respostas dos participantes, faça a seguinte pergunta e depois registre suas idéias no flipchart.

- O que é necessário para criar uma cultura de “sim” em um serviço de saúde mental ou social?
- Como profissionais, pessoas que usam o serviço, famílias e parceiros de assistência ou outros podem estar envolvidos nesse processo?
- Quais habilidades seriam necessárias para criar ou melhorar uma cultura de “dizer sim”?

Tópico 8: Ambientes de apoio e uso de salas de acolhimento

Tempo deste tópico

Aproximadamente 55 minutos.

Apresentação: Ambientes de apoio e salas de acolhimento (15 min.)

O ambiente de um serviço pode desempenhar um papel no aumento ou na redução de tensões. Um ambiente coercitivo ou opressivo pode aumentar os conflitos e a escalada/agravamento dos mesmos, enquanto um ambiente confortável e favorável pode promover e apoiar à recuperação, o bem-estar, a inclusão, a esperança, a resiliência, a interação social e assim por diante.

Embora o ambiente geral deva ser favorável, uma ilustração prática pode ser a de criar uma sala de acolhimento no serviço. Uma sala de acolhimento oferece um refúgio contra o estresse e permite que as pessoas experimentem seus sentimentos e aliviem seus desconfortos em privacidade. Pode ser oferecido a qualquer momento e pode ajudar a impedir o agravamento da crise.

Quartos/Sala de acolhimento (48-50)

Uma sala de acolhimento oferece um refúgio contra o estresse e permite que as pessoas experimentem seus sentimentos e aliviem desconfortos em privacidade.

- Uma sala de acolhimento não é uma sala de isolamento. É uma ferramenta preventiva que pode ajudar alguém em perigo a se acalmar e relaxar.
- Essas salas devem sempre ser usadas de forma voluntária e com o consentimento informado da pessoa em questão.
- É útil respeitar o uso de salas de acolhimento como um local de santuário e cura, para que elas não sejam percebidas como sendo apenas para pessoas que usam o serviço ou usadas como salas de isolamento. Uma maneira de fazer isso é disponibilizá-las para as pessoas que utilizam o serviço e para a equipe com o objetivo de realizar atividades que envolvam relaxamento e descanso.
- Antes de sugerir que outra pessoa use a sala de acolhimento, é importante verificar as próprias emoções e reações e certificar-se de que a sugestão de uso da sala não esteja sendo feita para aliviar o próprio desconforto em uma situação. Também é importante reconhecer que essa sugestão pode não ser bem-vinda.

Configurando uma sala de acolhimento

- A equipe e as pessoas que usam o serviço devem trabalhar juntos para desenvolver um plano para a criação de uma sala de acolhimento. É essencial que as pessoas que usam o serviço sejam bem-vindas a participar ativamente do planejamento, criação e desenho da sala de acolhimento.
- Discutir e decidir:
 - para que serve a sala de acolhimento, como deve ser utilizada, que tipo de ambiente deve ser criado;
 - qual sala (ou salas) será usada;
 - como será a mobília e decoração;

- como será paga;
- quem ficará encarregado de manter a sala.

Ao projetar a sala, a segurança das pessoas que a utilizam deve ser uma consideração importante. Pode ser útil pensar na sala em termos de desenho universal para torná-la segura e acessível a todos. Também pode ser necessário remover itens de vidro, objetos inflamáveis, objetos leves que possam ser facilmente jogados ao redor ou acessórios que possam ser usados para prejudicar a si ou a outras pessoas (por exemplo, maçanetas).

Para algumas pessoas, pode ser útil incluir estímulos sensoriais calmantes e reconfortantes nas salas de acolhimento, a fim de desviar o foco da atenção do sofrimento para outra coisa. As abordagens sensoriais devem sempre ser voluntárias.

Exemplos de abordagens sensoriais que podem ser integradas em uma sala de acolhimento podem incluir água quente, cobertores macios, tapetes ou travesseiros, cores calmantes, iluminação baixa, cadeiras de balanço, silêncio, música ou sons calmantes e relaxantes, aromaterapia, etc.

As abordagens sensoriais devem ser individualizadas. A equipe do serviço deve trabalhar com a pessoa, se ela desejar experimentar diferentes abordagens sensoriais para ver o que funciona para elas. As pessoas também podem explorar as abordagens sensoriais disponíveis.

É importante ter em mente que o que é calmante para uma pessoa pode ser estressante para outra. Por exemplo, algumas pessoas podem preferir sentar-se em silêncio, com pouca ou nenhuma estimulação sensorial. Outros podem precisar chorar, gritar, tocar tambor, dançar, orar ou usar outras estratégias como meio de se acalmar.

Exercício 8.1: Abordagens sensoriais (15 min.)

Comece este exercício convidando os participantes a pensar individualmente sobre algumas abordagens sensoriais que poderiam ser usadas em uma sala de acolhimento em seu serviço. Pergunte aos participantes o seguinte:

Tente pensar em algumas abordagens sensoriais específicas que podem ser usadas em um ambiente de saúde mental ou serviço social.

Após 5 a 10 minutos de tempo de reflexão individual, peça aos participantes que compartilhem suas idéias com o grupo. Faça uma lista de idéias no flipchart.

Apresentação: Salas de acolhimento em serviços de emergência em hospitais gerais ou em outros locais de tratamento agudo (10 min.)

- Os serviços de emergência em hospitais gerais ou em outros locais de tratamento agudo costumam ser os primeiros lugares que as pessoas vão quando experimentam um sofrimento muito sério.
- Nesses locais, as condições podem ser agitadas e caóticas, com fatores e estímulos abundantes, como barulho, superlotação e longos tempos de espera que podem agravar o sofrimento e a ansiedade das pessoas. (51).

- Além disso, a equipe do serviço de emergência raramente é treinada em estratégias não coercitivas para apoiar as pessoas que sofrem. Como resultado, em muitos casos, a equipe recorre ao uso de isolamento e contenção.
- Pesquisas mostraram que o uso de isolamento e contenção em serviços de emergência é muito comum (52, 53).
- Criar uma sala de acolhimento dentro de um serviço de emergência é um meio útil para garantir que as pessoas não precisem esperar em salas de espera barulhentas, superlotadas e às vezes caóticas; em vez disso, eles podem esperar em um ambiente calmo, longe de estímulos negativos.

Exercício 8.2: Salas de Acolhimento no Seu Serviço (15 min.)

Este exercício destina-se a ajudar os participantes a apresentar uma lista de medidas que podem ser tomadas para criar uma sala de acolhimento em seus serviços.

Faça as seguintes perguntas e registre idéias no flipchart:

O que deve ser feito para criar uma sala de acolhimento em um serviço social ou de saúde mental?

- Qual sala será usada?
- Que tipo de espaço as pessoas querem criar?
- Quem será responsável por criá-lo?
- O que pode ser incluído na sala?
- Como alguém pode reunir e incorporar sugestões de pessoas que usam o serviço e a equipe ao criar a sala?
- Como será financiado?

Tópico 9: Redirecionamento de situações tensas e conflitantes

Tempo deste tópico

Aproximadamente 15 minutos.

Apresentação: Introdução à redução de escala (redução de conflitos) (15 min.)

Desescalamento é uma técnica para gerenciar situações em que as pessoas estão extremamente angustiadas ou chateadas, levando-as a agir de maneira que possam afetá-las negativamente e a outras pessoas, emocional ou fisicamente. Isso pode levar a situações muito desafiadoras que às vezes podem até ameaçar a segurança das pessoas envolvidas.

Desescalamento é uma abordagem que envolve e estabelece um relacionamento colaborativo com as pessoas-chave envolvidas em um conflito, a fim de resolver ou difundir a situação. Desescalamento aplica técnicas de comunicação eficazes a essas situações (para obter mais informações sobre técnicas de comunicação, consulte o módulo “Liberdade de coerção, violência e abuso”).

Por exemplo, o desescalamento envolve praticar a escuta ativa. A escuta ativa é uma forma estruturada de escutar e responder que concentra a atenção na pessoa.

Escutar ativamente é estar atento ao que alguém está dizendo para entender seus pontos de vista e sentimentos.

A escuta ativa requer atenção total à pessoa e checagem para garantir que a pessoa compreendeu o verdadeiro significado do que está sendo dito.

A escuta ativa também requer atenção para não colocar o próprio significado no que a pessoa está dizendo. Trata-se de ter um diálogo (e não um monólogo) com a pessoa em questão e avaliar seus sentimentos, pensamentos e idéias. (Para obter mais informações sobre escuta ativa, consulte o módulo “Práticas de recuperação para saúde mental e bem-estar”).

Ao interagir com uma pessoa que está expressando sofrimento de maneira que os outros consideram perturbadoras ou ameaçadoras, todos os envolvidos precisam fazer um esforço para permanecer engajados e reconhecer suas reações emocionais.

Algumas pessoas possuem naturalmente as habilidades necessárias para diminuir a escala (agravamento) de situações conflitantes ou tensas usando essas técnicas. No entanto, o desescalamento é algo que todos podem aprender e praticar. Exige que o treinamento seja realizado efetivamente para produzir resultados seguros e satisfatórios. A equipe de serviço pode, portanto, se beneficiar de treinamento adicional sobre este tópico.

Dicas para evitar a escalada/agravamento de uma situação(54)

- Respeite o espaço da pessoa.
- Evite espaços fechados (por exemplo, salas pequenas) para garantir que a pessoa não se sinta presa, encurralada ou confinada.
- Tente se envolver com a pessoa. Informe a pessoa que você deseja apoiá-la e não fará nada contra sua vontade ou algo que a prejudique.
- Não use linguagem que possa ser vista como provocativa, humilhante e condescendente. Seja educado e respeitoso o tempo todo.
- Converse com a pessoa com o grau apropriado de formalidade, dependendo de seu histórico de proximidade com a pessoa.
- Não apresse a pessoa. Dê a eles tempo e espaço para processar o que está sendo dito e responder.
- Tente entender o motivo por trás do sofrimento da pessoa e tente entender o que a pessoa precisa e deseja. Pergunte diretamente à pessoa o que ela espera e o que você pode fazer.
- Pergunte à pessoa o que ela acharia útil e tente oferecer algumas opções e escolhas.
- Não descarte o que a pessoa está dizendo apenas porque você discorda. Mesmo que você não concorde, tente encontrar áreas nas quais você pode concordar. Se você não conseguir concordar com nada, concorde em discordar.
- Facilitar o acesso das pessoas a outros indivíduos que ela conhece e confie.
- Depois que o momento difícil tiver passado, tente explorar com a pessoa o que aconteceu.

As técnicas de desescalamento podem diferir entre contextos e culturas e precisam ser adaptadas.

Tópico 10: Equipes de resposta

Tempo deste tópico

Aproximadamente 1 hora.

Apresentação: A criação de uma equipe de resposta (36, 37, 55-57) (30 min).

Esta apresentação fornece uma visão geral de como as equipes de resposta podem ser usadas para intervir durante situações tensas ou conflitantes sem usar medidas coercitivas.

O que é uma equipe de resposta?

- Uma equipe de resposta é um grupo principal de pessoas experientes e comprometidas que adotam uma abordagem não-coercitiva e são responsáveis por intervir/responder quando é provável que exista uma situação de emergência considerada difícil ou "incontrolável" pelos presentes.
- Uma equipe de resposta pode ter nomes diversos em diferentes países e serviços - por exemplo, equipe de resposta a crises ou Equipe de resposta a emergências psiquiátricas.
- As equipes de resposta podem ser eficazes no gerenciamento de uma crise, usando boas habilidades de comunicação, desescalonamento e prevenção de violência para neutralizar e resolver com segurança uma situação tensa ou conflituosa (58).
- Os membros da equipe ajudam e auxiliam durante uma situação conflituosa, mas também podem executar prevenção proativa nos serviços.
- É importante observar, no entanto, que a intervenção de uma equipe de resposta não é necessária ou apropriada quando as pessoas estão simplesmente expressando angústia. A equipe de resposta é apropriada apenas quando o sofrimento de uma pessoa ou de várias pessoas tem um impacto cumulativo entre si e se torna uma situação tensa e conflituosa que eles não conseguem resolver sozinhos.
- A equipe deve estar disponível o tempo todo, especialmente quando o risco de um incidente pode ser maior (por exemplo, à noite).

O objetivo da equipe de resposta é sempre responder a situações tensas e conflitantes de maneira não-violenta e não-coercitiva. É importante garantir que a equipe de resposta não evolua ao longo do tempo para uma equipe que use medidas coercitivas e violentas para gerenciar situações de tensão e conflito.

Objetivos.

- Proporcionar uma solução segura para situações conflitantes ou tensas que tenham implicações de segurança ou que tenham o potencial de prejudicar as pessoas.
- Desenvolver e implementar abordagens não coercitivas e não confrontacionais, projetadas para ajudar e apoiar as pessoas envolvidas, em vez de controlá-las.
- Reduzir o potencial de ferimentos ou danos durante essas situações.
- Fornecer uma abordagem de equipe organizada e liderança para as situações conflituosas mais difíceis.
- Treinar e compartilhar experiências e conhecimentos com outras pessoas sobre habilidades e estratégias não coercitivas.

- Contribuir para a discussão e revisão da situação, uma vez resolvida, com o objetivo de melhorar continuamente a maneira como essas situações são respondidas.

Composição e função

- A equipe de resposta deve incluir:
- Profissionais de saúde mental e assistência social (auxiliares, enfermeiros, médicos e outros) comprometidos com abordagens não-coercitivas em serviços e assistência. Existe um risco de agravamento se as pessoas envolvidas na situação conflituosa não estiverem familiarizadas com os membros da equipe.
- As equipes também devem incluir outros membros (por exemplo, pares, defensores da comunidade, membros da família).
- A composição da equipe de resposta é adaptada às necessidades da(s) pessoa(s) (por exemplo, sensível à idade, sexo, cultura, necessidades particulares). Portanto, é importante garantir que a composição da equipe respeite o equilíbrio de gênero, etnia e idade, tanto quanto possível.

Papel dos membros:

- Os membros da equipe devem ter papéis claros e específicos para evitar confusão sob estresse.
- Pelo menos um grupo principal deve ser designado para o serviço de saúde mental ou serviço social no dia a dia.
- Também pode haver membros da equipe fora do serviço que estão "de plantão" quando necessário:
 - Esses membros não estão permanentemente no serviço de saúde mental ou no serviço social.
 - Eles são chamados para ajudar com base na necessidade.
 - Eles podem ser chamados a curto prazo e reportar ao local em um curto período de tempo.
 - Os membros da equipe devem receber remuneração pelo tempo em que estão "de plantão".

Líderes de Equipe

- As equipes de resposta devem ter um líder de equipe. Deve ser um indivíduo com habilidades efetivas de liderança e desescalamento e experiência em apoiar pessoas em perigo. Os líderes da equipe devem ser selecionados pela gerência do serviço antes de seu envolvimento na equipe.
- Um líder de equipe eficaz:
 - promove uma abordagem não violenta da resolução de uma situação;
 - promove a segurança de todas as pessoas envolvidas na situação conflituosa ou tensa;
 - assume um papel de liderança na situação e delega papéis e responsabilidades a outros membros da equipe (por exemplo, limpando a área, garantindo que não haja objetos potencialmente nocivos ou perigosos etc.);
 - mantém atualizado e compartilha novas pesquisas sobre abordagens não-coercitivas;
 - é competente com habilidades de comunicação verbal e não verbal;
 - ouve conselhos e treina outras pessoas sobre questões de segurança e práticas não coercitivas;

- questiona decisões e práticas inseguras;
- é responsável pela resposta e por todas as perguntas após o evento.

Treinamento em respostas não coercitivas

- Os membros da equipe (profissionais e não profissionais) devem ser treinados sobre como evitar e gerenciar crises.
- Os serviços sociais e de saúde mental devem melhorar a qualidade e a quantidade de seu treinamento, tornando-o um requisito anual para todos os membros da equipe.
- Os membros devem ser treinados juntos e ter relações de trabalho para que possam responder juntos como uma equipe e evitar qualquer falta de comunicação ou falta de coordenação nas situações em que intervêm.
- O treinamento deve incluir como apoiar pessoas com necessidades e requisitos especiais (por exemplo, mulheres grávidas, pessoas com deficiências físicas etc.).
- O treinamento deve simular o estresse de situações da vida real que no passado resultaram no uso de isolamento e contenção, permitindo assim que os membros pratiquem manter a calma sob estresse.
- À medida que as equipes de resposta ganham mais experiência prática, sua eficácia na difusão de situações conflitantes aumenta com o tempo.
- Todo o pessoal do serviço (não apenas os membros da equipe de resposta) também deve receber treinamento em respostas não coercitivas a situações conflitantes.

A equipe de resposta em ação:

1. Antes de uma potencial situação conflituosa

- Quando ocorre uma situação conflituosa, o membro da equipe no local alerta a equipe de resposta, chamando seus membros para o local da situação por rádio, pagers ou outros métodos.
- Quando os membros são alertados, eles param o que estão fazendo e reportam à área.
- A equipe de resposta precisa chegar à área em um curto período de tempo (menos de 5 minutos).

2. Resposta a uma crise ou emergência

- À medida que os membros da equipe chegam, eles são atendidos pelo líder da equipe, que identifica as medidas a serem tomadas em uma situação específica, com base no diálogo com as pessoas envolvidas, na experiência passada de medidas eficazes, observação pessoal, planos avançados ou planos individualizados (quando disponíveis) etc.
- A equipe de saúde da equipe de resposta deve determinar se há razões médicas subjacentes para fazer uma pessoa se comportar ou reagir de certa maneira e se ela tem condições pré-existent (por exemplo, problemas cardíacos, histórico de trauma, uso de drogas, etc.) dos quais a equipe deve estar ciente.
- O líder da equipe designa uma pessoa para se encarregar da resposta. Este deve ser um membro da equipe que conhece e tem o melhor relacionamento com a pessoa em questão.
- Os membros da equipe trabalham com todas as pessoas envolvidas para entender as circunstâncias imediatas e os antecedentes relevantes que precipitaram a situação e para identificar meios de superá-la. Isso levará a um relacionamento baseado no conhecimento

compartilhado que, por sua vez, permitirá que os membros entendam as posições das pessoas.

- Quando necessário, um ou mais membros devem levar as pessoas não envolvidas na situação (por exemplo, funcionários não essenciais ou pessoas que usam o serviço) para longe da área.
- Os membros da equipe de resposta devem garantir que outros membros da equipe prestem o apoio necessário a outras pessoas que usam o serviço.
- As equipes de resposta devem tomar medidas para acalmar o ambiente (por exemplo, reduzir a iluminação forte, reduzir a poluição sonora / barulhos altos etc.) e remover qualquer objeto potencialmente perigoso (por exemplo, móveis, equipamentos médicos).
- As equipes de resposta não devem sobrecarregar as pessoas envolvidas e contribuir para o caos, por exemplo, todos conversando ao mesmo tempo ou correndo para agir ao mesmo tempo. Fazer isso pode aumentar o potencial de lesões e traumas.
- Mesmo durante uma situação de conflito, é importante estar atento às maneiras pelas quais o relacionamento das pessoas presentes pode ser aprimorado e evitar dizer ou fazer coisas que dificultem esses relacionamentos.

3. Uma vez que a situação tenha sido resolvida

- Uma revisão pós-incidente deve ser realizada o mais rápido possível e o mais tardar 72 horas após o incidente.
- Uma sessão de interrogatório deve ser realizada entre os membros da equipe de resposta para discutir a resposta, revisar o resultado e determinar o que funcionou, o que não funcionou e como as coisas podem ser gerenciadas melhor no futuro, se surgir uma situação semelhante.
- A equipe de resposta deve discutir com todas as pessoas envolvidas o que elas acham que levou à situação, como ela foi tratada e o que pode ser feito para impedir que uma situação semelhante ocorra no futuro.
 - O objetivo de uma revisão é aprender lições, apoiar a equipe e as pessoas que usam o serviço e incentivar relacionamentos positivos entre as pessoas.
- Para a pessoa que usa o serviço envolvido na situação, uma conversa separada deve ser realizada quando a pessoa se sentir pronta, a fim de entender melhor o que levou à situação, o que ela passou, o que provocou sua angústia, o que aconteceu que eles estavam reagindo e com que forma eles acham que a equipe de resposta lidou com a situação.
 - Essa também é uma oportunidade para desenvolver ou revisar planos individualizados.
 - As pessoas em questão devem ter a oportunidade de escrever sua própria perspectiva pessoal sobre o incidente e o que deve acontecer em situações semelhantes no futuro.
- Além disso, uma revisão pós-incidente deve ser realizada logo após a crise (por exemplo, dentro de 3 dias). Recomendações devem ser feitas como parte da revisão, destacando as

ações que podem ser tomadas no futuro para melhorar a capacidade do serviço de evitar e responder a situações de conflito. Os resultados desta revisão devem ser compartilhados com a equipe de serviço e o gerenciamento de serviço, conforme necessário.

Exercício 10.1: Criando uma equipe de resposta (20 mins)

Este exercício visa ajudar os participantes a apresentar uma lista de etapas que podem ser tomadas para criar uma equipe de resposta em seu serviço.

Faça as seguintes perguntas e registre idéias no flipchart.

O que pode ser feito para criar uma equipe de resposta em seu serviço?

- Quem você poderia envolver?
- Como as pessoas que não são membros da equipe podem ser incluídas como parte da equipe de resposta (por exemplo, elas podem estar disponíveis no serviço no dia a dia ou podem estar "de plantão" para entrar rapidamente no serviço)?
- Como você pôde organizar o treinamento para essa equipe?
- Se for necessário financiamento, como poderia ser obtido?

Exercício reflexivo (10 min.)

O exercício reflexivo oferece aos participantes a oportunidade de pensar mais sobre o que foi aprendido no treinamento.

Abaixo está uma pergunta para refletir após a sessão. Você pode escrever sua resposta para discutir no próximo tópico ou simplesmente pensar em suas respostas.

O que você pode fazer como indivíduo para ajudar a eliminar o uso de isolamento e contenção em seu serviço?

Tópico 11: Ação a ser tomada para eliminar isolamento e contenção

Tempo deste tópico

Aproximadamente 2 horas e 12 minutos.

O objetivo deste tópico é incentivar os participantes a refletir sobre as estratégias descritas nos tópicos anteriores e pensar em quais ações concretas eles poderiam implementar em seu próprio contexto.

Exercício 11.1: Práticas atuais para responder a situações tensas e conflitantes no serviço (15 min., slides)

Este é um breve exercício de discussão desenvolvido para incentivar os participantes a falar sobre o que atualmente acontece em situações de conflito em seus serviços (também pode ser um serviço com o qual eles estão familiarizados).

Faça aos participantes a seguinte pergunta:

- Como seu serviço atualmente gerencia situações de crise?

Reserve 15 minutos para os participantes compartilharem seus pensamentos sobre isso.

Exercício 11.2: Ação pessoal para eliminar o isolamento e contenção (20 min.)

Este exercício tem como objetivo incentivar os participantes a discutir a implementação de estratégias alternativas descritas no treinamento. Isso visa incentivar o grupo a se comprometer a eliminar o isolamento e a contenção por meio de ações pessoais.

Comece convidando os participantes a pensar por si mesmos sobre algumas ações individuais específicas que podem ser executadas para eliminar o isolamento e a contenção.

Pergunte ao grupo:

Quais são algumas das ações pessoais que podem ser tomadas para eliminar o uso de isolamento e contenção em um serviço social ou de saúde mental?

Após 5 a 10 minutos de reflexão individual, peça aos participantes que compartilhem suas idéias com o grupo. Faça uma lista de respostas no flipchart. Alguns exemplos podem incluir (mas não estão limitados a):

- Respire fundo antes de abordar uma situação tensa, a fim de se permitir pensar antes de correr para resolvê-la.

- Se você ver alguém demonstrando um comportamento que o perturba, tente abaixar sua voz e demonstrar calma, gentileza e compreensão.
- Ao abordar uma situação tensa, pense em como a outra pessoa pode estar se sentindo e como você pode responder à situação, tendo em mente as sensibilidades dessa pessoa.
- Quando você vê um membro da equipe lutando com uma situação tensa, respeitosamente ofereça ajuda.
- Relate o uso de isolamento e contenção aos supervisores.
- Converse com outros membros da equipe sobre os tipos de estratégias que podem ser usadas para difundir pacificamente situações tensas e conflitantes.
- Trabalhe com as pessoas que usam o serviço para entender suas necessidades, sensibilidades e preferências, a fim de acomodá-las.
- Trabalhe com pessoas que usam o serviço como um grupo para entender como o ambiente e as práticas gerais da configuração do serviço podem ser aprimoradas para melhor atender às necessidades de todos.
- Questione a equipe e as práticas do serviço individuais que sejam coercitivas e que não estejam alinhadas com a abordagem de recuperação no serviço.
- Depois que uma situação conflituosa for resolvida, converse com todos os envolvidos sobre o que foi bem feito, o que não foi bem feito e o que poderia ser melhorado no futuro. Também reflita sobre como suas suposições e comportamento influenciaram a situação e como isso poderia ser melhorado no futuro.

Depois de fazer a lista, ajude o grupo a selecionar três ações da lista com as quais eles podem se comprometer coletivamente (ou seja, o grupo inteiro seleciona três ou mais ações de nível pessoal com as quais todas as pessoas se comprometem). Convide-os a escrever essas ações na apostila da tabela (consulte o Anexo 4).

Exercício 11.3: Ação em nível de serviço para eliminar isolamento e contenção (1 hora)

Em seguida, peça aos participantes que façam uma lista juntos de quatro ou cinco alterações que precisam ser realizadas no nível do serviço para encerrar o uso de isolamento e contenção. A lista deve incluir as ações específicas que precisam ser executadas para implementar essas alterações. Você pode desenhar uma tabela no flipchart (veja abaixo) ou convidar os participantes a escrever essas alterações no quadro intitulado “Alterações no nível de serviço para eliminar o uso de isolamento e restrições” (Anexo 5).

Faça aos participantes as seguintes perguntas:

Quais são algumas das mudanças que podem ser implementadas no nível do serviço para eliminar o uso de isolamento e contenção?

(Registre-os na coluna "Alteração no nível de serviço")

Quais ações precisam ser tomadas para implementar essas mudanças?

(Registre-os na coluna "O que precisa ser feito")

Quadro de exemplo para desenhar no flipchart:

Alteração no nível do serviço	O que precisa ser feito
<i>Por exemplo. Desenvolver uma política de serviço destinada a eliminar o uso de isolamento e contenção</i>	<i>Por exemplo Ação 1: Convocar uma reunião de funcionários e pessoas que usam o serviço para começar a desenvolver a política de serviço para eliminar o isolamento e contenção Ação 2: etc.</i>
<i>Por exemplo. Todos os funcionários devem ter habilidades em como evitar e manejar situações de conflito</i>	<i>Ação 1: Realizar sessões de treinamento para todos os funcionários sobre estratégias para evitar e manejar crises Ação 2: etc.</i>

Apresentação: Ações em nível de serviço para eliminar o uso de isolamento e contenção (20 min.)

Para resumir as discussões do exercício anterior, mostre aos participantes, esta breve apresentação.

Como vimos no exercício anterior, ações para eliminar o uso de isolamento e contenção podem ser tomadas no nível individual e também no nível do serviço por meio de mudanças políticas e culturais nos serviços.

Exemplos de ações no nível do serviço incluem:

- Desenvolver uma política de serviço destinada a eliminar o uso de isolamento e contenção.
- Estabelecer uma política de serviço para garantir que o pessoal não seja responsabilizado quando ocorrerem acidentes ou incidentes, se seguirem todas as estratégias, procedimentos e protocolos não coercitivos corretos.
 - Muitas vezes, os funcionários resistem a encontrar alternativas para isolamento e contenção, porque temem que sejam responsabilizados por danos ou possam perder o emprego. Tirar essa responsabilidade é essencial para eliminar a isolamento e a contenção.

- Treine todos os funcionários em abordagens informadas sobre trauma e práticas orientadas para a recovery (recuperação).
- Treine todos os funcionários sobre como evitar e responder a situações tensas e conflitantes.
- Avalie e informe a equipe sobre o que está funcionando e o que não está funcionando no gerenciamento de situações de conflito.
- Estabeleça uma sala de acolhimento dentro do serviço.
- Revise e discuta regularmente os dados coletados sobre o uso de isolamento e contenção.

O Sistema Hospitalar Estadual da Pensilvânia

Programa de Redução do Isolamento e Contensões (36, 37, 55, 56)

Na década de 1990, o Departamento de Bem-Estar Público da Pensilvânia instituiu um programa ativo para reduzir e, finalmente, eliminar o isolamento e contenção em serviços de saúde mental e hospitais de custódia. Todos os hospitais estão isentos de isolamento há vários anos e estão se aproximando do uso zero de contenção.

O programa foi realizado por meio de uma combinação de treinamento, monitoramento, revisão de políticas, mudança cultural, transparência de dados, uso de equipes de resposta e adoção de uma abordagem de recuperação para a prestação de serviços sociais e de saúde mental.

Pesquisas que avaliaram o impacto do programa de 2001 a 2010 mostraram reduções significativas no uso de isolamento e contenção ao longo deste período em todo o estado. Durante o período do estudo, o uso de medicamentos não programados como indicador do uso de contenção química também diminuiu.

Além disso, ao contrário do medo, não houve aumento de agressões ao pessoal; em alguns casos, o número de agressões a funcionários diminuiu.

No final da apresentação, mostre o seguinte vídeo aos participantes sobre “No force first”, um programa de redução de restrições implementado no Reino Unido.

Sem força primeiro, Mersey Care NHS Trust (7:15)

<https://youtu.be/sCNdpDK3V3g> (acessado 9 Abril 2019)

Apresentação: Finalizando (10 min.)

Pergunte aos participantes:

Quais são os três pontos principais que você aprendeu com este treinamento?

Acompanhe esta pergunta com estas mensagens importantes para levar para casa.

- Isolamento e contenção são violações dos direitos humanos e são prejudiciais.
- Existem muitas estratégias para prevenir ou responder adequadamente a situações tensas e conflitantes, sem recorrer ao isolamento e contenção.
- Todo mundo tem um papel a desempenhar para o fim do isolamento e contenção.

- Ao encerrar essas práticas, todos se beneficiarão.

Referências

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. (<https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf>, accessed 18 November 2018).
2. Pennsylvania Recovery Workgroup. Pennsylvania Medicaid Funded Peer Support Services. Pennsylvania (PA): Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services (OMHSAS); 2004. (http://164.156.7.185/parecovery/services_peer.shtml, accessed 13 February 2017).
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*. 1993;16(4):11–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
4. Mental Health Commission. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: how things need to be. Wellington: Mental Health Commission; 1998. ([http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint for mental health services.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint%20for%20mental%20health%20services.pdf), accessed 18 January 2019).
5. Morrison L, Duryea PB, Moore C, Nathan-Shinn A. The lethal hazard of prone restraint: positional asphyxiation. Oakland (CA): Protection & Advocacy, Inc.; 2002. (<http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf>, accessed 14 February 2017).
6. Mental health crisis care: physical restraint in crisis A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013. (https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf, accessed 14 February 2017).
7. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330–7. Epub June 2003. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370304800509>.
8. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, February 2013 (document A/HRC/22/53), Para. 63. Geneva: United Nations; 2013. (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf, accessed 2 February 2017).
9. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53), Para. 78. Geneva: United Nations; 2013. (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf, accessed 2 February 2017).
10. Cusack P. Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry*. 2016;46:2026.
11. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(6):416–27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.

12. Mellow A, Tickle A, Rennoldson M. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*. 2017;22(1):1–15. doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0007>.
13. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):477–83. Epub 1 May 2011. doi: http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477.
14. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2011. (<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4632/SMA11-4632.pdf>, accessed 14 February 2017).
15. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS ONE*. 2016;11(12). doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
16. Ashcraft L, Anthony WA, Jaccard S. Rein in seclusion and restraints. They are not compatible with recovery-oriented services. Malvern (PA): Behavioural Healthcare; 2008. (<http://www.behavioral.net/article/rein-seclusion-and-restraints>, accessed 14 February 2017).
17. Berzlanovich A, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(3):27–32. Epub 20 January 2012. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>.
18. Haimowitz S, Urff J, Huckshorn KA. Seclusion and restraint reduction: a risk management guide. Rochester (NH): The National Empowerment Center; 2006. (<https://www.power2u.org/downloads/R-5%20Risk%20Manag%20Guide%20Oct%2006.pdf>, accessed 14 February 2017).
19. Duxbury J, Wright K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? London: Nursing Times; 7 March 2011. (<https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/-should-nurses-restrain-violent-and-aggressive-patients/5026793.article>, accessed 14 February 2017).
20. Duxbury JA. The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(2):92-101. Epub 26 February 2015. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12204>.
21. Shalev S. A sourcebook on solitary confinement (London: Mannheim Centre for Criminology; 2008:15-17); and Scharff Smith P. The effects of solitary confinement on prison inmates: a brief history and review of the literature (*Crime and Justice*, vol. 34. 2006:441). Cited in: Interim report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 5 August 2011 (A/66/268) Para. 78. New York (NY): United Nations; 2011. (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/445/70/PDF/N1144570.pdf?OpenElement>, accessed 14 February 2017).
22. Sentinel event alert, Preventing restraint deaths. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 1998. (http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_8.pdf, accessed 14 February 2017).
23. Correll C. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:9–20.
24. Szmulewicz A, Samamé C, Caravotta P, Martino DJ, Igoa A, Hidalgo-Mazzei D, et al. Behavioral and emotional adverse events of drugs frequently used in the treatment of bipolar disorders: clinical and theoretical implications. *Int J Bipolar Disord*. 2016;4:1–12. doi: [10.1186/s40345-016-0047-3].

25. Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing*. 2017;1(46):688—93. doi: 10.1093/ageing/afw246.
26. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Med Sci Law*. 2012;52(3):137–42. Epub 15 February 2012. doi: <https://doi.org/10.1258/msl.2011.011101>.
27. Windfuhr K, Turnbull P, While D, Swinson N, Mehta H, Hadfield K, et al. The incidence and associated risk factors for sudden unexplained death in psychiatric in-patients in England and Wales. *J Psychopharmacol*. 2011;25(11):1533–42. doi: 10.1177/0269881110379288.
28. Weiss EM. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report (October 11-15). Hartford (CT): Hartford Courant; 1998.
(<http://www.charlydmiller.com/LIB05/1998hartfordcourant11.html>, accessed 3 February 2019).
29. Erwadi fire tragedy victims remembered. Madurai: The Hindu; 7 August 2012.
(<http://www.thehindu.com/news/cities/Madurai/erwadi-fire-tragedy-victims-remembered/article3737418.ece>, accessed 14 February 2017).
30. Fire in Russian psychiatric hospital that killed 38 stirs anger over State's neglect. New York (NY): New York Times; 26 April 2013.
(<http://www.nytimes.com/2013/04/27/world/europe/fire-at-russian-psychiatric-hospital.html>, accessed 14 February 2017).
31. Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Chambers A, Lofton V. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in pre-crisis and crisis situations. *J Psychiatric Services*. 2008;59(12):1376–8. Epub 13 January 2015. doi: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2008.59.12.1376>.
32. Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005.
(http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296, accessed 14 February 2017).
33. Holloman GH, Zeller SL. Overview of project BETA. Best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):1–2. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>.
34. Stephen S. Perspectives from the field: Legal and regulatory aspects of seclusion and restraint in mental health settings. *Networks*. Summer/Fall 2002;8(12):3–4.
35. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics*. 2008;26(5):325–30. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979699>.
36. Smith GM, Ashbridge DM, Altenor A, Steinmetz W, Davis RH, Mader P, et al. Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania's forensic services centers: 2001-2010. *Psychiatr Serv*. 2015;66(12):1326–32. Epub 1 December 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>.
37. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66(3):303–9. Epub 1 March 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>.

38. Sanders K. The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J App Res Intellect Disabil.* 2009;22(2):216–20. Epub 8 February 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>.
39. Davidow S. Mind the gap: the space between alternatives & force. Cambridge (MA): Mad in America; 11 December 2013. (<https://www.madinamerica.com/2013/12/mind-gap-space-alternatives-force/>, accessed 9 February 2017).
40. Wand T. Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(1):2–7. Epub 6 January 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.616984>.
41. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 2007;58(2):140–9. Epub 19 April 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>.
42. McFarlane AC, Schrader GD, Bookless C. The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill. Adelaide: University of Adelaide; 2004. (<http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/200203-16.pdf>, accessed 14 February 2017).
43. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness, comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(8):911–21. doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1001/archpsyc.62.8.911>.
44. Another assault: Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems London: Mind; 2007. (<https://www.mind.org.uk/media/273466/another-assault.pdf> accessed 14 February 2017).
45. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet.* 2012;379(9826):1621–9. Epub 27 February 2012. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5).
46. Covington SS. Beyond violence: a prevention program for criminal justice-involved women. Participant workbook. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
47. Ray MK, Rae S. No audit: reflect to reframe in power to empower lies beyond binaries. Cambridge: PROMISE: PROactive Management Of Integrated Services & Environments; 2016. (http://www.promise.global/2016_01_29_sp_no_audit.pdf, accessed 14 February 2017).
48. Bluebird G. Comfort rooms. Gainesville (FL): National Association of State Mental Health Program Directors; 2009. (<https://www.power2u.org/downloads/ComfortRooms4-23-09.pdf>, accessed 14 February 2017).
49. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms: reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010;48(6):26–30. Epub 1 June 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>.
50. Office of the Senior Practitioner. Positive solutions in practice: from seclusion to solutions, Issue No. 2. Melbourne: State Government Victoria, Department of Human Services; 2007. (http://www.dhs.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/606920/osp_positivesolutionsseclusion_pdf_231007.pdf, accessed 14 February 2017).
51. El-Mallakh RS, Whiteley A, Wozniak T, Ashby M, Brown S, Colbert-Trowel D, et al. Waiting room crowding and agitation in a dedicated psychiatric emergency service. *Ann Clin Psychiatry.* 2012;24(2):140–2.

52. Zun LS, Downey L. The use of seclusion in emergency medicine. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(5):365–71. Epub 15 September 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.05.001>.
53. Downey LA, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(6):470–4. Epub 20 November 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.006>.
54. Fishkind A. Calming agitation with words not drugs: 10 Commandments for safety. *Curr Psychiatr*. 2002;1(4):32–9. Epub April 2002. doi: <http://www.mdedge.com/currentpsychiatry/article/66121/calming-agitation-words-not-drugs-10-commandments-safety>.
55. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1115–22. Epub 1 September 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1115>.
56. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. State hospital risk management summary reports. Harrisburg (PA): Pennsylvania Department of Human Services; 2017. (http://dhs.pa.gov/publications/forproviders/statehospitalriskmanagementsummaryreports/index.htm#.V1V_bfl9672, accessed 13 February 2017).
57. Smith GM. Response training programs: PERT training. Shutesbury (MA): Response trainings; 2011. (www.youtube.com/watch?v=kRC4W6iGHlg, accessed 14 February 2017).
58. Hughes R, editor. Rights, risk and restraint-free care of older people: person-centred approaches in health and social care. London & Philadelphia (PA): Jessica Kingsley Publishers; 2010.

Anexos

Anexo 1: Cenários

Tópico 4: Exercício 4.2 - É possível mudar o curso dos eventos que levam ao uso de isolamento e contenção? Tom

Tom está em uma casa de assistência social para pessoas com demência. Ele quer fazer uma ligação para sua irmã e precisa obter um cartão telefônico da enfermeira para poder fazer sua ligação. A enfermeira diz que atenderá ao pedido em um minuto porque está muito ocupada.

Como a enfermeira está sobrecarregada com várias tarefas, Tom precisa esperar mais de uma hora. Ele fica cada vez mais agitado e bate com raiva na porta do escritório de enfermagem. A enfermeira pede que ele se "acalme", o que resulta em um profundo sentimento de frustração por Tom.

A enfermeira então responde dizendo: "se você estiver nesse estado de espírito, não permitirei que você faça sua ligação".

Tom começa a andar de um lado para o outro no corredor e fica cada vez mais agitado, chutando a porta e sendo verbalmente abusivo para os funcionários que passam por ele.

A agitação de Tom resulta em sua contenção física e química. Isso foi justificado pela equipe de serviço como necessário para a segurança dele e de outras pessoas.

Tópico 4: Exercício 4.2 - é possível mudar o curso dos eventos que levam ao uso de isolamento e contenção? Fátima

Fátima é uma estudante do primeiro ano da universidade que está dividindo uma casa com outros estudantes. Ela está sem dormir porque estuda longas horas para passar nos exames. Ela está cada vez mais ansiosa por poder falhar.

Ela vai ao médico do centro de saúde local para discutir seus problemas de sono. Ela também explica que está sentindo dor de estômago e ataques de pânico e que está encontrando cada vez mais dificuldade em sair da cama de manhã.

O médico a encaminha para um psicólogo, mas, como sua situação não é considerada prioritária em comparação com outras pessoas, ela precisa esperar três semanas por uma consulta.

A essa altura, ela ficou muito doente e está cada vez mais ansiosa e angustiada. Ela sente falta da consulta com o psicólogo, mas ninguém a acompanha.

Um dia, seus colegas de casa preocupados ligam para a polícia porque ela não os deixa entrar em casa e ela não está atendendo às ligações deles. Eles temem que Fátima possa ter pensamentos suicidas e se machucar se ninguém entrar na casa.

A polícia chega e arromba a porta. Uma briga entre Fátima e os policiais ocorre, e Fátima é então contida e involuntariamente admitida em um serviço de saúde mental hospitalar.

Tópico 5: Exercício 5.3 - Respondendo a sensibilidades e angústias - Susan

Susan é uma jovem mulher com diagnóstico de transtorno bipolar que tem histórico de abuso. Ela foi levada de ambulância a um serviço de internação onde você trabalha como profissional de saúde

mental porque ela não dorme há vários dias, sentindo-se excessivamente enérgica, inquieta e irritada por todos ao seu redor. Durante o processo de admissão, ela concordou em ficar por alguns dias. Ela diz que, quando se sente assim, fica com medo de espaços fechados. Com base em experiências anteriores em que Susan usava o serviço, está claro que muitas vezes fica angustiada antes de ir para a cama. Ela cobre os ouvidos com as mãos, para de ouvir e às vezes fala agressivamente com a equipe e outras pessoas no serviço. O serviço tem uma política que exige que as pessoas estejam em seus quartos às 21:00 e as pessoas que usam o serviço não tenham acesso aos espaços externos comuns (por exemplo, a sala de televisão) após esse horário.

Tópico 5: Exercício 5.3 - Resposta a sensibilidades e angústias - Abdu

Abdu é um homem de 68 anos que tem um diagnóstico de demência. Ele é instável e está propenso a cair. Ele gosta de passear pelos corredores e pelos jardins da casa de repouso e não gosta de saber que não é seguro para ele passear livremente. Quando isso ocorre, ele começa a gritar e bate na pessoa que o impede de ir aonde quer. Ele também grita com os funcionários e anda de maneira frustrada.

Anexo 2: Citações de pessoas com experiência vivida de isolamento e contenção

(1,2,3)

O grande problema que tenho com restrições é que você começa a se sentir vulnerável e começa a pensar em coisas imaginárias como as pessoas que vão machucá-lo, especialmente como a equipe. Como eles são obrigados por lei a sempre mapear você, você sempre os vê olhando pela janela enquanto você está deitado lá, tipo, você sabe, e é assustador. Muito assustador.

-Homem

Quando adolescente, aos 12 anos, fui internada em uma unidade psiquiátrica para adolescentes. Eu estava lá por situações de abuso e durante minha estadia fui colocada em isolamento, que chamamos de quarto acolchoado. Fui colocada lá e sem nada, e fui forçada a ficar lá por 5 horas porque me recusei a assistir a um vídeo de agressão sexual. Em vez de me deixar ficar no meu quarto e conversar com minha enfermeira naquele momento, eles disseram que se eu não seguisse as regras, é para onde eu deveria ir.

-Mulher em isolamento e contenção na adolescência

Estive em isolamento cerca de sete vezes. Tive experiências em que 7 ou 8 pessoas me derrubaram e tive experiências em que foram menos. É muito degradante, porque quando eles o colocam lá, mesmo quando menina ou mulher, tudo o que resta são suas roupas íntimas, um vestido de papel e um colchão que não tem nada.

-Mulher

O medo é basicamente uma grande coisa. Você é vulnerável. Às vezes, a sala de isolamento é usada como punição, não como terapia. Não acho que tratar alguém como um animal seja realmente uma terapia. Eu acho que muitos funcionários estão com medo dos pacientes. E eles reagem a esse medo controlando os pacientes e não tentando tratá-los.

-Homem

Então eles têm essas contenções; eles realmente são meio sádicos de certa forma. Você está com as pernas abertas e não consegue se mexer. Você não pode ter nenhuma circulação. Você não pode fazer nada. E quando eles fazem isso no seu estômago deitado, você realmente nem consegue respirar. E o instinto humano, quando você está ansioso para se espalhar, é se levantar, para que esteja constantemente lutando contra essas coisas.

-Homem

¹ Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005.

(http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296, accessed 14 February 2017).

² Mental health crisis care: physical restraint in crisis A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013. (https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf, accessed 14 February 2017).

³ Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. New York (NY): Human Rights Watch; 2016. (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, accessed 4 April 2019).

Já ouvi falar de pessoas tentando se livrar das contenções e se machucando. Eu nunca tentei isso, meus pés são grandes demais e eu tinha medo de perdê-los.

—Homem

Eu geralmente acabava me machucando mais por causa do que eles haviam feito, em vez de menos.

-Mulher

Eles disseram que assim que eu parasse de ficar com raiva, eles me deixariam sair. Enquanto isso, você está nu em sua cama, amarrado com a porta aberta e eles se perguntam por que você não estava relaxando?

— Adolescente de sexo feminino em contenção e isolamento

Sala de isolamento, a mesma coisa com as pessoas que estão vendo você. Eles estão sempre olhando para você com seus olhos redondos. É muito assustador; é muito assustador.

-Homem

Depois que eles destrancaram a porta e me arrastaram para lá, disseram: 'bem, você não pode ficar com suas roupas por problemas de perigo'. E eles me tiraram a roupa. Eles mantiveram um vídeo comigo o tempo todo. Para uma garota que é desajeitada e está lá por questões de abuso em casa, tudo o que fez foi estender (AUMENTAR?) meu ódio.

- Mulher em isolamento e contenção na adolescência

Eu sei que isso aprofundou meu medo. Eu estava lá para obter ajuda, para não me machucar mais e me tornar uma pessoa melhor. Isso só me deixou com mais raiva e não ajudou nada.

-Mulher

"Eu costumava ser amarrado em casa com uma corda de plástico. Meu coração se partiu quando eles me acorrentaram. Eu estava acorrentado quando cheguei [a Galuh]. Sou acorrentado com frequência - pelo menos 10 vezes desde que vim porque lutei com os outros. Pode durar de um dia a uma semana. Eu tive que ir ao banheiro no local, no ralo da sala. A equipe dá um tapa e me bate muitas vezes, já três vezes porque eu fiz xixi e fiquei com raiva. Diga ao governo que quero ir para casa.

- Homem da Indonésia.

"Eles chamam meu nome, colocam remédio na minha mão e me pedem para beber. Eles não me permitem recusar "

- disse Wuri, uma mulher com deficiência psicossocial que vive em um centro de reabilitação.

"Eles me fazem engolir o remédio e, se eu não tomo, me colocam na sala de isolamento".

- Mulher da Indonésia

Anexo 3: Faça um plano individualizado

Meu plano para gerenciar minhas sensibilidades		
Quais são minhas sensibilidades?	O que me ajuda a me acalmar?	Que medidas concretas podem ser tomadas?

Anexo 4: Ações pessoais para eliminar o isolamento e a contenção

(Mais linhas podem ser adicionadas a esta tabela, conforme necessário)

Ações pessoais para eliminar isolamento e contenção em meu serviço	
<i>Por exemplo. Trabalhar com usuários do serviço para fazer planos individualizados com eles</i>	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Anexo 5: Alterações no nível de serviço para eliminar isolamento e contenção

Alteração do nível de serviço	Ações a serem tomadas
<i>Por exemplo. Desenvolva uma política de serviço destinada a eliminar o uso de isolamento e contenção.</i>	<i>Por exemplo. Ação 1: Convocar uma reunião de funcionários e pessoas que usam o serviço para começar a desenvolver a política de serviço para eliminar isolamento e contenções</i> <i>Ação 2: etc.</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Anexo 6: Módulo de Treinamento “Estratégias para acabar com o isolamento e a contenção” - resumo

Anexo 7: Exemplos de casos brasileiros que podem ser utilizados no módulo

- Caso de Damião Ximenes Lopes, disponível em: <<https://nidh.com.br/damiao/>>
- Holocausto Brasileiro, documentário disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=5eAjshaa-do>> ou [https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto brasileiro vida, genoc%C3%ADdio e 60 mil mortes no maior hosp%C3%ADcio do Brasil.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf)
- Casos de violação dos Direitos Humanos envolvendo o Brasil na Comissão Interamericana de Direitos Humanos, disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/325/300>

Os módulos de treinamento e orientação QualityRights da Organização Mundial da Saúde se concentram no conhecimento e nas habilidades necessárias para fornecer serviços e serviços sociais e de saúde mental de boa qualidade e promover os direitos das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas.

Por meio de exercícios, apresentações, cenários de casos, extensas discussões e debates, os módulos de treinamento do QualityRights abordam alguns desafios críticos que as partes interessadas estão enfrentando nos países e em todos os lugares. Por exemplo:

- Como respeitamos a vontade e a preferência das pessoas, mesmo em situações desafiadoras?
- Como garantimos a segurança das pessoas e, ao mesmo tempo, respeitamos o direito de cada pessoa decidir sobre seu tratamento, sua vida e seu destino?
- Como acabar o isolamento e a contenção?
- Como funciona uma abordagem de tomada de decisão apoiada se alguém é incapaz de comunicar seus desejos?

Os módulos de orientação do QualityRights complementam os materiais de treinamento. Os módulos de orientação sobre Organizações da Sociedade Civil e Advocacia fornecem orientação passo a passo sobre como os movimentos da sociedade civil nos países podem agir para defender abordagens baseadas em direitos humanos nos setores social e de saúde mental, a fim de alcançar mudanças impactantes e duradouras. Os módulos de orientação sobre suporte individual e em grupos de suporte fornecem orientações concretas sobre como configurar e executar efetivamente esses serviços críticos, mas geralmente negligenciados.

O objetivo final dos módulos da QualityRights da OMS é mudar mentalidades e práticas de maneira sustentável e capacitar todas as partes interessadas a promover direitos e recuperação, a fim de melhorar a vida das pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais ou cognitivas em todos os lugares.