

Carta Humanitária e Normas Mínimas de Resposta Humanitária em Situação de Desastre

Índice

Introdução	1
PARTE 1: A Carta Humanitária	
A Carta Humanitária	5
PARTE 2: As Normas Mínimas	
Capítulo 1: Normas Mínimas em Matéria de Abastecimento de Água e Saneamento . . .	13
Capítulo 2: Normas Mínimas em Matéria de Nutrição	67
Capítulo 3: Normas Mínimas em Matéria de Ajuda Alimentar	127
Capítulo 4: Normas Mínimas em Matéria de Abrigo e Planeamento dos Locais de Alojamento	171
Capítulo 5: Normas Mínimas em Matéria de Cuidados Médicos	215
PARTE 3: Anexos	
1 Glossário de Termos-Chave	273
2 Siglas	276
3 Agradecimentos	278
4 Resumo das Normas Mínimas	299
5 Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre	312
Índice Remissivo	323

Introdução

A satisfação das necessidades básicas e o restabelecimento de condições de vida dignas são princípios fundamentais que devem nortear todo o tipo de acção humanitária.

Os objectivos da Carta Humanitária e das Normas Mínimas são o aumento da eficácia da assistência humanitária e a melhoria da capacidade de prestação de contas das organizações humanitárias. Estes objectivos assentam em dois princípios fundamentais: em primeiro lugar, a convicção de que é crucial adoptar todas as medidas possíveis para aliviar o sofrimento humano resultante de conflitos armados e de catástrofes e, em segundo lugar, a convicção de que as populações afectadas por um desastre têm o direito a viver com dignidade e, por isso mesmo, a receber assistência.

Esta obra é o resultado de mais de dois anos de colaboração interinstitucional com o objectivo de definir uma Carta Humanitária e de identificar Normas Mínimas que permitam pôr em prática os direitos enunciados na Carta. Estas normas abrangem a assistência em situação de desastre no que toca a abastecimento de água e saneamento, nutrição, ajuda alimentar, abrigos e planeamento de locais de alojamento e cuidados médicos.

Carta Humanitária

A pedra angular do livro é a Carta Humanitária (Parte 1). Com base nos princípios e disposições do direito humanitário internacional, do direito internacional relativo aos direitos humanos, do direito relativo aos refugiados e do Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre, a Carta descreve os princípios fundamentais que norteiam todas as acções humanitárias e defende o direito das populações à protecção e à assistência.

A Carta define as responsabilidades dos governos e das partes envolvidas no sentido de garantirem o direito à assistência e à protecção. Quando os governos não conseguem dar resposta a estas necessidades, são obrigados a permitir a intervenção de organizações humanitárias.

As Normas Mínimas

As Normas Mínimas (Parte 2) foram elaboradas utilizando redes alargadas de especialistas em cada um dos cinco sectores. A maioria das normas, bem como dos indicadores que as acompanham, não corresponde a elementos novos, mas consolidam e adaptam os conhecimentos e as práticas existentes. No seu conjunto, representam um consenso notável entre um amplo espectro de organizações e assinalam uma nova determinação no sentido de assegurar que os princípios humanitários são aplicados na prática.

Âmbito e Limitações da Carta Humanitária e das Normas Mínimas

A capacidade que as organizações apresentam de cumprimento das Normas Mínimas dependerá de uma série de factores, alguns dos quais estão nas suas mãos, enquanto outros, como os de índole política e de segurança, escapam ao seu controlo. É particularmente importante saber em que medida as organizações têm acesso à população afectada, se contam com o consentimento e a cooperação das autoridades competentes e se podem trabalhar em condições de segurança razoáveis. É também essencial que disponham de recursos financeiros, humanos e materiais suficientes. Este documento, por si só, não pode constituir um guia de avaliação ou um conjunto de critérios completo para todas as acções humanitárias.

Enquanto a Carta constitui uma declaração geral de princípios humanitários, as Normas Mínimas não pretendem abordar todo o espectro das preocupações ou acções de carácter humanitário. Em primeiro lugar, as Normas não abrangem todas as formas possíveis de assistência humanitária apropriada. Em segundo lugar, e ainda mais importante, elas não tratam os problemas mais vastos e gerais da protecção humanitária.

As organizações humanitárias enfrentam muitas vezes situações em que as intervenções ou obstruções humanas ameaçam o bem-estar ou a segurança fundamentais de comunidades inteiras ou de sectores de uma população, constituindo violações do direito internacional. Tais situações podem assumir a forma de ameaças directas ao bem-estar das pessoas, aos seus meios de sobrevivência, ou à sua segurança. Em situações de conflito armado, a preocupação humanitária primordial será proteger as pessoas contra tais ameaças.

Neste documento não se especificam estratégias e mecanismos exaustivos para garantir o acesso e a protecção. No entanto, importa destacar que a forma de assistência de socorro e a maneira como é prestada podem ter repercussões consideráveis (positivas ou negativas) na segurança da população afectada. A Carta Humanitária reconhece que as tentativas de prestar assistência em situações de conflito podem eventualmente contribuir para um aumento da vulnerabilidade das populações civis aos ataques, ou levam a que uma ou mais partes beligerantes beneficiem de vantagens imprevistas. Através desta Carta, as organizações comprometem-se, tanto quanto possível, a reduzir ao mínimo tais efeitos adversos das suas intervenções.

A Carta Humanitária e as Normas Mínimas não irão resolver todos os problemas enfrentados pelas intervenções humanitárias, nem impedir todo o sofrimento humano. O que oferecem é um instrumento para que as organizações humanitárias melhorem a eficácia e a qualidade da sua assistência e desse modo constituam uma diferença significativa para as vidas das pessoas afectadas por um desastre.

A Carta Humanitária

As organizações humanitárias empenhadas no cumprimento dos princípios enunciados nesta Carta e nas Normas Mínimas têm como objectivo definir com clareza os níveis de qualidade dos serviços a prestar a pessoas afectadas por catástrofes ou conflitos armados, bem como promover o respeito pelos princípios humanitários fundamentais.

A Carta Humanitária atesta o compromisso das organizações na aplicação desses princípios e no cumprimento das Normas Mínimas. Este compromisso assenta na compreensão pelas organizações das suas próprias obrigações éticas e reflecte os direitos e deveres consagrados pelo Direito Internacional, em respeito do qual os governos e as restantes partes envolvidas definiram as suas obrigações.

A Carta Humanitária apresenta os requisitos básicos que devem estar presentes em todas as acções de defesa da vida e da dignidade daqueles que são afectados por catástrofes ou conflitos. As Normas Mínimas que se seguem visam quantificar esses requisitos em termos das necessidades das populações no que toca a água, saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e cuidados médicos. No seu conjunto, a Carta Humanitária e as Normas Mínimas contribuem para a definição de um enquadramento operacional para a prestação de contas pelas instituições no âmbito dos esforços de assistência humanitária.

1 Princípios

Reafirmamos a nossa convicção na necessidade de respeitar o imperativo humanitário e lhe ser dada prioridade. Com isto, referimo-nos à convicção de que todas as medidas possíveis devem ser tomadas para evitar ou aliviar o sofrimento humano resultante da ocorrência de catástrofes ou conflitos, e de que as populações civis afectadas têm direito a protecção e assistência. É com base nesta convicção, patente no direito humanitário internacional e assente no princípio da humanidade, que oferecemos os nossos serviços como organizações humanitárias. Actuaremos de acordo com os princípios de humanidade e imparcialidade e com os restantes princípios definidos no

Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais na Assistência Humanitária em Situações de Desastre (1994).

A Carta Humanitária afirma a importância fundamental dos seguintes princípios:

1.1 O direito à vida com dignidade

Este direito está reflectido nas medidas legais respeitantes ao direito à vida, a um padrão de vida adequado e à protecção contra formas de tratamento ou castigos cruéis, desumanos ou degradantes. Entendemos que o direito individual à vida implica o direito a que sejam tomadas medidas para preservar a vida, onde quer que ela esteja ameaçada, bem como o dever dos outros de tomarem tais medidas. Implícito nesta ideia está também o dever de não travar ou impedir a prestação de assistência necessária à salvação de vidas humanas. Para além disso, o direito humanitário internacional prevê clara e especificamente a assistência a populações civis durante situações de conflito, obrigando os governos e outras partes envolvidas a aceitar a prestação de assistência humanitária e imparcial quando a população civil sofre com a falta de bens essenciais.¹

1.2 A distinção entre combatentes e não-combatentes

Esta é a distinção que serve de base às Convenções de Genebra de 1949 e aos seus Protocolos Adicionais de 1977. Este princípio fundamental tem sofrido um desgaste crescente, como se pode comprovar pelo enorme aumento da proporção de baixas civis durante a segunda metade do século XX. O facto de muitas vezes se designarem os conflitos internos como “guerras civis” não deve fazer-nos esquecer a necessidade de distinguir entre, por um lado, os que participam activamente nas hostilidades e, por outro, os civis e outras pessoas que não intervêm directamente nos conflitos (incluindo doentes, feridos e prisioneiros). Ao abrigo do direito humanitário internacional, os não-combatentes têm direito a protecção e devem gozar de imunidade contra os ataques.²

1.3 O princípio do non-refoulement

Em conformidade com este princípio, nenhum refugiado poderá ser (re)enviado para um país onde a sua vida ou a sua liberdade possam estar em perigo, por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou político, ou quando haja razões fundamentadas para crer que possa haver perigo de ser submetido a tortura.³

2 Papéis e Responsabilidades

2.1 Reconhecemos que as necessidades básicas das pessoas afectadas por calamidades ou conflitos armados são satisfeitas, antes de mais, pelos seus próprios esforços, e reconhecemos que cabem ao Estado o papel e a responsabilidade primordiais de prestar a assistência necessária quando a população não tem condições para lidar com a situação.

2.2 O Direito Internacional reconhece que as pessoas afectadas têm direito a protecção e assistência. Define as obrigações jurídicas dos Estados ou das partes beligerantes de prestarem essa assistência ou permitirem que seja prestada, bem como de prevenirem e evitarem comportamentos que violem os direitos humanos fundamentais. Estes direitos e obrigações encontram-se reconhecidos no conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos, no direito humanitário internacional e no direito relativo aos refugiados. (Consultar as fontes documentais apresentadas no final desta secção.)

2.3 O nosso próprio papel, na qualidade de organizações humanitárias, deriva destes papéis e responsabilidades primários. O nosso papel na prestação de assistência humanitária reflecte o facto de que aqueles a quem cabe a principal responsabilidade nem sempre podem ou querem assumir essa responsabilidade. Por vezes, trata-se de uma questão de capacidade. Outras vezes, constitui o não-cumprimento deliberado de obrigações jurídicas e éticas fundamentais, que resulta em muito sofrimento humano evitável.

2.4 O facto de, muitas vezes, as partes beligerantes não respeitarem os objectivos humanitários das intervenções demonstrou que a tentativa de prestar assistência em situações de conflito pode contribuir para aumentar a vulnerabilidade potencial dos civis aos ataques, ou para que, de vez em quando, uma ou várias partes beligerantes beneficiem de vantagens imprevistas. Comprometemo-nos a reduzir ao mínimo tais efeitos adversos das nossas intervenções, na medida em que isso seja compatível com as obrigações apresentadas anteriormente. É obrigação das partes beligerantes respeitarem o carácter humanitário dessas intervenções.

2.5 Em relação aos princípios anteriormente enunciados e em termos mais gerais, reconhecemos e apoiamos os mandatos de protecção e assistência do Comité Internacional da Cruz Vermelha e do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados ao abrigo do direito internacional.

3 Normas Mínimas

As Normas Mínimas que se seguem baseiam-se na experiência das organizações em matéria de assistência humanitária. Embora o cumprimento das Normas dependa de inúmeros factores, muitos dos quais podem estar fora do nosso controlo, comprometemo-nos a tentar garantir sistematicamente a sua aplicação e estamos preparados para prestar contas no que toca a este compromisso. Convidamos outros agentes humanitários, incluindo os próprios estados, a adoptarem estas Normas Mínimas como normas aceites.

Ao subscrever as Normas apresentadas nos capítulos 1 a 5, comprometemo-nos a fazer todos os esforços para conseguir que as pessoas afectadas por desastres tenham acesso, pelo menos, aos requisitos mínimos (água, saneamento, alimentação, nutrição, abrigo e cuidados médicos) necessários para que desfrutem efectivamente do seu direito básico a uma vida digna. Com esta finalidade, continuaremos a defender que os governos e as partes interessadas cumpram as suas obrigações em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos, ao direito humanitário internacional e ao direito relativo aos refugiados. Estamos dispostos a assumir a obrigação de prestação de contas que implica este compromisso e afirmamos a nossa intenção de elaborar sistemas para a prestação de contas nos nossos respectivos organismos, consórcios e federações. Reconhecemos que a nossa principal obrigação de prestação de contas é para com aqueles a quem procuramos prestar assistência.

Notas

1. Artigos 3 e 5 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948; artigos 6 e 7 do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos de 1966; artigo 3, comum, das quatro Convenções de Genebra de 1949; artigos 23, 55 e 59 da Quarta Convenção de Genebra; artigos 69 a 71 do Protocolo Adicional I de 1977; artigo 18 do Protocolo Adicional II de 1977, bem como outras normas pertinentes do direito humanitário internacional; Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Desumanos ou Degradantes de 1984; artigos 10, 11 e 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais de 1966; artigos 6, 24 e 37 da Convenção sobre os

Direitos da Criança de 1989 e outros instrumentos do direito internacional.

2. A distinção entre combatentes e não-combatentes é o princípio básico que sustenta o direito humanitário internacional. Consultar, em especial, o artigo 3, comum, das quatro Convenções de Genebra de 1949 e o artigo 48 do Protocolo Adicional I de 1977. Consultar também o artigo 38 da Convenção dos Direitos da Criança.
3. Artigo 33 da Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951; artigo 3 da Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes de 1984; artigo 22 da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989.

Fontes Documentais

A presente Carta Humanitária inspira-se nos seguintes instrumentos:

Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, 1966.

Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, 1966.

As quatro Convenções de Genebra de 1949 e os seus dois Protocolos Adicionais de 1977.

Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951 e o Protocolo sobre o Estatuto dos Refugiados de 1967.

Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, 1984.

Convenção para a Prevenção e Sanção do Crime de Genocídio, 1948.

Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, 1979.

Princípios Orientadores para Deslocações Internas, 1998.

Normas Mínimas em Matéria de Abastecimento de Água e Saneamento

Índice

Introdução	17
1. Análise	20
2. Abastecimento de Água	30
3. Evacuação de Excrementos	36
4. Luta Antivectorial	40
5. Gestão dos Detritos Sólidos	45
6. Escoamento	49
7. Fomento da Higiene	51
8. Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos	56
Apêndice 1: Questionário para a Avaliação das Necessidades Iniciais em Matéria de Abastecimento de Água e Saneamento	58
Apêndice 2: Quantidades de Água Adicionais ao Prescrito na Norma Mínima sobre o Consumo Doméstico Básico	62
Apêndice 3: Práticas Adequadas para os Programas de Abastecimento de Água e Saneamento	63
Apêndice 4: Bibliografia Seleccionada	65

Nos Anexos 1 e 2 no final da obra poderá consultar, respectivamente, o glossário geral e uma lista de siglas.

Normas Mínimas em Matéria de Abastecimento de Água e Saneamento

Introdução

As normas mínimas em matéria de Abastecimento de Água e Saneamento são uma expressão prática dos princípios e direitos enunciados na Carta Humanitária. A Carta concentra a sua atenção nos requisitos fundamentais para manter as vidas e a dignidade das pessoas afectadas por catástrofes ou conflitos, segundo o consignado no conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos, no direito humanitário internacional e no direito relativo aos refugiados. É sobre esta base que as organizações humanitárias oferecem os seus serviços. Estas organizações comprometem-se a actuar de acordo com os princípios de humanidade e imparcialidade e com os restantes princípios definidos no Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre. A Carta Humanitária reafirma a importância fundamental de três princípios-chave:

- o direito à vida com dignidade
- a distinção entre combatentes e não-combatentes
- o princípio de non-refoulement

As normas mínimas dividem-se em duas grandes categorias: aquelas relacionadas directamente com os direitos das pessoas; e aquelas relacionadas com a actuação das organizações que contribuem para que as pessoas usufruam desses direitos. Algumas das normas mínimas combinam ambas as categorias.

1 A importância do abastecimento de água e do saneamento em situações de emergência

As pessoas afectadas por desastres têm mais probabilidades de morrer devido a doenças relacionadas com condições inadequadas de saneamento e abastecimento de água do que devido a qualquer outra causa. As doenças mais importantes deste tipo são a diarreia e outras doenças transmitidas por via fecal-oral. A sua transmissão é favorecida por um saneamento inadequado, por más condições de higiene e por água contaminada. Outras doenças relacionadas com a qualidade da água e o saneamento são aquelas transmitidas por vectores associados aos detritos sólidos e à água.

Os principais objectivos dos programas de emergência em matéria de abastecimento de água e saneamento são, por um lado, fornecer uma quantidade mínima de água potável e, por outro lado, reduzir a transmissão de doenças propagadas por via fecal-oral, bem como a exposição a vectores portadores de doenças. Outro objectivo importante é contribuir para a criação das condições necessárias para que as pessoas afectadas possam continuar a viver e a manter os seus hábitos diários - tais como fazer as suas necessidades e lavar-se - de maneira digna, cómoda e segura.

Na maioria das situações de emergência, a responsabilidade de conseguir água recai sobre as mulheres e as crianças. Contudo, quando utilizam instalações colectivas de abastecimento de água e de saneamento, como nos casos de refugiados e pessoas deslocadas, as mulheres e as adolescentes ficam também mais expostas à violência sexual e à exploração. Por isso, é importante fomentar a participação das mulheres nos programas de abastecimento de água e de saneamento sempre que isso seja possível. A sua participação ajudará a garantir que toda a população afectada dispõe de um acesso seguro e fácil aos serviços de abastecimento de água e de saneamento, e que esses serviços são equitativos e adequados.

2 Guia para este capítulo

O capítulo está dividido em oito secções (análise, evacuação de excrementos, abastecimento de água, etc.), cada uma das quais inclui o seguinte:

- **As normas mínimas:** especificam os níveis mínimos a alcançar em cada área.
- **Indicadores-chave:** são “sinais” que permitem verificar se a norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou

métodos, utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.

- **Notas de orientação:** incluem referências a aspectos concretos que é preciso ter em consideração ao aplicar a norma em diferentes situações; orientações acerca do melhor modo de resolver dificuldades de ordem prática e aconselhamento sobre questões de carácter prioritário. Também podem incluir comentários sobre questões de especial importância referentes à norma ou aos indicadores, e assinalar problemas, controvérsias ou lacunas no conhecimento actual sobre determinada matéria. Preencher estas lacunas ajudará a melhorar as normas mínimas em matéria de abastecimento de água e saneamento no futuro.

Nos apêndices deste capítulo é fornecida mais informação útil, incluindo uma bibliografia seleccionada. No Apêndice 3, são apresentados os elementos característicos das práticas adequadas para o sector de abastecimento de água e saneamento.

A organização do capítulo reflecte a divisão de actividades e responsabilidades que se costuma verificar em situações de emergência. A acção levada a cabo em cada uma das áreas consideradas contribui para alcançar as metas do programa de abastecimento de água e saneamento definidas anteriormente, e está estreitamente relacionada, tanto do ponto de vista epidemiológico como operacional, com os objectivos e actividades dos outros sectores. As normas relativas à análise propostas para a avaliação inicial, o controlo e a avaliação posterior estão relacionadas com todas as áreas do sector de abastecimento de água e saneamento.

O progresso na aplicação das normas numa área determina a importância do progresso noutras áreas. Por exemplo, quando as instalações para evacuação de excrementos e para a higiene pessoal são insuficientes, o cumprimento da norma relativa à quantidade mínima de água é mais urgente do que em situações em que o meio ambiente se encontra relativamente livre de agentes patogénicos, graças a condições de saneamento e higiene adequadas. As prioridades devem ser definidas com base em informação fidedigna partilhada pelos diferentes sectores, à medida que a situação evolui.

Quando necessária é feita referência às normas técnicas de outros sectores para sublinhar a ligação estreita do trabalho num sector com o trabalho noutros sectores e para salientar que o progresso numa área depende do progresso alcançado noutras áreas.

As Normas Mínimas

1 Análise

Os programas destinados a satisfazer as necessidades das populações afectadas por desastres devem basear-se numa compreensão profunda da situação, incluindo os factores políticos e os factores relacionados com a segurança, bem como da evolução prevista. As pessoas afectadas por desastres, as organizações humanitárias, os doadores e as autoridades locais têm de saber que as intervenções são adequadas e eficazes. Por isso, a análise dos efeitos do desastre e do impacto do próprio programa de abastecimento de água e saneamento são factores críticos. Se o problema não for identificado e compreendido correctamente, será difícil, ou até impossível, apresentar a resposta certa.

A aplicação de métodos de análise normalizados em todos os sectores considerados é de grande utilidade para determinar rapidamente as necessidades humanitárias mais graves e para garantir a mobilização dos recursos mais adequados. Nesta secção são apresentadas normas e indicadores acordados para a recolha e análise de informação com o objectivo de determinar necessidades, elaborar programas, controlar e avaliar a sua eficácia e assegurar a participação da população afectada.

As normas relativas à análise aplicam-se antes de iniciar qualquer programa e ao longo de todo o ciclo do programa. A análise começa com uma avaliação inicial imediata que permite determinar a magnitude do desastre e decidir se se deve e como se deve intervir. Prossegue com o controlo, que permite saber em que medida o programa contribui para a satisfação das necessidades existentes e determinar se são necessárias alterações. Em seguida, realiza-se uma avaliação posterior a fim de determinar o grau de eficácia global do programa e extrair lições para o futuro. Para obter um conhecimento profundo dos problemas e conseguir que a assistência humanitária seja prestada de forma coordenada, é fundamental que todos os interessados partilhem a informação e os conhecimentos pertinentes. Registrar e difundir a informação resultante do processo de análise contribui

para uma ampla compreensão das consequências adversas para a saúde pública e outras consequências dos desastres, e pode ajudar no desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção de desastres e atenuação das suas consequências.

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Todas as decisões relativas ao programa devem basear-se numa compreensão profunda da situação de emergência e numa análise precisa dos riscos e das necessidades em matéria de saúde relacionados com o abastecimento de água e saneamento.

Indicadores-chave

- Procede-se de imediato a uma avaliação inicial segundo os procedimentos internacionalmente aceites, tarefa que deverá ser executada por pessoal com a experiência adequada.
- A avaliação inicial é realizada em cooperação com uma equipa multi-sectorial (água e saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e saúde), as autoridades locais, mulheres e homens da população afectada e as organizações humanitárias que tencionam dar resposta à situação.
- A informação é recolhida e apresentada de forma a permitir que o processo de tomada de decisões seja coerente e transparente.
- Quando possível, os dados são distribuídos segundo o sexo e a idade.
- A informação recolhida serve para determinar as necessidades da população em matéria de abastecimento de água e saneamento, segundo o sexo, grupo social e grupo etário, e para fornecer dados básicos para o controlo e a avaliação posterior.
- Todos os sistemas de abastecimento de água e de saneamento são inspeccionados.
- Na avaliação inicial são consideradas as normas nacionais em matéria de abastecimento de água e saneamento do país onde ocorreu o desastre e as normas do país onde é prestada a assistência humanitária, caso sejam diferentes.
- Em situações de insegurança predominante, a avaliação inicial inclui uma análise dos factores que incidem na segurança pessoal e geral da população afectada.

- São feitas recomendações acerca da necessidade de assistência externa. Se a mesma for necessária, são apresentadas recomendações sobre as prioridades, uma estratégia de intervenção e os recursos necessários. Os seguintes aspectos são tidos em consideração:
 - A estrutura social e política da população, incluindo os factores culturais e de género relacionados com o acesso aos serviços de abastecimento de água e saneamento e sua utilização.
 - O número estimado de pessoas afectadas e as características demográficas.
 - A capacidade e os recursos locais.
 - A atenção especial que merecem os grupos de risco.
 - As possibilidades de acesso à população afectada e as limitações da sua liberdade de circulação.
 - As condições políticas, de segurança e de desenvolvimento das operações.
 - As consequências e o impacto ambiental possíveis a longo prazo das intervenções propostas.
- As ameaças concretas à segurança com que se defrontam os grupos vulneráveis, em especial as mulheres e as adolescentes, são tidas em conta na concepção das instalações de abastecimento de água e saneamento.
- É elaborado um relatório de avaliação inicial, no qual se mencionam as áreas-chave e as recomendações adequadas.
- As conclusões da avaliação inicial são disponibilizadas a outros sectores, às autoridades nacionais e locais, às organizações humanitárias participantes e a representantes de ambos os sexos da população afectada.

Notas de orientação

1. **Procedimentos de avaliação inicial aceites internacionalmente:** consultar Davis, J e Lambert, R (1995), e Pesigan, A M e Telford, J (1996).
2. **Rapidez de resposta:** a rapidez de resposta é um aspecto essencial da avaliação inicial, tarefa que deve ser levada a cabo o mais cedo possível após o desastre. Se for necessário, devem ser satisfeitas de imediato e simultaneamente as necessidades mais prementes. Regra geral, deve ser elaborado um relatório no espaço de uma semana a contar da chegada ao local do desastre, embora isso dependa das circunstâncias particulares e da situação em geral.
3. **Participantes na avaliação inicial:** nesta tarefa, devem ser incluídas pessoas capazes de obter informação junto de todos os grupos da população afectada de forma culturalmente aceitável, em especial no que diz respeito à análise de questões relacionadas com o género e às competências linguísticas. O ideal seria que participasse um número equilibrado de homens e mulheres.
4. **Processo de avaliação inicial:** antes de começar o trabalho no terreno, todos os participantes devem chegar a acordo quanto ao procedimento a adoptar para realizar a avaliação inicial, devendo igualmente ser distribuídas as respectivas tarefas específicas.
5. **Recolha de informação:** existem várias técnicas diferentes para recolha de informação, pelo que é preciso escolhê-las cuidadosamente, seleccionando as que melhor se enquadram na situação e no tipo de informação necessária. Em geral, é conveniente recolher informação com mais frequência quando a situação evolui mais rapidamente, e quando se dão acontecimentos de especial importância, como novos movimentos da população ou um surto epidémico de diarreia. Embora as avaliações iniciais possam ser mais rápidas e menos rigorosas, a análise melhora à medida que se dispõe de mais tempo e de mais dados. As listas de verificação são um meio útil para assegurar que todas as questões fundamentais são examinadas. No Apêndice 1 deste capítulo é apresentado um modelo de lista de verificação.
6. **Fontes de informação:** é possível compilar informação para o relatório de avaliação inicial a partir de publicações disponíveis, material histórico pertinente, dados relativos à situação anterior à emergência e também a partir de conversas com pessoas idóneas, bem informadas, incluindo os doadores, os funcionários das organizações humanitárias

e da administração pública nacional, os especialistas locais, os dirigentes de ambos os sexos da comunidade, os idosos, o pessoal clínico participante, os professores, os comerciantes, etc. Os planos nacionais ou regionais de preparação para casos de desastre também podem constituir uma fonte de grande utilidade. As discussões em grupo com membros da população afectada podem proporcionar informação útil sobre práticas e crenças. Tanto os métodos utilizados para obter informação como os limites da sua fiabilidade devem ser comunicados com clareza. Nunca se deve apresentar a informação de tal forma que dê uma imagem errada da situação real.

7. **Questões implícitas:** o conhecimento dos direitos das pessoas afectadas por desastres, em conformidade com o direito internacional, deve servir de base à avaliação inicial. Tanto esta como a análise posterior devem revelar um conhecimento apropriado dos problemas estruturais, políticos, de segurança, económicos, demográficos e ambientais subjacentes que incidem na zona. É vital ter em conta a experiência prévia e as opiniões das pessoas afectadas ao analisar a dinâmica e o impacto da nova situação de emergência. Por isso mesmo, é preciso contar com a competência técnica e os conhecimentos locais, tanto na recolha de dados como na análise dos recursos, capacidades, vulnerabilidades e necessidades. Devem também ser consideradas as condições de vida actuais e no período antes da situação de emergência da população deslocada e não-deslocada da zona.
8. **Grupos de risco:** devem ser tidas em conta as necessidades dos grupos expostos a danos adicionais, como mulheres, adolescentes, menores não-acompanhados, crianças, idosos e pessoas com deficiências. Há também que determinar os papéis que cabem às pessoas de um e de outro sexo no sistema social.
9. **Recuperação:** na avaliação inicial devem ser recolhidas ideias e análises relativamente ao período de recuperação posterior ao desastre, de forma a que as intervenções destinadas a satisfazer as necessidades imediatas sirvam para favorecer a recuperação da população afectada.
10. **Relação com a população anfitriã:** em zonas com povoações estabelecidas, a prestação de serviços de abastecimento de água e saneamento à população deslocada pode provocar ressentimentos entre as comunidades locais, em especial quando os recursos disponíveis, como a água, são insuficientes ou têm de ser partilhados com os recém-

chegados. Para reduzir ao mínimo as possibilidades de se produzirem focos de tensão, deve-se consultar a população anfitriã e (quando indicado) devem ser feitas obras para melhorar as infra-estruturas existentes. De igual modo, quando as populações deslocadas são integradas numa população que as acolhe, há que ter em conta no planeamento que essa situação irá aumentar a pressão sobre as infra-estruturas e os recursos disponíveis.

Norma 2 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento do programa de abastecimento de água e saneamento, a sua eficácia para fazer frente aos problemas de saúde relacionados com a água e o saneamento, e as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Indicadores-chave

- A informação recolhida para controlo e avaliação é útil e oportuna, é registada e analisada de forma precisa, lógica, coerente e transparente.
- Foram estabelecidos procedimentos que possibilitam a recolha sistemática de informação sobre:
 - Consumo de água.
 - Qualidade da água.
 - Sistema de abastecimento de água e seu funcionamento.
 - Acesso a pontos de abastecimento de água.
 - Acesso a latrinas.
 - Actividades de luta antivectorial, gestão de detritos sólidos e escoamento.
- O uso de serviços e instalações de abastecimento de água e de saneamento é controlado.
- O acesso aos serviços de abastecimento de água e de saneamento, bem como os problemas de saúde relacionados com o abastecimento de água e saneamento da população nos arredores das povoações em estado de emergência são controlados.
- As condições de segurança das instalações de abastecimento de água e saneamento no que respeita aos grupos vulneráveis, particularmente as mulheres e as adolescentes, são controladas.

- As mulheres, os homens e as crianças da população afectada são consultados regularmente e participam nas actividades de controlo.
- São elaborados com regularidade relatórios analíticos sobre a repercussão do programa de abastecimento de água e saneamento na população afectada. Também são apresentados relatórios sobre quaisquer alterações nas circunstâncias e outros factores que possam justificar a alteração do programa.
- São estabelecidos sistemas que possibilitam uma corrente de informação entre o programa, outros sectores, a população afectada, as autoridades locais competentes, os doadores e outros interessados, quando necessário. Existe um intercâmbio regular de informação entre o sector de abastecimento de água e saneamento e o sistema de informação sanitária. (Consultar Cuidados Médicos, capítulo 5).
- As actividades de controlo fornecem informação sobre a eficácia do programa em satisfazer as necessidades de grupos específicos da população afectada.
- O programa é avaliado em função de objectivos declarados e normas mínimas acordadas, a fim de medir a sua eficácia e repercussão globais na população afectada.

Notas de orientação

1. **Utilização da informação proveniente do controlo:** todas as situações de emergência são instáveis e dinâmicas por definição. Assim, é indispensável dispor regularmente de informação actualizada para assegurar que os programas continuam a ser pertinentes. A informação obtida graças ao controlo contínuo dos programas deve ser incorporada nos exames e avaliações posteriores. Nalgumas circunstâncias, pode ser necessário modificar a estratégia para fazer face a alterações importantes da situação ou das necessidades. No Apêndice 4 deste capítulo são sugeridas obras de referência sobre avaliação inicial, controlo e avaliação posterior.
2. **Cooperação com outros sectores:** a informação gerada pelo processo de avaliação inicial serve de base para o sistema de informação sanitária (consultar Cuidados Médicos, capítulo 5) e para as actividades de controlo e avaliação posterior do programa de abastecimento de água e saneamento. Essas actividades exigem uma estreita cooperação com outros sectores.
3. **Utilização e difusão da informação:** a informação recolhida deve estar directamente relacionada com o programa. Por outras palavras, deve ser útil e deve ser utilizada. Além disso, deve ficar à disposição de outros sectores e de outras organizações, bem como das populações afectadas conforme seja necessário. Os meios de comunicação utilizados (método de difusão, língua, etc.) deve ser adequado ao público ao qual essa informação se destina.
4. **Pessoas que participam no controlo:** quando o controlo exige consultas, deve-se incluir na tarefa pessoas capazes de obter informação de todos os grupos da população afectada de uma forma culturalmente aceitável, em especial no que respeita ao género e às competências linguísticas. A participação das mulheres deve ser encorajada.
5. **Utilização das instalações:** o uso que as pessoas fazem das instalações e dos serviços que lhes são proporcionados pode ser afectado por factores como a segurança, a comodidade ou a qualidade, bem como pelo facto de serem ou não adequados às necessidades e aos costumes. Por exemplo, o controlo dos pontos de abastecimento de água e das latrinas é fundamental para a segurança das mulheres e das crianças, porque os actos de violência muitas vezes ocorrem nesses locais. Sempre que possível, os factores que limitam o uso das instalações serão eliminados através de alterações do programa. É indispensável assegurar que as consultas que se realizem antes e durante o programa incluam discussões adequadas com as mulheres, para quem é provável que as limitações do uso sejam maiores.
6. **Avaliação posterior:** a avaliação posterior é importante, porque serve para avaliar a eficácia da acção, identificar lições para futuras actividades de preparação, mitigação ou assistência em casos de desastre e fomentar a prestação de contas. A avaliação aqui referida compreende dois processos interligados:
 - a) A avaliação interna do programa, que normalmente é realizada pelo pessoal como parte da análise e do exame sistemáticos da informação proveniente do controlo. A organização humanitária também deve avaliar a eficácia de todos os seus programas relacionados com uma determinada situação de desastre ou comparar os seus programas referentes a diferentes situações.

b) A avaliação externa, por seu lado, pode fazer parte de uma actividade de avaliação mais alargada realizada pelas organizações e pelos doadores, e pode ter lugar, por exemplo, após o final da fase crítica da situação de emergência. Ao realizar as avaliações, é importante que as técnicas e os recursos utilizados sejam compatíveis com a escala e a natureza do programa, e que no relatório sejam descritos a metodologia utilizada e os procedimentos seguidos para retirar as conclusões. Os resultados das avaliações devem ser comunicados a todos os intervenientes no processo de assistência humanitária, incluindo a população afectada.

Norma 3 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

Indicadores-chave

- As mulheres e os homens da população afectada pelo desastre devem ser consultados e ser envolvidos na tomada de decisões relacionadas com a avaliação inicial das necessidades e com a concepção e implementação do programa.
- As mulheres e os homens da população afectada recebem informação sobre o programa de assistência e têm a oportunidade de apresentar comentários sobre o programa à organização humanitária.

Notas de orientação

1. **Equidade:** a participação da população afectada pelo desastre na adopção de decisões e na concepção e implementação dos programas contribui para que estes sejam equitativos e eficazes. Deve-se ter especial cuidado para assegurar a participação das mulheres, bem como uma representação equilibrada de ambos os sexos no programa de assistência. A participação no programa de abastecimento de água e saneamento também pode servir para reforçar o sentido de dignidade e de valor das pessoas em momentos de crise. Essa participação gera um sentido de comunidade e de posse que pode contribuir para a segurança pessoal e geral, tanto de quem recebe a assistência, como de quem está encarregado da sua prestação.

2. **A população pode participar nos programas de abastecimento de água e saneamento de diferentes maneiras:** por exemplo, participando na equipa de avaliação inicial; participando na tomada de decisões (por ex., para estabelecer condições que permitam às pessoas fazer as suas necessidades e tratarem da sua higiene pessoal com dignidade, comodidade e segurança); difundindo informação que inclui os factores culturais e de género relativos ao acesso às instalações e à sua utilização; ajudando a identificar problemas de segurança geral.
3. **Comités de coordenação:** os comités de coordenação contribuem para promover a participação da população no programa de assistência. Deve-se assegurar que esses comités são verdadeiramente representativos da população afectada, tendo em conta na sua constituição factores como o género, a idade, a etnia e a situação socioeconómica. Também deverão estar representados dirigentes políticos destacados, dirigentes comunitários de ambos os sexos e líderes religiosos. Os papéis e funções de um comité de coordenação devem ser definidos no momento da sua criação.
4. **Consulta de opiniões:** a participação também pode realizar-se mediante a organização sistemática de consultas de opinião e discussões: estas poderão ser efectuadas durante a distribuição, visitas ao domicílio ou discussões sobre problemas ou preocupações individuais. As discussões em grupo com membros da comunidade afectada podem proporcionar informação útil sobre as crenças e práticas culturais.

2 Abastecimento de Água

Por todo o mundo, a água é essencial para beber, cozinhar e para a higiene pessoal e doméstica. Em situações extremas, é possível que não se disponha de água suficiente para satisfazer as necessidades fisiológicas e, nestes casos, é de suma importância contar com um nível de água potável que assegure a sobrevivência. Não obstante, na maioria dos casos, os principais problemas de saúde relacionados com um abastecimento de água inadequado devem-se às más condições de higiene por falta de água e ao consumo de água que em dada altura tenha ficado contaminada.

Norma 1 relativa ao abastecimento de água: acesso à água e quantidade disponível

Todas as pessoas devem ter acesso seguro a uma quantidade de água suficiente para beber, cozinhar e para a higiene pessoal e doméstica. Os locais públicos de abastecimento de água devem estar suficientemente perto dos abrigos para possibilitar o consumo da quantidade mínima de água indispensável.

Indicadores-chave

- São recolhidos pelo menos 15 litros de água por pessoa por dia.
- O caudal em cada ponto de abastecimento de água é, pelo menos, de 0,125 litros por segundo.
- Há pelo menos um local de abastecimento de água por cada 250 pessoas.
- A distância de qualquer abrigo ao local de abastecimento de água mais próximo não excede 500 metros.

Norma 2 relativa ao abastecimento de água: qualidade da água

A água no local de abastecimento deve ter bom sabor e ser de qualidade suficiente para ser bebida e para a sua utilização na higiene pessoal e doméstica sem riscos significativos para a saúde, ocasionados por doenças transmitidas pela água ou pela contaminação química ou radiológica verificada a curto prazo.

Indicadores-chave

- Em fontes não-desinfectadas, não existem mais de 10 coliformes fecais por 100 mililitros de água no local de abastecimento.
- Os controlos sanitários indicam um baixo risco de contaminação fecal.
- No caso de abastecimento de água canalizada a populações de mais de 10.000 pessoas, ou de todo o tipo de abastecimento em momentos de risco ou de existência de uma epidemia de diarreia, a água é tratada com um desinfectante residual em concentrações aceitáveis (por ex., a concentração de cloro livre residual na torneira é de 0,2-0,5 mg por litro e a turbidez é inferior a 5 NTU).
- O total de sólidos em dissolução não é superior a 1.000 mg por litro (2.000 $\mu\text{s/cm}$ de condutividade eléctrica, em medição de campo simples) e a água não tem um sabor desagradável.
- Não se detectam efeitos adversos significativos para a saúde devido a contaminação química ou radiológica (incluindo resíduos de produtos químicos de tratamento) no consumo a curto prazo ou durante o período de utilização previsto da fonte de água e a avaliação não revela probabilidades significativas de tais efeitos.

Norma 3 relativa ao abastecimento de água: instalações e bens para o consumo de água

As pessoas devem dispor de instalações e bens adequados para recolher, armazenar e utilizar quantidades suficientes de água para beber, cozinhar e para a higiene pessoal, bem como para que a água potável se mantenha segura até ao momento de ser consumida.

Indicadores-chave

- Cada família dispõe de dois recipientes de 10-20 litros para recolher a água e de recipientes de 20 litros para a armazenar. Esses recipientes são de gargalo apertado e/ ou possuem tampas.
- Existem 250g de sabão por pessoa por mês.
- Quando são necessárias instalações de banho colectivas, existem cubículos suficientes para a sua utilização com uma frequência aceitável e a horas aceitáveis, com cubículos separados para homens e mulheres.
- Quando são necessárias lavandarias colectivas, existe 1 tanque por cada 100 pessoas; há zonas reservadas para que as mulheres lavem e seque a sua roupa interior e os seus toalhetes higiénicos.

Notas de orientação

1. **Necessidades:** as quantidades exactas de água necessárias para o consumo doméstico podem variar segundo o clima, as instalações de saneamento, os hábitos da população, as suas práticas religiosas e normas culturais, os alimentos cozinhados, a roupa usada, etc. Nalgumas situações, é possível que seja necessária água em grandes quantidades para fins específicos, por exemplo para latrinas de sifão, para manter em funcionamento um sistema de esgotos ou de distribuição urbana de água, ou para dar de beber a animais que podem ser vitais para a subsistência e o bem-estar das pessoas afectadas pelo desastre. As quantidades necessárias para estas utilizações não estão incluídas nas normas, pelo que deverão acrescentar-se ao número mínimo se for necessário. As quantidades de água necessárias para centros de saúde, centros de alimentação terapêutica, orfanatos, etc., não estão incluídas nos números estipulados nas normas, e deverão ser acrescentadas se necessário. Para mais informação sobre as quantidades adicionais necessárias, consultar o Apêndice 2.
2. **Qualidade microbiológica da água:** na maioria das situações de emergência, a transmissão de doenças relacionadas com a água deve-se tanto à insuficiência de água para a higiene pessoal e doméstica como à contaminação das fontes. Ao aplicar normas relativas à qualidade microbiológica da água numa situação de emergência, deve-se ter em conta o risco de excesso de infecções por doenças

transmitidas pela água que acarreta a água fornecida, bem como outras fontes de água que a população pode utilizar. No que respeita ao abastecimento a longo prazo, consultar Guidelines for Drinking Water Quality (Orientações para a Qualidade da Água Potável) da OMS (1984).

3. **Desinfecção da água:** se existe um risco considerável de contaminação da água na fonte ou após a recolha, a água deverá ser tratada com um desinfectante residual, como o cloro. Este risco dependerá das condições da povoação, tais como a densidade populacional, os meios de evacuação de excrementos, as práticas de higiene, a prevalência das doenças transmitidas pela água, etc. Como regra geral, todo o abastecimento canalizado de água para uma população numerosa e concentrada deve ser tratado com um desinfectante residual como o cloro, e em caso de risco ou existência de uma epidemia de diarreia, todos os fornecimentos de água potável deverão ser tratados antes da distribuição ou em casa.
4. **Contaminação química e radiológica:** se os registos hidrogeológicos ou o conhecimento da existência de uma actividade industrial na zona levam a pensar que as fontes de água podem acarretar riscos químicos ou radiológicos para a saúde, esses riscos deverão ser avaliados rapidamente. Nesse momento, dever-se-à tomar uma decisão que tenha em conta tanto os benefícios como os riscos a curto prazo para a saúde pública. Todas as decisões sobre a utilização de água potencialmente contaminada para um abastecimento a longo prazo deverão basear-se numa avaliação e numa análise mais detalhadas. No que respeita ao abastecimento a longo prazo, consultar Guidelines for Drinking Water Quality (Orientações para a Qualidade da Água Potável) da OMS (1984).
5. **Sabor da água:** o sabor da água não é um problema com consequências directas para a saúde, mas se a água segura fornecida tiver um sabor desagradável, os consumidores poderão beber água de fontes inseguras, pondo em perigo a sua saúde. Pode-se correr o mesmo risco no caso de abastecimento de água tratada com cloro. O sabor da água depende dos hábitos do consumidor, e por isso deve ser verificado no terreno antes de se decidir definitivamente se a água é aceitável ou se são necessárias acções de consciencialização para garantir que só são usadas fontes de água seguras.

6. **Qualidade da água dos centros de saúde:** salvo pequenas quantidades de água muito pura necessária para algum equipamento médico, não é preciso que a água fornecida aos centros de saúde seja de qualidade superior à consumida pela população em geral, a menos que a concentração de certas substâncias químicas seja particularmente elevada. Não obstante, dado o número provável de organismos patogénicos presentes nos centros de saúde e a vulnerabilidade dos pacientes, a água deverá ser desinfectada com cloro ou com outro desinfectante residual e o equipamento de armazenamento de água deverá ser concebido e mantido de modo a que se controle a contaminação. As crianças muito pequenas podem ser susceptíveis a certos contaminantes químicos, factor que deverá ser comprovado pelo pessoal clínico.
7. **Qualidade / quantidade da água:** durante a situação de emergência, deve-se prestar atenção não só à quantidade de água disponível mas também à qualidade da mesma. Até que se alcancem níveis mínimos de qualidade e quantidade, há que concentrar as atenções em facilitar um acesso equitativo a uma quantidade suficiente de água de qualidade mediana em vez de fornecer uma quantidade insuficiente de água que cumpra as normas mínimas de qualidade. Se existirem sérias dúvidas sobre a qualidade microbiológica da água, esta deverá ser tratada com um desinfectante residual como primeira medida para melhorar a sua qualidade.
8. **Acesso e equidade:** mesmo quando se disponha de uma quantidade suficiente de água para satisfazer as necessidades mínimas, pode ser necessário adoptar outras medidas para que o acesso seja efectivamente equitativo. Se os locais de abastecimento de água não estiverem suficientemente perto das casas, as pessoas não poderão recolher a quantidade de água de que necessitam. Nos meios urbanos, talvez seja preciso fornecer água a cada casa em separado para que as casas de banho continuem a funcionar. É possível que seja necessário racionar a água para poder satisfazer as necessidades básicas de todos. Quando a água é racionada ou bombeada em momentos determinados, isso deve ser feito em momentos convenientes para as mulheres e outras pessoas encarregadas da recolha de água. As mulheres e os homens da população afectada devem ser informados acerca da quantidade de água a que têm direito, e deve-se procurar obter a sua participação no controlo da distribuição equitativa da água.
9. **Recolha e armazenamento da água:** as pessoas precisam de recipientes para recolher água, armazená-la e utilizá-la para lavar, cozinhar e tomar banho. Esses recipientes devem ser higiénicos e adequados às necessidades e hábitos locais no que respeita ao tamanho, à forma e ao design.
10. **Instalações colectivas de banho e de lavagem da roupa :** é possível que seja necessário um espaço onde as pessoas possam lavar-se com um mínimo de privacidade. Se não for possível dispor desse espaço no abrigo familiar, poderão ser necessárias algumas instalações centrais. Lavar a roupa é uma actividade essencial para a higiene, em particular a das crianças, e também é preciso lavar os utensílios usados para cozinhar e para comer. Não é possível definir normas universais relativas a essas actividades, mas se forem precisas instalações para as realizar, estas deverão estar disponíveis. A concepção, o número e a localização dessas instalações devem ser decididos depois de consultar os seus principais utilizadores, em especial as mulheres. Entre os factores fundamentais a ter em conta figuram a segurança, a adequação e a comodidade que as instalações devem oferecer aos utilizadores, em especial às mulheres e às adolescentes, cujas opiniões sobre a localização e concepção das mesmas deverá ser tida em conta. Como no caso das latrinas, instalações deste tipo localizadas longe do centro da povoação poderão representar riscos adicionais para a segurança de utilizadores do sexo feminino.

3 Evacuação de Excrementos

A evacuação adequada de excrementos humanos cria a primeira barreira contra as doenças relacionadas com excrementos, ajudando a reduzir a transmissão de doenças por via directa ou indirecta. Em consequência disso, a evacuação de excrementos é uma prioridade absoluta, e na maioria das situações de emergência é um problema que deve ser tratado com tanta rapidez e empenho como o abastecimento de água. Construir instalações adequadas para a defecação é uma das várias intervenções de emergência indispensáveis para a dignidade, a segurança, a saúde e o bem-estar das pessoas.

Norma 1 relativa à evacuação de excrementos: número de latrinas e acesso

As pessoas devem dispor de um número suficiente de latrinas, situadas suficientemente perto das suas casas para terem um acesso rápido, seguro e aceitável em qualquer momento do dia e da noite.

Indicadores-chave

- Um máximo de 20 pessoas por latrina.
- O uso das latrinas é definido por família(s) e/ ou separado por sexo.
- As latrinas não estão situadas a mais de 50 metros das casas ou a mais de um minuto a pé.
- Existem latrinas separadas para mulheres e homens em lugares públicos (mercados, centros de distribuição, centros de saúde, etc.).

Norma 2 relativa à evacuação de excrementos: concepção e construção

As pessoas devem ter acesso a latrinas concebidas, construídas e mantidas de tal modo que sejam higiénicas, seguras e cómodas.

Indicadores-chave

- Todas as latrinas, tanto as públicas como as familiares, são concebidas e construídas de acordo com especificações tecnicamente correctas, aprovadas pelos utilizadores a quem se destinam.
- Foram estabelecidos e funcionam correctamente procedimentos de limpeza e manutenção regulares das latrinas públicas.
- As latrinas são concebidas, construídas e situadas de modo a apresentarem as seguintes características:
 - São fáceis de manter limpas, para que as pessoas as queiram utilizar e para que não apresentem riscos para a saúde.
 - São de acesso e utilização fácil para todos os sectores da população, incluindo as crianças, os idosos, as mulheres grávidas e as pessoas com deficiências físicas ou mentais.
 - Se necessário, ficam iluminadas de noite para segurança ou comodidade.
 - Existem instalações para lavar as mãos perto das latrinas.
 - Possibilitam a redução ao mínimo da reprodução de moscas e mosquitos.
 - Permitem a eliminação dos produtos de protecção higiénica das mulheres ou oferecem às mesmas a privacidade necessária para lavar e secar os seus toalhetes higiénicos.
 - Permitem um grau privacidade em conformidade com os hábitos dos utilizadores.
- Na maioria dos solos, as latrinas e os poços de absorção estão pelo menos a 30 m de toda e qualquer fonte de água subterrânea e o fundo da latrina encontra-se pelo menos 1,5 m acima do lençol freático. O escoamento ou os derrames dos sistemas de defecação não escorrem para nenhuma fonte de água superficial ou de pouca profundidade.

- As pessoas têm acesso a ferramentas e materiais para a construção, manutenção e limpeza das suas próprias latrinas, se indicado.

Notas de orientação

1. **Instalações aceitáveis:** um programa de evacuação de excrementos satisfatório deve basear-se na compreensão das necessidades distintas das pessoas e na participação dos utilizadores no uso de instalações às quais talvez não estejam habituados e cuja utilização possa ser difícil ou incômoda. Na concepção, construção e localização das latrinas devem-se ter em conta as preferências de todos os seus potenciais utilizadores.
2. **Fezes das crianças:** deve-se prestar especial atenção às fezes das crianças, que são geralmente mais perigosas do que as dos adultos, porque as infecções relacionadas com os excrementos são mais frequentes nas crianças. É necessária a participação dos pais e das pessoas que se ocupam das crianças, e as instalações devem ser concebidas e construídas tendo em conta as crianças. Poderá ser preciso facultar informação aos pais e às pessoas com crianças a seu cargo sobre a eliminação sem riscos das fezes dos lactantes e sobre a maneira de lavar as fraldas.
3. **Higiene anal:** deve-se facultar água às pessoas que costumam usá-la. Às outras pessoas talvez seja necessário fornecer algum tipo de papel ou outro material para a higiene anal. Deve-se consultar os utilizadores sobre os materiais mais adequados..
4. **Lavagem das mãos:** os utilizadores devem dispor de meios para lavar as mãos com sabão ou algo semelhante depois de defecar e, se necessário, devem ser encorajados a fazê-lo. Deste modo, é criada uma barreira importante contra a propagação de doenças.
5. **Menstruação:** as mulheres e as raparigas em idade fértil devem ter acesso a materiais adequados para a absorção e eliminação do sangue menstrual. Se a organização humanitária fornecer estes materiais, deverá consultar as mulheres para saber o que é considerado apropriado. Quando são usados toalhetes higiénicos que devem ser lavados, secos e reutilizados, as mulheres devem ter acesso a um lugar reservado para o fazer de modo higiénico.
6. **Latrinas higiénicas:** se as latrinas não forem mantidas limpas, podem transformar-se num foco de transmissão de doenças e as pessoas preferirão não as usar. Será preciso abordar a questão da limpeza e manutenção de todos os tipos de latrinas. É mais provável que as latrinas se mantenham limpas se os utilizadores tiverem um sentido de posse a esse respeito. Para o fomentar, é conveniente construir as latrinas perto do local onde as pessoas dormem, evitar a construção de grandes blocos e, sempre que possível, fazer com que os utilizadores participem nas decisões relacionadas com a concepção e construção das latrinas.
7. **Instalações compartilhadas:** nem sempre é possível criar de imediato uma latrina para cada 20 pessoas ou para cada família. Em geral, a curto prazo, é necessário utilizar instalações partilhadas. O acesso a estas instalações partilhadas pode ser alcançado trabalhando com os seus utilizadores, para decidir quem terá acesso às latrinas, como serão partilhadas e como se organizará a sua limpeza. É possível que homens e mulheres utilizem latrinas diferentes, ou que várias famílias usem a mesma latrina. Conforme se disponha de mais latrinas, modificar-se-à a maneira de as partilhar. Nalgumas situações, pode ser necessário construir latrinas públicas, mantê-las limpas e em condições, para serem usadas por parte ou por toda a população. É importante não só dispor de um número suficiente de latrinas mas também criar condições para que todas as pessoas possam reconhecer as latrinas e ter acesso a elas quando for necessário.
8. **Distância entre os sistemas de defecação e as fontes de água:** as distâncias antes mencionadas poderão ter de ser aumentadas no caso de rochas fissuradas ou terrenos calcários, ou ser reduzidas em locais com solos finos. A contaminação das águas subterrâneas poderá não ser um problema se a água subterrânea não for utilizada para consumo.
9. **Segurança:** sobretudo nas povoações com uma população muito numerosa, é indispensável ter em consideração a segurança de quem usa as instalações sanitárias, em particular as mulheres e as adolescentes. As latrinas distantes de zonas habitadas ou mal iluminadas expõem as mulheres e as adolescentes a riscos adicionais de ataque.

4 Luta Antivectorial

As doenças transmitidas por vectores são uma das principais causas de doença e morte em muitas situações de emergência. Embora a malária seja a doença transmitida por vectores mais grave no âmbito da saúde pública, muitas outras doenças podem constituir uma ameaça grave para a saúde. As moscas podem desempenhar um papel importante na transmissão das doenças diarreicas. A luta contra as doenças transmitidas por vectores requer esforços em vários sectores, em particular nos cuidados médicos, abrigos, selecção e planeamento de locais de alojamento, e serviços de higiene ambientais, incluindo o abastecimento de água, a evacuação de excrementos, a gestão dos detritos sólidos e o escoamento. A natureza das doenças transmitidas por vectores é complexa, e em geral a abordagem dos problemas com elas relacionados implica a intervenção de especialistas. No entanto, muito pode ser feito através de medidas simples e eficazes, uma vez identificada a doença, o vector e a sua interacção com a população beneficiária da assistência.

Os animais nocivos, como as pulgas, embora não sejam uma preocupação primordial da saúde pública, podem causar grandes incómodos e a perda de sono, e merecem muitas vezes alguma atenção devido às suas repercussões indirectas para a saúde.

Norma 1 relativa à luta antivectorial: protecção pessoal e familiar

As pessoas devem dispor de meios para se protegerem dos vectores causadores de doenças e dos animais nocivos quando se considere que estes representam um perigo importante para a saúde e para o bem-estar.

Indicadores-chave

- Todas as populações expostas a riscos de doenças transmitidas por vectores têm acesso a abrigos providos de meios de luta contra insectos.

- A luta contra o piolho do ser humano é levada a cabo segundo uma norma definida, quando o tifo ou a febre recorrente transmitidos por piolhos constituem uma ameaça.

Norma 2 relativa à luta antivectorial: medidas de protecção física, ambiental e química

O número de vectores causadores de doenças e de animais nocivos que representam um risco para a saúde e o bem-estar humanos deve ser mantido a um nível aceitável.

Indicadores-chave

- As populações vulneráveis são alojadas fora da zona afectada pela malária.
- A população de mosquitos transmissores da malária é mantida a um nível suficientemente baixo para evitar o risco de infecções excessivas pela doença
- As zonas de reprodução ou descanso de vectores são modificadas quando é necessário e possível.
- A população de ratazanas, moscas e outras pragas nocivas e destruidoras é mantida em níveis aceitáveis.
- Nas povoações de grande densidade populacional, é levada a cabo uma luta intensiva contra as moscas quando há risco ou existência de uma epidemia de diarreia.

Norma 3 relativa à luta antivectorial: prática adequada na aplicação de métodos químicos de luta antivectorial

As medidas de luta antivectorial com recurso a pesticidas são aplicadas em conformidade com as normas internacionais acordadas para garantir a protecção adequada do pessoal, das pessoas afectadas pelo desastre e do meio-ambiente local, bem como para evitar a criação de resistência aos pesticidas.

Indicadores-chave

- O pessoal é protegido através do fornecimento de informação, roupa de protecção e acompanhamento, bem como de uma limitação do número de horas de trabalho com pesticidas.
- A aquisição, o transporte, o armazenamento e a eliminação dos pesticidas, bem como do equipamento de aplicação obedecem às normas internacionais, cujo cumprimento pode ser verificado a qualquer momento.
- As pessoas são informadas dos riscos potenciais dos pesticidas e do plano de aplicação. São protegidas durante e após a aplicação de pesticidas em conformidade com os procedimentos acordados internacionalmente.
- A escolha dos pesticidas e dos métodos de aplicação é feita em conformidade com os protocolos nacionais e internacionais.
- A qualidade dos pesticidas e dos mosquiteiros tratados é definida de acordo com as normas internacionais.

Notas de orientação

1. **Ligações a outros sectores:** a selecção dos locais é importante para limitar a exposição da população aos riscos de doenças transmitidas por vectores. O risco das doenças transmitidas por vectores é um dos assuntos-chave que se devem ter em consideração ao seleccionar locais possíveis. As actividades dos serviços de saúde podem ajudar a reduzir a continuidade de agentes patogénicos mediante um tratamento eficaz, a imunização ou a profilaxia, e deve-se lutar contra as doenças transmitidas por vectores com actividades no sector da saúde e no sector de abastecimento de água e saneamento. Tanto as actividades relacionadas com a saúde como aquelas ligadas à nutrição podem ajudar a reduzir a incidência das doenças transmitidas por vectores graças ao seu efeito na situação sanitária e nutricional geral.
2. **Definição de riscos de doenças transmitidas por vectores:** as decisões sobre as intervenções de luta antivectorial devem ser baseadas numa avaliação do excesso de risco de doenças e em indicações clínicas referentes a problemas de doenças transmitidas por vectores. Entre os factores que têm influência neste risco encontram-se os seguintes:

- Estado de imunidade - exposição prévia, stress nutricional e outros tipos de stress.
- Tipo e prevalência de agentes patogénicos - em vectores e em seres humanos.
- Espécies de vectores e ecologia.
- Número de vectores (estação, locais de procriação, etc.).
- Medidas pessoais existentes para a população evitar e se proteger contra os vectores.

3. **Medidas de protecção individual:** é recomendado que, havendo risco de excesso de casos de malária, se facultem sistematicamente e numa fase inicial medidas de protecção pessoal, como os mosquiteiros tratados. Os mosquiteiros impregnados têm a vantagem adicional de oferecer uma certa protecção contra piolhos, pulgas e outras variedades de mosquitos. Outras formas de protecção pessoal que podem ser adequadas, e normalmente já são usadas por pessoas que habitam em zonas com mosquitos, são o uso de roupas de manga comprida, a fumigação das casas, as telas anti-mosquitos e o uso de repelentes. Para que estas modalidades de protecção pessoal sejam eficazes, é imprescindível garantir que os utilizadores as podem aceitar e utilizar.
4. **Luta antivectorial ambiental e química:** há várias medidas básicas de engenharia ambiental que podem servir para reduzir as oportunidades de reprodução de vectores nas povoações. Entre elas encontram-se a eliminação de excrementos e detritos de origem humana e animal para controlar o aparecimento de moscas, e o escoamento de águas paradas para controlar o aparecimento de mosquitos. A maioria das medidas prioritárias de higiene ambiental, como a evacuação de excrementos e a eliminação de detritos, terão algum impacto nas populações de alguns vectores, mas não em todos. No entanto, podem não ter o impacto necessário em todos os locais de procriação, alimentação e descanso dentro da povoação e nos arredores, inclusivamente a longo prazo, e por isso pode ser necessário aplicar medidas localizadas de controlo químico ou medidas de protecção pessoal. Em certas circunstâncias, a pulverização ambiental poderá justificar-se e ser eficaz para reduzir o número de insectos adultos, por exemplo para reduzir o número de moscas antes de uma epidemia de diarreia ou durante a própria epidemia.

5. **Tratamento pessoal e das casas com insecticidas:** o tratamento das casas com insecticidas residuais pode ser eficaz para lutar contra a propagação da malária. O tifo e a febre recorrente transmitidos por piolhos podem ser evitados com um tratamento pessoal para combater o piolho do ser humano, através de uma campanha em grande escala, e quando chegam à povoação novas pessoas deslocadas.
6. **Indicadores para programas de luta antivectorial:** os indicadores mais simples para medir o efeito da maioria das actividades de luta antivectorial são a incidência das doenças e a contagem de parasitas (no caso da malária). No entanto, trata-se de indicadores independentes que devem ser utilizados com cautela e ser interpretados tendo em conta outros factores.
7. **Preparação de uma resposta:** os programas de luta antivectorial podem não ter qualquer efeito sobre a doença se o vector errado for atacado, se forem usados métodos ineficazes ou se o vector correcto for atacado no local ou no momento errados. Os dados de saúde podem ajudar a determinar e controlar um problema originado por vectores, mas a elaboração de uma resposta eficaz requer um estudo mais detalhado e, com frequência, um aconselhamento especializado. Este aconselhamento deverá ser discutido com organizações de saúde nacionais e internacionais, a fim de serem aplicados protocolos nacionais e internacionais para determinar a resposta adequada e fazer uma escolha e um uso correctos de todos os produtos químicos que sejam utilizados. Deve-se procurar aconselhamento local sobre problemas referentes a doenças locais, locais de procriação de vectores, variações sazonais do número de vectores, etc.

5 Gestão dos Detritos Sólidos

Se não se eliminarem os detritos sólidos orgânicos, os principais riscos que se correm são a reprodução de moscas e ratazanas (consultar secção sobre luta antivectorial) e a contaminação da água superficial. A falta de recolha e a consequente acumulação de detritos sólidos e dos escombros que ficam após uma catástrofe natural ou conflito armado também podem criar um ambiente deprimente e desagradável, desencorajando os esforços para melhorar outros aspectos da higiene ambiental. Os detritos sólidos podem obstruir os canais de escoamento e gerar problemas de higiene ambiental relacionados com a estagnação e contaminação da água superficial.

Norma 1 relativa à gestão dos detritos sólidos: recolha e eliminação

As pessoas devem viver num meio que esteja aceitavelmente isento de contaminação por detritos sólidos, incluindo detritos médicos.

Indicadores-chave

- O lixo doméstico é retirado da povoação ou enterrado no local antes que se converta num problema ou num risco para a saúde.
- Em nenhum momento existem detritos médicos contaminados ou perigosos (agulhas, vidros, pensos, medicamentos, etc.) na zona de habitação, nem nos espaços públicos.
- Existe uma incineradora correctamente concebida, construída e utilizada, com fossa de cinzas profunda, dentro do perímetro de cada instalação de saúde.
- Existem poços e depósitos para o lixo ou zonas destinadas à eliminação de detritos nos mercados e matadouros, com um sistema de recolha diária.

- A eliminação definitiva dos detritos sólidos é realizada num local e de um modo que evita o aparecimento de problemas ambientais e de saúde.

Norma 2 relativa à gestão dos detritos sólidos: contentores/ poços para detritos sólidos

As pessoas devem dispor de meios para eliminarem os seus detritos domésticos de maneira conveniente e eficaz.

Indicadores-chave

- Nenhuma casa se encontra a mais de 15 m de um contentor de lixo ou do seu próprio poço para lixo, ou a mais de 100 m de um poço para lixo colectivo.
- Quando o lixo doméstico não é enterrado no local, existe um contentor de lixo com 100 litros de capacidade por cada 10 famílias.

Notas de orientação

1. **Tipo e quantidade de detritos:** a composição e a quantidade dos detritos nas povoações em situação de emergência variam muito segundo o tipo e a intensidade da actividade económica e dos alimentos básicos que se consomem. Para determinar se é necessário tomar medidas, e em caso afirmativo, quais, deve-se avaliar de maneira lógica até que ponto os detritos sólidos têm repercussões na saúde das pessoas. Se os detritos sólidos são reciclados na comunidade, deve-se fomentar esta medida sempre e quando não implique riscos importantes para a saúde. Deve-se evitar a distribuição de produtos alimentares que criem uma grande quantidade de detritos sólidos devido ao tipo de empacotamento ou à forma de processamento no local.
2. **Participação:** a maioria dos programas de gestão dos detritos sólidos depende da participação da população e da sua vontade de depositar os detritos nos contentores fornecidos ou enterrá-los quando necessário. Os pais e as crianças devem ser informados dos perigos inerentes a reciclar ou a brincar com detritos médicos.
3. **Detritos médicos:** para os detritos médicos são necessárias disposições especiais. Devem ser eliminados dentro do perímetro da instalação

médica, centro de isolamento de cólera, centro de alimentação, etc. e não se devem misturar com os detritos normais da povoação. É preciso definir claramente em quem recai a responsabilidade de eliminar os detritos médicos.

4. **Detritos dos mercados:** a maioria dos detritos dos mercados podem ser tratados do mesmo modo que os resíduos domésticos. Os detritos dos matadouros poderão exigir outro tipo de tratamento e instalações especiais para eliminar os detritos líquidos produzidos, bem como para garantir que a matança de animais é efectuada em condições de higiene adequadas.
5. **Os mortos:** durante as primeiras fases das situações de emergência ou imediatamente após uma catástrofe natural, as taxas de mortalidade costumam ser elevadas, o que implica eliminar uma grande quantidade de cadáveres que em geral são enterrados em valas comuns. Os cemitérios e as valas comuns devem estar situados a não menos de 30 m das fontes de água subterrânea usada como água potável e o fundo de todas as sepulturas deve estar no mínimo 1,5 m acima do lençol freático. Um mito comum associado aos desastres naturais é o de que os restos humanos podem causar epidemias. Em muitos casos, a eliminação de restos humanos está assente na pressuposição errada de que aqueles constituem um perigo de epidemia se não forem queimados ou enterrados imediatamente. De facto, o perigo que os cadáveres representam para a saúde é muito pequeno. No entanto, em casos especiais, como durante epidemias de cólera ou de tifo, os restos humanos podem constituir riscos especiais para a saúde. Em geral, as famílias deve poder enterrar ou cremar os seus mortos segundo as suas práticas tradicionais. Os cemitérios e os crematórios devem ser planificados e criados desde a primeira fase do estabelecimento de uma nova povoação, consultando-se os membros da população afectada para o efeito. O número de funerais deve ser controlado para recolher dados sobre a taxa de mortalidade. Poderá ser necessário fornecer panos ou outros materiais para as famílias envolverem os seus mortos antes do enterro ou da cremação. Dependendo das circunstâncias, é possível que a recuperação e identificação dos corpos de membros da família seja a principal preocupação dos sobreviventes. Quando os corpos que vão a enterrar tiverem sido vítimas de violência, devem-se ter em conta os aspectos forenses.

6. **Eliminação de detritos sólidos:** seja qual for o meio de eliminação final que se escolha, por exemplo, enterrados ou incinerados, a tarefa deverá ser realizada de tal modo que se evite a criação de problemas ambientais e de saúde.

6 Escoamento

As águas superficiais das povoações em situação de emergência e arredores podem ser provenientes de águas domésticas já utilizadas e de locais de abastecimento de água, de infiltrações de latrinas e esgotos, de água da chuva e água de cheias. Os principais problemas de saúde associados a estas águas superficiais são a contaminação das fontes e do meio humano, os danos nas latrinas e nos abrigos, a reprodução de vectores e os casos de morte por afogamento. As águas superficiais das povoações e arredores podem ser úteis em vários aspectos, entre os quais a saúde, já que com elas as pessoas podem lavar-se e lavar os utensílios de cozinha e a roupa. Ao decidir escoar ou não essas acumulações de água, é preciso avaliar os eventuais benefícios e riscos. Esta secção aborda problemas e actividades de escoamento em pequena escala. Os escoamentos em grande escala normalmente são determinados pela equipa responsável pela selecção e desenvolvimento de locais de alojamento. (Consultar o capítulo 4, Abrigos e Planeamento de Locais de Alojamento.)

Norma 1 do escoamento: obras de escoamento

As pessoas devem viver num meio que esteja aceitavelmente isento do risco de erosão hídrica e de águas paradas, incluindo as águas da chuva e das cheias, as águas de uso doméstico e as águas das instalações médicas já utilizadas.

Indicadores-chave

- Não existem águas paradas em redor dos locais de abastecimento de água, nem em nenhuma outra parte da povoação.
- A água da chuva desaparece.
- Os abrigos, os caminhos e as instalações de abastecimento de água e saneamento não ficam inundados, nem sofrem erosão hídrica.

Norma 2 relativa ao escoamento: instalações e ferramentas

As pessoas devem dispor de meios (instalações, ferramentas, etc.) para eliminar de maneira conveniente e eficaz as águas de uso doméstico e as águas já utilizadas dos pontos de abastecimento de água, e para proteger os seus abrigos e outras instalações familiares ou colectivas das inundações e da erosão.

Indicadores-chave

- Quando é necessário, são facultadas à população ferramentas adequadas em número suficiente para pequenas obras de escoamento e manutenção.
- As obras de escoamento nos locais onde existe água estão bem planeadas, executadas e mantidas. Isto inclui o escoamento das zonas de lavagem da roupa e de banho e dos locais de recolha de água.

Notas de orientação

1. **Seleção e planeamento de locais de alojamento:** a forma mais eficaz de evitar problemas de escoamento é uma escolha e uma disposição correctas do local da povoação em situação de emergência. (Consultar no capítulo 4, Abrigos e Planeamento de Locais de Alojamento, as normas relativas à selecção de locais de alojamento). Por vezes não é possível resolver os problemas de escoamento de algumas povoações, ou das acumulações de água próximas.
2. **Fomento:** quando é necessário efectuar obras de escoamento em pequena escala para proteger as latrinas e os abrigos e para evitar a estagnação das águas domésticas já utilizadas e residuais, poderá ser adequado fazer participar a população interessada. Nesse caso, talvez seja necessário apoio técnico e ferramentas. Também poderá ser preciso facultar informação e alternativas no caso das acumulações de água próximas representarem riscos para a saúde, como a esquistossomiase ou perigos derivados do consumo dessas águas.
3. **Escoamento e evacuação de excrementos:** deve ser dada especial atenção à protecção das latrinas e dos esgotos contra inundações para evitar danos estruturais e infiltrações.

7 Fomento da Higiene

Os hábitos de higiene são um factor decisivo na transmissão de doenças relacionadas com a água e o saneamento, pelo que o fomento de bons hábitos de higiene é geralmente considerado um elemento essencial de todas as respostas de emergência eficazes em matéria de abastecimento de água e saneamento. É difícil avaliar o efeito que têm os programas de fomento da higiene nas situações de emergência. No entanto, esses programas podem ser eficazes se forem avaliados, planeados e executados de forma sistemática, e concentrados num número reduzido de práticas importantes que possam ser adoptadas rapidamente. Cabe aqui assinalar que o fomento da higiene nunca deve substituir um bom sistema de saneamento e abastecimento de água, factores-chave de uma higiene adequada.

Definição de fomento da higiene

Por fomento da higiene entende-se aqui a combinação dos conhecimentos, práticas e recursos da população com os conhecimentos e recursos da organização humanitária, que juntos permitem evitar comportamentos perigosos em matéria de higiene. O fomento eficaz da higiene baseia-se num intercâmbio de informação entre a organização e a comunidade afectada, com o objectivo de identificar problemas-chave de higiene, e conceber, executar e controlar um programa de fomento de boas práticas de higiene para resolver esses problemas. Nesta definição é reconhecida a necessidade de fomentar conjuntamente os hábitos de higiene e o uso dos meios materiais necessários para uma vida saudável.

Norma 1 relativa ao fomento da higiene: hábitos de higiene e uso das instalações

Todos os sectores da população afectada devem estar cientes das principais práticas de higiene que implicam maiores riscos para a saúde e ser capazes de modificá-las. Contarão com informação e recursos adequados para utilizar as instalações de abastecimento de água e saneamento com o objectivo de proteger a sua saúde e a sua dignidade.

Indicadores-chave

1. Abastecimento de água

- As pessoas consomem água da melhor qualidade possível.
- As instalações de higiene públicas (chuveiros, tanques para lavar roupa, etc.) são utilizados de forma adequada e equitativa.
- O consumo médio de água do agregado familiar para beber, cozinhar e para o asseio pessoal é, no mínimo, de 15 litros por pessoa por dia.
- Os recipientes para a água são cobertos com tampas (quando fornecidas).
- A contaminação fecal média nos recipientes de água potável é inferior a 50 coliformes fecais por 100 ml.

2. Evacuação de excrementos

- As pessoas utilizam as latrinas disponíveis e as fezes das crianças são eliminadas de imediato e de forma higiénica.
- As pessoas utilizam as latrinas da forma mais higiénica possível, tanto para a sua própria saúde como para a saúde dos outros.
- As latrinas dos agregados familiares são limpas e mantidas em bom estado de modo a servirem a todos os utilizadores a quem se destinam, sendo higiénicas e seguras para utilizar.
- Os pais e outras pessoas com crianças a seu cargo demonstram conhecer a necessidade de eliminar as fezes das crianças de forma segura.
- As famílias e outras pessoas interessadas participam num programa de latrinas familiares inscrevendo-se na organização humanitária, cavando poços ou recolhendo materiais.
- As pessoas lavam as mãos depois de defecarem e de manipularem excrementos das crianças, e antes de cozinhare e comerem.

3. Luta antivectorial

- A roupa de vestir e a roupa de cama é arejada e lavada regularmente.
- Em zonas de malária endémica:
 - As pessoas que possuem mosquiteiros tratados usam-nos, mantêm-nos e voltam a impregná-los correctamente.

- As pessoas evitam a exposição aos mosquitos nos momentos em que estes estão activos, utilizando os meios que têm à sua disposição.
- Os contentores que podem servir de locais de procriação de mosquitos são retirados, esvaziados regularmente da água que contenham ou tapados.

4. Gestão dos detritos sólidos

- Os detritos são depositados todos os dias em contentores para a sua recolha ou enterrados num poço criado para a sua eliminação.
- Quando não se alcança o nível mínimo de eliminação de detritos médicos, os pais, as outras pessoas com crianças a seu cargo e as próprias crianças estão conscientes do perigo inerente a tocarem em agulhas hipodérmicas e pensos procedentes de instalações médicas.

5. Escoamento

- As zonas próximas dos abrigos e dos locais de distribuição de água não contêm águas residuais estagnadas e os canais locais de desaguamento da água da chuva são mantidos destapados.
- Há procura de ferramentas para obras de escoamento.
- As pessoas evitam entrar em águas que apresentam riscos de esquistosomiase.

6. Funerais

- As pessoas contam com os recursos e a informação necessários para celebrar os funerais de forma a respeitarem as suas práticas culturais e sem criar riscos para a saúde.

Norma 2 relativa ao fomento da higiene: implementação do programa

Em todas as instalações e recursos fornecidos serão tidas em conta as vulnerabilidades, as necessidades e as preferências de todos os sectores da população afectada. Os utilizadores devem participar na gestão e manutenção das instalações de higiene, quando apropriado.

Indicadores-chave

- Os principais riscos para a saúde pública são identificados em avaliações e nos objectivos para actividades no âmbito do fomento da higiene.
- O processo de concepção e implementação de programas de abastecimento de água e saneamento inclui um mecanismo que permite a intervenção representativa de todos os utilizadores.
- Todos os grupos da população têm acesso aos recursos ou instalações necessários para a execução das práticas de higiene fomentadas.
- As campanhas de fomento da higiene orientam-se sobretudo para os comportamentos principais de importância no âmbito da saúde pública e têm como alvo grupos prioritários.
- As mensagens e informação relativas a higiene e comportamento são entendidas e aceites pelo público a que se destinavam.
- Os utilizadores são responsáveis pela gestão e manutenção dos sistemas de abastecimento de água e saneamento conforme é considerado adequado.

Notas de orientação

1. **As práticas de higiene são da responsabilidade das organizações humanitárias e da população afectada:** à semelhança de todas as restantes normas, não será estritamente necessária a intervenção das organizações humanitárias no que concerne à divulgação das práticas de higiene. No entanto, estes são pontos que precisam de ser controlados para que se possa agir se necessário. Em última análise, a responsabilidade das práticas de higiene pertence aos membros da população afectada. A responsabilidade das organizações humanitárias é a adopção de práticas de higiene por parte da população tornando-lhe acessível os conhecimentos e instalações necessários e garantindo que tal objectivo é atingido. Como tal, as mulheres deverão ser encorajadas a desenvolver mensagens sobre higiene, a distribuir materiais relacionados e a participar no abastecimento da população afectada a que pertencem.
2. **Riscos e comportamentos prioritários de higiene:** os objectivos das actividades de fomento da higiene e estratégias de comunicação deverão ser perfeitamente definidos a fim de evitar que as principais mensagens se diluam, criando confusão nas pessoas ou chegando às pessoas erradas. O conhecimento adquirido com a avaliação dos riscos

de higiene deverá ser usado para planear e estabelecer as prioridades da assistência material, de forma a que seja criado um eixo de informação entre as organizações e a população afectada. É necessária uma avaliação para identificar os principais hábitos de higiene que deverão ser abordados e as probabilidades de êxito das campanhas de fomento da higiene. Esta avaliação deverá ter em conta os recursos disponíveis da população, assim como os seus hábitos de higiene de forma que seja fomentado o que realmente pode ser levado a cabo e não o impossível.

3. **Chegar a todos os sectores da população:** as mensagens que promovem os hábitos de higiene devem ser transmitidas por pessoas que tenham acesso a todos os membros da população. Por exemplo, nalgumas culturas não é aceitável que as mulheres falem com homens desconhecidos. Os materiais de divulgação deverão ser criados de forma a que sejam também compreendidos pelos membros não alfabetizados da população.

8 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Todos os aspectos da assistência humanitária dependem da qualificação, dos conhecimentos e do empenho dos funcionários e voluntários que exercem a sua actividade em condições difíceis e por vezes de insegurança. As exigências a que estão sujeitos são consideráveis e para que possam levar a cabo o seu trabalho de forma a atingir níveis mínimos de qualidade, é necessário que tenham uma experiência e uma formação adequadas e que sejam dirigidos e apoiados de forma correcta pela organização a que pertencem.

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de abastecimento de água e saneamento são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequadas para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Indicadores-chave

- Todos os funcionários a exercerem actividades num programa de abastecimento de água e saneamento estão informados dos objectivos das actividades que executam e dos métodos para as levar a cabo.
- As avaliações, a concepção de programas e a tomada das principais decisões técnicas são da responsabilidade de funcionários com as qualificações técnicas necessárias e com experiência em situações de emergência.

- Os funcionários e os voluntários estão a par das questões de género que dizem respeito à população afectada. Sabem como apresentar relatórios sobre incidentes que envolvem violência sexual.
- Os funcionários com responsabilidades técnicas e de direcção têm apoio para fundamentar as suas decisões e verificar o seu cumprimento.
- Os funcionários ou os voluntários envolvidos na recolha de informação recebem instruções detalhadas e são supervisionados regularmente.
- Os funcionários ou os voluntários envolvidos na educação no âmbito das práticas de higiene têm capacidade ou aptidão para esta actividade e são sujeitos a uma formação e uma supervisão adequadas.
- Os funcionários e os voluntários envolvidos na construção ou outras actividades manuais são formados, supervisionados e equipados em conformidade, de modo a assegurar que o seu trabalho é levado a cabo de forma eficiente e em segurança.

Notas de orientação

1. **Consultar:** ODI/ People In Aid (1998) (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal da Ajuda Humanitária).
2. **Características do pessoal:** os funcionários e os voluntários devem revelar capacidades à altura das suas respectivas missões. Além disso, devem estar ao corrente dos principais aspectos das convenções dos direitos humanos, do direito humanitário internacional e dos Princípios Orientadores para Deslocações Internas (consultar a Carta Humanitária).

É importante que seja proporcionada formação e apoio como parte de preparação para situações de emergência de forma a garantir a disponibilidade dos funcionários para desenvolverem um trabalho de qualidade. Uma vez que muitos países não estão preparados para situações de emergência, as organizações humanitárias devem seleccionar pessoal qualificado e competente antes deste ser destacado para uma situação de emergência.

As organizações humanitárias devem assegurar um equilíbrio entre o número de mulheres e homens nas equipas de emergência quando estas são destacadas para o terreno

Apêndice 1

Questionário para a Avaliação das Necessidades Iniciais em Matéria de Abastecimento de Água e Saneamento

A seguinte lista tem como finalidade a avaliação das necessidades, a identificação dos recursos existentes e a descrição das condições locais. A lista não inclui questões para determinar os recursos externos necessários para além daqueles existentes e disponíveis no local.

1. Questões de âmbito geral

- Quantas são as pessoas afectadas e onde se encontram?
- Quais as movimentações mais previsíveis da população? Quais são os factores relativos à segurança para as pessoas afectadas e para as eventuais equipas de intervenção?
- Quais são as doenças relacionadas com a água ou saneamento existentes ou que podem vir a constituir uma ameaça? Qual é a distribuição e a evolução prevista dos problemas?
- Quais as principais pessoas a contactar ou consultar?
- Quais as pessoas vulneráveis entre a população? Quais os riscos especiais em matéria de segurança para as mulheres e as adolescentes?

2. Abastecimento de água

- Qual é actual fonte de água?
- Qual a quantidade de água disponível por pessoa por dia?
- Qual é a frequência diária/ semanal do abastecimento de água?
- A água disponível é suficiente para garantir as necessidades a curto e longo prazo?
- Existem locais de recolha de água suficientemente perto do local onde vivem os utilizadores? São seguros?
- O abastecimento de água actual é seguro? Quanto tempo vai durar ?
- As pessoas têm recipientes de água suficientes e do tipo e tamanho adequados?

- A fonte de água está contaminada ou corre o risco de contaminação (microbiológica e química/ radiológica)?
- É necessário o tratamento da água? O tratamento é possível? Qual o tratamento necessário?
- É necessária a desinfecção da água mesmo que não esteja contaminada?
- Existem outras fontes de água nas imediações?
- Existe algum obstáculo à utilização das fontes disponíveis?
- É possível mudar a população para outro local se as fontes de água forem consideradas inadequadas?
- É possível armazenar água em tanques se as fontes de água forem consideradas inadequadas?
- Quais as principais questões relacionadas com a higiene no que toca ao abastecimento de água?
- Nesta situação, as pessoas têm meios para utilizar a água em condições de higiene adequadas?

3. Evacuação de excrementos

- Qual é a prática actual de defecação? Se se trata de defecação em área aberta, existe alguma área delimitada? É segura?
- Existe algum tipo de instalações? Em caso afirmativo, são utilizadas? São suficientes e funcionam bem? É possível a sua ampliação ou adaptação?
- A prática actual de defecação constitui um perigo para o abastecimento de água ou áreas de habitação?
- A prática actual de defecação constitui um perigo para a saúde dos utilizadores?
- A população está familiarizada com a construção e utilização de latrinas?
- As pessoas estão preparadas para utilizar latrinas, campos de defecação, valas, etc.?
- Quais as crenças e práticas actuais, incluindo as práticas próprias dos membros de cada sexo no que diz respeito à evacuação das excrementos?

- Existe espaço suficiente para zonas de defecação em áreas abertas, latrinas de poço, etc.?
- Qual é a inclinação do terreno?
- Qual a profundidade do lençol freático?
- As condições do solo são apropriadas para a evacuação de excrementos no local?
- Quais os materiais disponíveis no local para a construção de latrinas?
- As práticas actuais de evacuação de excrementos favorecem o aparecimento de vectores?
- As pessoas têm acesso a água e sabão para lavarem as mãos após a defecação?
- Existem materiais e água disponíveis para a higiene anal?
- De que forma lidam as mulheres com as questões relacionadas com a menstruação? Existem materiais e instalações disponíveis para esse fim?

4. Doenças transmitidas por vectores

- Quais são os riscos de doenças transmitidas por vectores? Qual o grau de gravidade desses riscos? (consultar secção Luta antiveccorial para determinar os riscos.)
- Se os riscos de doenças transmitidas por vectores são elevados, as pessoas expostas a um maior grau de risco têm acesso a uma protecção individual?
- É possível alterar o meio local (através de escoamentos, eliminação de matos, evacuação de excrementos, remoção de detritos, etc.) a fim de evitar a reprodução de vectores?
- É necessário recorrer a meios químicos para combater os vectores? Quais os programas, regulamentações e recursos disponíveis para a luta antiveccorial e utilização de químicos?
- Que informação e precauções devem ser transmitidas às famílias?

5. Eliminação de resíduos sólidos

- Os resíduos sólidos constituem um problema?
- Como é que as pessoas eliminam os seus resíduos sólidos?
- Qual o tipo e quantidade de resíduos sólidos produzidos?

- É possível eliminar localmente os resíduos sólidos ou é necessária a sua recolha e transporte para eliminação noutra local?
- Existem instalações e actividades médicas que produzem resíduos? De que forma está a ser efectuada a sua eliminação? Quem é o responsável?

6. Escoamento

- O escoamento constitui um problema? (Inundação dos abrigos e latrinas, locais de reprodução de vectores, água poluída que contamina áreas de habitação ou fontes de água.)
- As pessoas têm os meios necessários para proteger os seus abrigos e latrinas das inundações locais?

Apêndice 2

Quantidades de Água Adicionais ao Prescrito na Norma Mínima sobre o Consumo Doméstico Básico

Latrinas públicas	1-2 litros/ utilizador/ dia para lavar as mãos 2-8 litros/ cubículo/ dia para limpeza das latrinas
Todas as latrinas	20-40 litros/ utilizador/ dia para latrinas com descarga normal 3-5 litros/ utilizador/ dia para latrinas de sifão
Higiene anal	1-2 litros/ utilizador/ dia
Centros de saúde e hospitais	5 litros/ paciente ambulatório 40-60 litros/ paciente internado/ dia Poderão ser necessárias quantidades adicionais para determinado tipo de equipamento de lavandaria, latrinas, etc.
Centros de tratamento de cólera	60 litros/ paciente/ dia 15 litros/ enfermeiro/ dia
Centros de alimentação terapêutica	15 -30 litros/ utilizador/ dia 15 litros/ enfermeiro/ dia
Gado	20-30 litros/ animal grande ou médio/ dia 5 litros/ animal pequeno/ dia

Apêndice 3

Práticas Adequadas para os Programas de Abastecimento de Água e Saneamento

De forma a apoiar a execução das normas, os programas de emergência de abastecimento de água e saneamento deveriam incluir os seguintes elementos de prática adequada:

- Responder às necessidades não satisfeitas determinadas por uma avaliação levada a cabo conforme as normas mínimas (consultar secção Análise).
- Consultar e encorajar as mulheres na elaboração dos objectivos e identificação das questões fundamentais de saúde pública relacionadas com as necessidades específicas das mulheres.
- Ter como base objectivos claros que tenham como alvo os problemas prioritários da saúde pública.
- Assegurar a aplicação sustentada e equitativa das normas mínimas ou mais num período de três a seis meses.
- Existir uma coordenação a assegurar a satisfação das necessidades e evitar omissões ou sobreposições.
- Assegurar um escalonamento adequado, que atenda as necessidades imediatas e assegure as normas mínimas, dando prioridade às necessidades mais importantes em cada momento.
- Delinear formas de controlo sistemático para assegurar o sucesso das actividades planeadas e permitir alterações oportunas no programa quando tal se considera necessário (consultar normas de Análise).
- Contar com a participação de um segmento representativo da população afectada, com um número equilibrado de homens e mulheres, na adopção, tomada de decisões e implementação de projectos (concepção, construção, funcionamento e manutenção), de acordo com as suas capacidades para participar nessas actividades.
- Complementar e desenvolver as capacidades locais, respeitar programas locais e envolver as autoridades locais de forma adequada.
- Considerar o contexto local (económico, social, político e ambiental) no planeamento e execução.

- Reconhecer as necessidades da população local, assim como das pessoas directamente afectadas pelo desastre, incluindo formas de evitar a contaminação do sistema de abastecimento de águas local.
- Utilizar equipamento e disponibilizar instalações que se enquadrem nas práticas tradicionais da população afectada e que garantam um mínimo de dignidade e conforto.
- Ter em conta as necessidades diversas de grupos sociais distintos, tanto ao nível familiar como da população em geral, e o impacto que o programa terá sobre eles.
- Tentar ter um impacto imediato, mas tendo sempre em conta uma perspectiva a longo prazo, e criar as condições necessárias e favoráveis a um futuro desenvolvimento positivo.
- Assegurar a segurança dos funcionários, dos voluntários e doutros membros da população afectada que tenham intervenção na implementação do programa e em actividades participativas.
- Recorrer a pessoal com qualificações e experiência adequados ao desenvolvimento das tarefas em questão e que são correctamente dirigidos e apoiados.
- Utilizar equipamento e técnicas cuja gestão e manutenção possa ser efectuada através das capacidades e dos recursos locais.

Apêndice 4

Bibliografia Seleccionada

Almedom, A, Blumenthal, U e Manderson, L (1997), *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices* (Procedimentos de Avaliação da Higiene: Abordagens e Métodos para a Avaliação das Práticas de Higiene Relacionadas com o Abastecimento de Água e Saneamento). International Nutrition Foundation for Developing Countries (Fundação Internacional de Nutrição para os Países em Vias de Desenvolvimento). Disponível através de: London School of Hygiene and Tropical Medicine (Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres), Keppel Street, London WC1, UK.

Cairncross, S e Feachem, R (1993), *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text* (Engenharia de Saúde Ambiental nos Trópicos- Introdução ao Tema). John Wiley and Sons. Chichester.

Davis, J e Lambert, R (1995), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers* (Engenharia em Situações de Emergência: Guia Prático dos Funcionários Responsáveis pela Prestação de Auxílio). RedR/ IT Publications. Londres. Esta obra contém toda a informação de referência sobre todas as áreas incluídas nas normas para este sector.

House, S e Reed, R (1997), *Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment* (Fontes de Água em Situação de Emergência: Instruções para Selecção e Tratamento). WEDC. Universidade de Loughborough. Loughborough.

MSF (1992), *Public Health Technician in Emergency Situation* (O Técnico de Saúde Pública em Situações de Emergência). Primeira Edição. Médicos sem Fronteiras. Paris.

Overseas Development Institute/ People In Aid (1998), *People In Aid: Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel* (Pessoas em Missões de Ajuda: Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária). ODI/ People In Aid (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid). Londres.

Pesigan, A M e Telford, J (1996), *Needs and Resources Assessment. In: Preliminary Proceedings of the First International Emergency Settlement*

Conference: New Approaches to New Realities, Topic 3 (Necessidades e Avaliação de Recursos. In: Procedimentos Preliminares para a Primeira Conferência Internacional de Intervenção em Situação de Emergência: Novas Abordagens a Novas Realidades, Tópico 3). University of Wisconsin Disaster Management Center (Centro de Gestão de Situações de Desastre da Universidade do Wisconsin).

Pickford, J (1995), *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience* (Saneamento de Baixo Custo: Um Estudo sobre a Experiência Prática). IT Publications. Londres.

Thomson, M (1995), *Disease Prevention through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations* (Prevenção de Doenças através do Controlo de Vectores: Orientações para Organizações de Auxílio). Oxfam. Oxford.

UNHCR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women* (Orientações para a Protecção de Mulheres Refugiadas). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1982), *Handbook for Emergencies* (Manual para Situações de Emergência). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNCHR (1994), *Technical Approach: Environmental Sanitation* (Abordagem Técnica: Saneamento Ambiental). SPAT/ ACNUR. Genebra.

UNCHR (1992), *Water Manual for Refugee Situations* (Manual sobre Água para Situações de Refugiados). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

WCRWC/ UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement* (As Dimensões por Género das Deslocações Internas). Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas). Nova Iorque.

WHO (1984), *Guidelines for Drinking Water Quality*, Vol. I (Orientações para a Qualidade da Água Potável), Vol I. OMS – Organização Mundial de Saúde. Genebra.

Normas Mínimas em Matéria de Nutrição

Índice

Introdução	71
1. Análise	74
2. Apoio Geral à População em Matéria de Nutrição	90
3. Apoio Nutricional aos que Sofrem de Subnutrição	104
4. Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos	110
Apêndice 1: Definições	114
Apêndice 2: Necessidades Nutricionais	121
Apêndice 3: Valores Provisionais de Densidade Nutricional	122
Apêndice 4: Bibliografia Seleccionada	123

Nos Anexos 1 e 2 do final da obra poderá consultar, respectivamente, o glossário geral e uma lista de siglas.

Normas Mínimas em Matéria de Nutrição

Introdução

As Normas Mínimas em Matéria de Nutrição são uma expressão prática dos princípios e direitos enunciados na Carta Humanitária. A Carta concentra a sua atenção nos requisitos fundamentais para manter as vidas e a dignidade das pessoas afectadas por catástrofes ou conflitos, segundo o consignado no conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos, no direito humanitário internacional e no direito relativo aos refugiados. É sobre esta base que as organizações humanitárias oferecem os seus serviços. Estas organizações comprometem-se a actuar de acordo com os princípios de humanidade e imparcialidade e com os restantes princípios definidos no Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre. A Carta Humanitária reafirma a importância fundamental de três princípios-chave:

- o direito à vida com dignidade
- a distinção entre combatentes e não-combatentes
- o princípio de non-refoulement

As normas mínimas dividem-se em duas grandes categorias: aquelas relacionadas directamente com os direitos das pessoas; e aquelas relacionadas com a actuação das organizações que contribuem para que as pessoas usufruam desses direitos. Algumas das normas mínimas combinam ambas as categorias.

1 A importância da nutrição em situações de emergência

O acesso aos alimentos e a manutenção de um estado nutricional adequado são factores decisivos para a sobrevivência das pessoas nas fases iniciais de uma situação de emergência. A subnutrição pode ser o problema de saúde pública mais grave e uma das principais causas de morte, quer seja directa

ou indirectamente. Normalmente, os mais afectados são as crianças dos 6 meses aos 5 anos de idade, embora os bebés mais pequenos, as crianças mais velhas, os adolescentes, as mulheres grávidas, as mães a amamentar e outros adultos também possam ser afectados.

O objectivo dos programas de nutrição é corrigir e prevenir a subnutrição. Nos programas destinados a corrigir a subnutrição cabem várias opções como a alimentação apropriada, o tratamento médico e/ ou a assistência de apoio. O objectivo dos programas de prevenção é conseguir que a população tenha acesso equitativo a alimentos de qualidade adequada em quantidade suficiente, bem como aos meios e conhecimentos pertinentes para os preparar e consumir em condições de segurança e ainda que as pessoas recebam o apoio nutricional necessário.

Dado que as mulheres habitualmente assumem a responsabilidade geral pela alimentação da família, têm uma importante função a cumprir contribuindo para que os programas de nutrição sejam equitativos, apropriados e de fácil acesso. Por exemplo, podem proporcionar informações valiosas sobre as hierarquias na alimentação e sobre a forma como a população afectada adquire os alimentos; também podem contribuir para a compreensão das funções que se atribuem a homens e mulheres e das práticas culturais que afectam a forma de acesso dos diferentes membros da população aos programas de nutrição. Por isso, é importante fomentar a participação das mulheres na concepção e implementação dos programas de nutrição sempre que isso seja possível.

2 Guia para este capítulo

Este capítulo está dividido em quatro secções, cada uma das quais inclui o seguinte:

- **As normas mínimas:** especificam os níveis mínimos a alcançar em cada área.
- **Indicadores-chave:** são “sinais” que permitem verificar se a norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou métodos, utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.
- **Notas de orientação:** incluem referências a aspectos concretos que é preciso ter em consideração ao aplicar a norma em diferentes situações; orientações acerca do melhor modo de resolver dificuldades de ordem prática e aconselhamento sobre questões de carácter prioritário. Também podem incluir comentários sobre questões de especial importância referentes à norma ou aos indicadores, e assinalar problemas, controvérsias ou lacunas no conhecimento actual sobre

determinada matéria. Preencher estas lacunas ajudará a melhorar as normas mínimas em matéria de nutrição no futuro.

As três primeiras secções deste capítulo (Análise, Apoio Geral à População em Matéria de Nutrição e Apoio Nutricional aos que Sofrem de Subnutrição) reflectem o processo lógico que costumam seguir os nutricionistas ao fazer face a uma nova situação de emergência. Em primeiro lugar, têm de compreender a natureza do problema. Em segundo lugar, ocupam-se do grupo mais numeroso (ou seja, a população em geral) para evitar uma maior deterioração da situação; e em terceiro lugar, tomam medidas para reduzir os riscos de morte e doença das pessoas que já se encontram subnutridas. A quarta secção, Capacidade e Formação, em Matéria de Recursos Humanos aplica-se a todo o trabalho e lida com questões relacionadas com a capacidade humana exigida para a implementação eficaz dos programas de nutrição.

Existem quatro apêndices, nos quais são apresentadas as definições de termos e siglas; as necessidades nutricionais mínimas das populações afectadas por uma situação de emergência; densidades mínimas de nutrientes relativos a minerais não incluídos no Apêndice 2, e uma bibliografia seleccionada.

Quando necessária é feita referência às normas técnicas de outros sectores para sublinhar a ligação estreita do trabalho num sector com o trabalho noutros sectores e para salientar que o progresso numa área depende do progresso alcançado noutras áreas.

Em particular, há uma estreita ligação entre as normas do sector da nutrição e as do sector de ajuda alimentar. Ambos os sectores sobrepõem-se no que diz respeito à informação exigida para avaliar a situação e determinar as necessidades. Há também aspectos comuns relativamente à definição das necessidades nutricionais (logo, alimentares).

Os dois sectores são apresentados em capítulos separados por três razões. Em primeiro lugar, a nutrição em situações de emergência ultrapassa a adopção de decisões acerca das necessidades de ajuda alimentar. Em segundo lugar, a programação da ajuda alimentar implica exigências concretas em relação aos procedimentos de gestão financeira e logística; a fusão de ambos os sectores resultaria num capítulo demasiado extenso e alargado. Em terceiro lugar, a nutrição está associada a questões mais alargadas de segurança alimentar do que a mera ajuda alimentar. Como a ajuda alimentar pode ser um dos componentes de uma resposta em matéria de segurança alimentar, são necessárias outras normas que abarquem esta área.

As Normas Mínimas

1 Análise

A nutrição não é um tema que possa ser considerado de forma isolada. A saúde, a agricultura, a água, a economia, as crenças religiosas e tradicionais, as práticas sociais e os sistemas de segurança social são alguns dos factores mais importantes que têm influência na situação nutricional. A análise das causas subjacentes da subnutrição pode ser um processo complexo, mas é indispensável para se poder garantir o estabelecimento de programas eficazes.

Os programas destinados a satisfazer as necessidades das populações afectadas por desastres devem basear-se numa compreensão profunda da situação actual, incluindo os factores políticos e os factores relacionados com a segurança, bem como da evolução prevista. As pessoas afectadas por desastres, as organizações humanitárias, os doadores e as autoridades locais têm de saber que as intervenções são adequadas e eficazes. Por isso, a análise dos efeitos do desastre e do impacto do próprio programa de nutrição são factores críticos. Se o problema não for identificado e compreendido correctamente, será difícil, ou até impossível, apresentar uma resposta certa.

A aplicação de métodos de análise normalizados em todos os sectores considerados é de grande utilidade para determinar rapidamente as necessidades humanitárias mais graves e para garantir a mobilização dos recursos mais adequados. Nesta secção são apresentadas normas e indicadores acordados para a recolha e análise de informação com o objectivo de determinar necessidades, elaborar programas, controlar e avaliar a sua eficácia e assegurar a participação da população afectada.

As normas relativas à análise aplicam-se antes de iniciar qualquer programa e ao longo de todo o ciclo do programa. A análise começa com uma avaliação inicial imediata que permite determinar a magnitude do desastre e decidir se se deve e como se deve intervir. Prossegue com o controlo, que permite saber em que medida o programa contribui para a satisfação das necessidades existentes e determinar se são necessárias alterações. Em

seguida, realiza-se uma avaliação posterior a fim de determinar o grau de eficácia global do programa e extrair lições para o futuro.

Para obter um conhecimento profundo dos problemas e conseguir que a assistência humanitária seja prestada de forma coordenada, é fundamental que todos os interessados partilhem a informação e os conhecimentos pertinentes. Registrar e difundir a informação resultante do processo de análise contribui para uma ampla compreensão das consequências adversas para a saúde pública e outras consequências dos desastres, e pode ajudar no desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção de desastres e atenuação das suas consequências.

O enquadramento operacional da UNICEF para a nutrição em situações de emergência foi utilizado como base para as normas desta secção. Consultar o diagrama abaixo apresentado.

Antes de ler esta secção, é conveniente remeter para as definições dos termos *acesso*, *segurança alimentar*, *subnutrição* e *ambiente social e de cuidados* no Apêndice 1.

Modelo Conceptual das Causas de Subnutrição em Situações de Emergência



Adaptado da UNICEF (1997) e da Oxfam (versão preliminar de 1997).

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Todas as decisões relativas ao programa devem basear-se numa compreensão profunda da situação em matéria de nutrição e das condições que podem criar riscos de subnutrição.

Indicadores-chave

- Procede-se de imediato a uma avaliação inicial segundo os procedimentos internacionalmente aceites, tarefa que deverá ser executada por pessoal com a experiência adequada.
- A avaliação inicial é realizada em cooperação com uma equipa multi-sectorial (água e saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e saúde), as autoridades locais, mulheres e homens da população afectada e as organizações humanitárias que tencionam dar resposta à situação.
- Na avaliação inicial são consideradas as normas nacionais em matéria de nutrição do país onde ocorreu o desastre e as normas do país onde é prestada a assistência humanitária, caso sejam diferentes.
- São tidas em consideração as necessidades dos grupos expostos a danos adicionais.
- A informação é recolhida e apresentada de forma a permitir que o processo de tomada de decisões seja coerente e transparente.
- Os dados são distribuídos segundo o sexo e a idade.
- É elaborado um relatório de avaliação inicial, abrangendo as seguintes áreas:

- Causas básicas da subnutrição:

Recursos humanos, estruturais, naturais e económicos.

O contexto político e de segurança.

Infra-estrutura formal e informal.

Movimentos da população e limitações da liberdade de circulação.

- Causas subjacentes da subnutrição:

Segurança alimentar.

Saúde pública.

Condições sociais e de cuidados.

- **Consequências do stress nutricional:**

Subnutrição.

Mortalidade.

Morbilidade.

- Em situações de insegurança predominante, a avaliação inicial inclui uma análise dos factores que incidem na segurança pessoal e geral da população afectada.
- São feitas recomendações acerca da necessidade de assistência externa.
- As conclusões da avaliação inicial são disponibilizadas a outros sectores, às autoridades nacionais e locais, às organizações humanitárias participantes e a representantes de ambos os sexos da população afectada.

Notas de orientação

1. **Procedimentos de avaliação inicial aceites internacionalmente:** consultar MSF (1995), Save the Children Fund (1995), Young (1992) e WFP/ UNHCR (Dezembro de 1997).
2. **Rapidez de resposta:** a rapidez de resposta é um aspecto essencial da avaliação inicial, tarefa que deve ser levada a cabo o mais cedo possível após o desastre. Se for necessário, devem ser satisfeitas de imediato e simultaneamente as necessidades mais prementes. Regra geral, deve ser elaborado um relatório no espaço de uma semana a contar da chegada aolocal do desastre, embora isso dependa das circunstâncias particulares e da situação em geral.
3. **Participantes na avaliação inicial:** nesta tarefa, devem ser incluídas pessoas capazes de obter informação junto de todos os grupos da população afectada de forma culturalmente aceitável, em especial no que diz respeito à análise de questões relacionadas com o género e às competências linguísticas. O ideal seria que participasse um número equilibrado de homens e mulheres.
4. **Processo de avaliação inicial:** antes de começar o trabalho no terreno, todos os participantes devem chegar a acordo quanto ao procedimento a adoptar para realizar a avaliação inicial, devendo igualmente ser distribuídas as tarefas respectivas específicas.
5. **Fontes de informação:** é possível compilar informação para o relatório de avaliação inicial a partir de publicações disponíveis, material

histórico pertinente, dados relativos à situação anterior à emergência e também a partir de conversas com pessoas idóneas, bem informadas, incluindo os doadores, os funcionários das organizações humanitárias e da administração pública nacional, os especialistas locais, os dirigentes de ambos os sexos da comunidade, os idosos, o pessoal clínico participante, os professores, os comerciantes, etc. Poderão ser fontes úteis de dados sobre a situação anterior ao desastre os registos de dados da vigilância sanitária e nutricional; os relatórios sobre sondagens demográficas e sanitárias do país de origem (produzidos pela Macro International); os relatórios do sistema de informação sobre nutrição dos refugiados (CAC/ Subcomissão para a Nutrição); as bases de dados (por ex., a MEDLINE) sobre documentos e obras publicadas, de ministérios ou universidades pertinentes; e material proveniente de organismos das Nações Unidas, organizações doadoras e organizações não-governamentais que já estejam a trabalhar com a população. Os planos nacionais ou regionais de preparação para casos de desastre também podem constituir uma fonte de grande utilidade. As discussões em grupo com membros da população afectada podem proporcionar informação útil sobre práticas e crenças.

Tanto os métodos utilizados para obter informação como os limites da sua fiabilidade devem ser comunicados com clareza. Nunca se deve apresentar a informação de tal forma que dê uma imagem errada da situação real.

6. **Relatório de avaliação inicial:** o relatório de avaliação inicial deve clarificar a forma como foi recolhida a informação e que insuficiências será preciso colmatar na etapa seguinte de concepção do programa. Na exposição sobre as causas subjacentes da subnutrição é conveniente assinalar se é provável que algum problema nutricional já existente, incluindo carências de micronutrientes, possa ter-se agravado devido à situação de emergência, e se existem grupos que possam enfrentar um maior stress nutricional (por exemplo, mulheres grávidas e mães a amamentar, adolescentes, menores não acompanhados, crianças, idosos ou pessoas com deficiências).
7. **Questões implícitas:** o conhecimento dos direitos das pessoas afectadas por desastres, em conformidade com o direito internacional, deve servir de base à avaliação inicial. Tanto esta como a análise posterior devem revelar um conhecimento apropriado dos problemas estruturais, políticos, de segurança, económicos, demográficos e

ambientais subjacentes que incidem na zona. É vital ter em conta a experiência prévia e as opiniões das pessoas afectadas ao analisar a dinâmica e o impacto da nova situação de emergência. Por isso mesmo, é preciso contar com a competência técnica e os conhecimentos locais, tanto na recolha de dados como na análise dos recursos, capacidades, vulnerabilidades e necessidades. Devem também ser consideradas as condições de vida actuais e no período antes da situação de emergência da população deslocada e não-deslocada da zona. Há também que ter em conta os papéis que cabem às pessoas de um e de outro sexo no sistema social, incluindo as práticas culturais que favorecem a vulnerabilidade nutricional da mulher. Por exemplo, em certas culturas as mulheres comem depois de todas as outras pessoas.

8. **Recuperação:** na avaliação inicial devem ser recolhidas ideias e análises relativamente ao período de recuperação posterior ao desastre, de forma a que as intervenções destinadas a satisfazer as necessidades imediatas sirvam para favorecer a recuperação da população afectada.

Norma 2 relativa à análise: resposta

Se for necessária uma intervenção em matéria de nutrição, deve-se poder contar com uma clara descrição do(s) problema(s) e com uma estratégia documentada para a resposta.

Indicadores-chave

- Está disponível informação sobre as seguintes causas subjacentes da subnutrição e essa informação é analisada no que diz respeito à natureza e à gravidade do(s) problema(s) e às pessoas mais afectadas:
 - A segurança alimentar (regional, de subgrupos, de agregados familiares, individual): por ex., mercados, produção, gado, bens, remessas, emprego, colheita de alimentos, suficiência de alimentos (consultar Apêndice 2 deste capítulo para mais informação sobre as necessidades nutricionais básicas da população), preparação de alimentos, combustível, amamentação, carências endémicas de micronutrientes, etc.

- Saúde pública: por ex., padrões de doenças; cuidados médicos; factores de risco ambientais: água, saneamento, doenças transmitidas por vectores, carga parasitária média; medidas de higiene; práticas de medicina tradicional, etc. (Consultar o capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento, e o capítulo 5, Cuidados Médicos.)
- Condições sociais e de cuidados: especialmente no que toca a grupos marginalizados ou separados; mulheres e adolescentes grávidas; mães a amamentar; práticas de alimentação de bebés e crianças pequenas, condições dos abrigos/ densidade populacional; sistemas de apoio social, etc.
- Nas estratégias de implementação são tidos em conta os seguintes elementos:
 - O número previsto de pessoas afectadas e as características demográficas.
 - A estrutura social e política da população.
 - A atenção especial aos grupos de risco.
 - O acesso à população afectada e as limitações da sua liberdade de circulação.
 - As condições políticas, de segurança e operacionais.
 - As políticas existentes em matéria de nutrição.
 - As capacidades e os recursos locais.
 - A infra-estrutura local e as instalações e serviços existentes.
 - As possíveis implicações e impacto ambiental a longo prazo que podem ter as intervenções propostas.

Notas de orientação

1. **Consultar também:** notas de orientação para a Norma 1 relativa à análise, acima referida.
2. **As fontes de informação para estes indicadores podem incluir:** o relatório de avaliação inicial; as actas das reuniões de coordenação; as propostas de projecto; a análise dos dados pertinentes existentes, por ex., controlo sanitário e nutricional; contagem de enterros, etc. Esta informação pode ser complementada com a recolha de dados quantitativos e/ ou qualitativos para fazer uma análise mais detalhada do problema. Devem ser respeitados os princípios básicos da transparência, validade e fiabilidade, e existem muitos tipos diferentes de protocolos de avaliação que facilitam a obediência a estes princípios. Quando se realizam estudos antropométricos, os resultados devem ser interpretados à luz de outros factores relacionados com a segurança alimentar, a saúde pública e as condições sociais e de cuidados.
3. **Utilização de diferentes tipos de informação:** os indicadores correspondentes à concepção de programas são apresentados em separado, mas na prática talvez seja necessário considerar ao mesmo tempo vários tipos de informação. Por exemplo, a informação que serve para seleccionar os produtos de um programa de ajuda alimentar deveria ser considerada em conjunto com os factores que determinam o método de distribuição. O sistema de avaliação e análise não é rígido, mas sim flexível, e existem muitos elos e sobreposições que é preciso compreender e integrar.
4. **Análises e métodos fiáveis:** a informação e os métodos fiáveis utilizados devem ser acompanhados de uma análise documentada. As conclusões de toda a avaliação devem ter uma coerência interna, basear-se claramente na informação recolhida e estar ligadas à base teórica existente. (Consultar a norma 1 relativa à análise e o enquadramento operacional acima citados).
5. **Previsão das necessidades:** para avaliar até que ponto as pessoas conseguem satisfazer as suas necessidades nutricionais, é preciso dispor de um ponto de referência para comparação. Esse ponto de referência baseia-se nas actuais necessidades médias para grupos populacionais determinadas pela WHO (OMS), UNHCR (ACNUR) e WFP (PMA) (consultar o Apêndice 2 deste capítulo). No entanto, antes de utilizar essas indicações, há que considerar dois pontos importantes:

Em primeiro lugar, as necessidades médias per capita para grupos populacionais incluem as necessidades de todos os grupos etários e de ambos os sexos. Em consequência, as indicações não se referem a nenhum grupo etário/ sexual em particular e não devem ser utilizadas para avaliar as necessidades específicas de um indivíduo.

Em segundo lugar, as indicações baseiam-se numa série de pressupostos que, a menos que sejam válidas para a população em questão, podem conduzir a erros. Os cálculos para essas indicações foram baseados num determinado perfil demográfico:

Grupo	Percentagem da população
0-4 anos:	12,37
5-9 anos:	11,69
10-14 anos:	10,53
15-19 anos:	9,54
20-59 anos:	48,63
+60 anos:	7,24
grávidas:	2,4
mães a amamentar:	2,6
Homens/ mulheres:	50,84 / 49,16

(Consultar: WFP/ UNHCR (Dezembro de 1997) e WHO (1997).

A estrutura demográfica varia de uma população para outra, o que afectará as necessidades nutricionais da população em causa. Por exemplo, se 26% de uma população de refugiados é menor de 5 anos, e a população é composta por 50% de homens e 50% de mulheres, a necessidade nutricional é reduzida a 1.940 kcals.

Assim, as estimativas das necessidades nutricionais devem ser utilizadas com base na informação específica do contexto em causa. Isto permite verificar a validade dos pressupostos em que se baseiam. É necessário dispor de informação sobre:

- O tamanho da população.
- A estrutura demográfica da população, em particular a percentagem de crianças menores de 5 anos e a percentagem de mulheres.
- O peso médio dos adultos e o peso corporal actual, habitual ou desejável. As necessidades aumentarão se o peso médio corporal dos homens adultos exceder os 60 kg e o peso médio das mulheres adultas exceder os 52kg.
- Os níveis de actividade necessários para manter uma vida produtiva. As necessidades aumentarão se os níveis de actividade ultrapassarem certos valores (i.e. 1,55 x Índice de Metabolismo Basal no caso dos homens e 1,56 x Índice de Metabolismo Basal no caso das mulheres).
- A temperatura média e o grau de adequação dos abrigos e da roupa. As necessidades aumentarão se a temperatura ambiente média for inferior a 20°C.
- As necessidades não-nutricionais que afectam as necessidades alimentares: ou seja, o papel potencial que podem representar os alimentos como recurso social e económico. As necessidades aumentarão se existir algum tipo de necessidade de alimentos que não se destinam à nutrição, como acontece no caso de festas religiosas.
- A situação nutricional da população. As necessidades aumentarão se a população estiver subnutrida e tiver necessidades nutricionais adicionais para alcançar o nível de crescimento normal.

Se for não possível incorporar este tipo de informação na avaliação inicial, poderão ser utilizados em primeira instância como valores mínimos os números indicados no

Apêndice 1 deste capítulo.

6. **Micronutrientes – problemas:** actualmente não existem estimativas das necessidades nutricionais por nível populacional (em vez de individuais) no que diz respeito à maioria dos minerais, apesar das provas que salientam a sua importância. Como orientação provisória, e esperando os resultados das novas consultas por parte dos peritos da

WHO (OMS), no Apêndice 3 deste capítulo são propostas concentrações mínimas de nutrientes (por 100 quilocalorias).

No que diz respeito às populações dependentes da ajuda alimentar, a escolha dos produtos alimentares (incluindo as decisões sobre níveis de fortificação), deve basear-se nas necessidades nutricionais da população e na disponibilidade de alimentos a que a população possa ter acesso de forma autónoma. Algumas das rações alimentares fornecidas actualmente a populações que dependem inteiramente da ajuda alimentar podem não ser suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais (particularmente de riboflavina (vitamina B2), niacina (vitamina B3), vitamina C, ferro e ácido fólico). Todos os micronutrientes são indispensáveis para ter uma vida saudável. Em consequência, quando na avaliação se indica que a própria população não poderá satisfazer as necessidades de certos micronutrientes, na intervenção dever-se-ão prever medidas para colmatar essa carência.

Mesmo quando os alimentos fornecidos a uma população satisfaçam as necessidades nutricionais indicadas, isto não se pode considerar como sucedâneo de uma ingestão e assimilação adequada de micronutrientes pelo organismo. As diferenças a que pode dar lugar a distribuição de rações ou o facto de se partilhar a comida num agregado familiar afectam a quantidade de alimentos que as pessoas consomem. As perdas de micronutrientes também podem ocorrer de outras formas. Por exemplo, as perdas podem ocorrer durante o transporte e armazenamento dos alimentos; durante o seu processamento (por ex., a redução das vitaminas B durante a moagem); como resultado de uma confecção prolongada, particularmente no caso de vitaminas solúveis em água; ou como consequência da combinação de nutrientes com aglutinantes na dieta que impedem a sua absorção no intestino (por ex., os fitatos que criam obstáculos à absorção do ferro procedente de fontes vegetais). As perdas também podem produzir-se como consequência de uma doença, em particular as cargas parasitárias, quando a capacidade do organismo para obter e assimilar os nutrientes se encontra restringida. Assim, é indispensável que o controlo da situação nutricional seja um componente de todos os programas.

Consulte-se também a Norma 1 relativa à Capacidade dos Recursos Humanos.

Norma 3 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento e a eficácia do programa de nutrição, bem como as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Indicadores-chave

- A informação recolhida para controlo e avaliação é útil e oportuna; é registada e analisada de forma precisa, lógica, coerente e transparente.
- Foram estabelecidos procedimentos que permitem controlar os efeitos (positivos ou negativos) da intervenção no estado nutricional das pessoas. Este dispositivo pode incluir um sistema de controlo nutricional activo caso se tenham observado carências de nutrientes. (Consultar no capítulo 5, Cuidados Médicos, as normas relativas à análise no que diz respeito ao sistema de informação sanitária).
- São elaborados com regularidade relatórios analíticos sobre a repercussão da situação de emergência e do programa na situação nutricional. Também são apresentados relatórios sobre quaisquer alterações nas circunstâncias e outros factores que possam justificar a alteração do programa.
- São estabelecidos sistemas que possibilitam uma corrente de informação entre o programa, outros sectores, a população afectada, as autoridades locais competentes, os doadores e outros interessados, quando necessário.
- As actividades de controlo fornecem informação sobre a eficácia do programa em satisfazer as necessidades de diferentes grupos da população afectada.
- As mulheres, os homens e as crianças da população afectada são consultados sistematicamente e levados a participar nas actividades de controlo.
- O programa é avaliado em função de objectivos declarados e normas mínimas acordadas, a fim de medir a sua eficácia e repercussão globais na população afectada.

Notas de orientação

1. **Utilização da informação proveniente do controlo:** todas as situações de emergência são instáveis e dinâmicas por definição. Assim, é indispensável dispor regularmente de informação actualizada para assegurar que os programas continuam a ser pertinentes. A informação obtida graças ao controlo contínuo dos programas deve ser incorporada nos exames e avaliações posteriores. Nalgumas circunstâncias, pode ser necessário modificar a estratégia para fazer face a alterações importantes da situação ou das necessidades.
2. **Cooperação com outros sectores:** a informação gerada pelo processo de avaliação inicial serve de base para o sistema de informação sanitária (consultar Cuidados Médicos, capítulo 5) e para as actividades de controlo e avaliação posterior do programa de nutrição. Essas actividades exigem uma estreita cooperação com outros sectores.
3. **Utilização e difusão da informação:** a informação recolhida deve estar directamente relacionada com o programa. Por outras palavras, deve ser útil e deve ser utilizada. Além disso, deve ficar à disposição de outros sectores e de outras organizações, bem como das populações afectadas conforme seja necessário. Os meios de comunicação utilizados (método de difusão, língua, etc.) deve ser adequado ao público ao qual essa informação se destina.
4. **Limitações:** a actividade de controlo pode ver-se limitada pela dificuldade em obter informações fiáveis e válidas numa situação instável e sujeita a alterações. Por exemplo, quando uma população se encontra num estado de deslocação contínuo, movendo-se de um lado para o outro de uma fronteira durante um período de tempo prolongado, não se pode ter a certeza de que as avaliações realizadas numa determinada ocasião se mantenham inalteradas relativamente à mesma população num lugar e num momento diferentes. Nesses casos, os dados devem ser interpretados com muito cuidado.
5. **Pessoas que participam no controlo:** quando o controlo exige consultas, deve-se incluir na tarefa pessoas capazes de obter informação de todos os grupos da população afectada de uma forma culturalmente aceitável, em especial no que respeita ao género e às competências linguísticas. A participação das mulheres deve ser encorajada.

6. **Avaliação posterior:** a avaliação posterior é importante, porque serve para avaliar a eficácia da acção, identificar lições para futuras actividades de preparação, mitigação ou assistência em casos de desastre e fomentar a prestação de contas. A avaliação aqui referida compreende dois processos interligados:

- a) A avaliação interna do programa, que normalmente é realizada pelo pessoal como parte da análise e do exame sistemáticos da informação proveniente do controlo. A organização humanitária também deve avaliar a eficácia de todos os seus programas relacionados com uma determinada situação de desastre ou comparar os seus programas referentes a diferentes situações.
- b) A avaliação externa, por seu lado, pode fazer parte de uma actividade de avaliação mais alargada realizada pelas organizações e pelos doadores, e pode ter lugar, por exemplo, após o final da fase crítica da situação de emergência. Ao realizar as avaliações, é importante que as técnicas e os recursos utilizados sejam compatíveis com a escala e a natureza do programa, e que no relatório sejam descritos a metodologia utilizada e os procedimentos seguidos para retirar as conclusões. Os resultados das avaliações devem ser comunicados a todos os intervenientes no processo de assistência humanitária, incluindo a população afectada.

Norma 4 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

Indicadores-chave

- As mulheres e os homens da população afectada pelo desastre devem ser consultados e ser envolvidos na tomada de decisões relacionadas com a avaliação inicial das necessidades e com a concepção e implementação do programa.
- As mulheres e os homens da população afectada recebem informação sobre o programa de assistência e têm a oportunidade de apresentar comentários sobre o programa à organização humanitária.

Notas de orientação

1. **Equidade:** a participação da população afectada pelo desastre na adopção de decisões e na concepção e implementação dos programas contribui para que estes sejam equitativos e eficazes. Deve-se ter especial cuidado para assegurar a participação das mulheres, bem como uma representação equilibrada de ambos os sexos no programa de assistência. A participação no programa de nutrição também pode servir para reforçar o sentido de dignidade e de valor das pessoas em momentos de crise. Essa participação gera um sentido de comunidade e de posse que pode contribuir para a segurança pessoal e geral, tanto de quem recebe a assistência, como de quem está encarregado da sua prestação.
2. **A população pode participar nos programas de nutrição de diferentes maneiras:** por exemplo, participando na equipa de avaliação inicial; realizando tarefas remuneradas ou de carácter voluntário nos programas de alimentação; participando nas decisões sobre a selecção dos produtos alimentares; difundindo informação sobre a utilização dos produtos da ajuda alimentar pouco conhecidos entre a população; facultando informação sobre pessoas que têm necessidades de nutrição especiais, e apresentando listas de agregados familiares.
3. **Comités de coordenação:** os comités de coordenação contribuem para promover a participação da população no programa de assistência. Deve-se assegurar que esses comités são verdadeiramente representativos da população afectada, tendo em conta na sua composição factores como o género, a idade, a etnia e a situação socioeconómica. Também deverão estar representados dirigentes políticos destacados, dirigentes comunitários de ambos os sexos e líderes religiosos. Os papéis e funções de um comité de coordenação devem ser definidos no momento da sua criação.
4. **Consulta de opiniões:** a participação também pode realizar-se mediante a organização sistemática de consultas de opinião e discussões. Estas poderão ser efectuadas durante a distribuição, visitas ao domicílio ou discussões sobre problemas ou preocupações individuais. As discussões em grupo com membros da comunidade afectada podem proporcionar informação útil sobre as crenças e práticas culturais.

2 Apoio Geral à População em Matéria de Nutrição

Nesta secção são considerados os recursos e serviços necessários em matéria de nutrição para satisfazer as necessidades da população no seu conjunto. Enquanto não se tenham satisfeito essas necessidades, é provável que as intervenções seleccionadas tenham efeitos limitados, uma vez que as pessoas que recuperem regressarão a uma situação em que o apoio nutricional é insuficiente. Em consequência disso, o seu estado nutricional provavelmente irá voltar a agravar-se.

Antes de ler as normas, convém consultar as definições de Unidade Internacional (UI) e subnutrição que se encontram no Apêndice 1 deste capítulo.

Norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: fornecimento de nutrientes

As necessidades nutricionais da população devem ser satisfeitas.

Indicadores-chave

- A subnutrição moderada mantém-se estável em níveis aceitáveis ou está a baixar para esses níveis.
- Não se registam casos de escorbuto, pelagra ou beribéri.
- As taxas de problemas resultantes de xerofthalmia ou de carência de iodo não constituem um problema de saúde pública importante (consultar notas de orientação a seguir apresentadas).
- A população tem acesso a uma série de alimentos básicos - produtos principais (cereais ou tubérculos), leguminosas (ou produtos de origem animal), fontes de gordura, etc.
- A população tem acesso a alimentos ricos ou enriquecidos em vitamina C, ou a suplementos apropriados.¹

- A maioria dos agregados familiares (>90%) tem acesso a sal iodado quando os problemas devidos a carência de iodo são endémicos.
- A população tem acesso a alimentos ricos ou enriquecidos com vitamina A, ou a suplementos apropriados.¹
- A população tem acesso a fontes adicionais de niacina (por ex., leguminosas, nozes, miúdos) se o alimento básico for milho ou sorgo.
- A população tem acesso a fontes adicionais de tiamina (por ex., leguminosas, nozes, ovos) se o alimento básico for arroz branco.
- Os bebés com menos de seis meses têm acesso ao leite materno (ou a um sucedâneo adequado).
- As crianças, aproximadamente a partir dos seis meses de idade², têm acesso a alimentos nutritivos energéticos.
- Não há indícios de que as necessidades nutricionais adicionais das mulheres e adolescentes grávidas ou a amamentar não são satisfeitas.

Notas de orientação

1. **Taxas de subnutrição:** o melhoramento das tendências relativas à subnutrição pode ser comprovado a partir dos registos dos centros de saúde, o controlo do crescimento (centrado nos centros de saúde ou na comunidade), as sondagens sobre nutrição baseadas em amostras aleatórias, os resultados de actividades de detecção, e os relatórios da comunidade ou dos agentes da comunidade.

Os resultados das sondagens sobre nutrição proporcionam uma estimativa da prevalência da subnutrição. A prática com maior aceitação consiste em avaliar o grau de subnutrição das crianças menores de cinco anos como indicação da situação nutricional do resto da população. No entanto, mesmo quando não haja indícios de subnutrição nos menores de cinco anos, as crianças mais velhas, os adolescentes ou as mulheres e os homens adultos podem estar afectados. Em consequência, deve-se proceder com cautela ao tirar conclusões sobre a situação nutricional da população em geral, tomando como base

Notas

1. O acesso à vitamina C é importante não só para evitar o escorbuto, mas também para melhorar a absorção de ferro.
2. Resolução da Assembleia General da Organização Mundial de Saúde 47.5.9, Maio de 1994 (A47/VR/11)

as condições observadas nas crianças pequenas. Quando houver motivos para crer que outros grupos específicos poderão estar demasiado afectados, estes também terão de ser avaliados.

Para determinar se os níveis de subnutrição são aceitáveis (consultar a norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição) é necessário analisar a situação à luz das normas locais. Estas poderão indicar os níveis de subnutrição da população antes da situação de emergência; ou os níveis de subnutrição da população anfitriã se a população afectada se tiver deslocado para um meio em que os factores ambientais e outros factores externos que fazem aumentar o risco de mortalidade são diferentes dos factores da zona sua de origem. Assim, por níveis aceitáveis de subnutrição devem ser entendidos aqueles que não estão associados a um risco excessivo de mortalidade.

Os riscos relacionados com a ingestão insuficiente de nutrientes por parte das mulheres e adolescentes grávidas e a amamentar incluem: complicações durante a gravidez, mortalidade materna, insuficiência de peso dos recém-nascidos e amamentação deficiente. Presume-se que as atribuições de alimentos aos agregados familiares permitem satisfazer essas necessidades nutricionais adicionais (as mulheres grávidas necessitam em média de um suplemento de 285 quilocalorias por dia; e as mães a amamentar precisam de 500 quilocalorias adicionais). No entanto, às vezes isso não acontece, pelo que pode ser necessário o controlo nutricional das mulheres em particular no que diz respeito à presença de ferro, ácido fólico e vitamina A. A prevalência de recém-nascidos com insuficiência de peso (inferior a 2,5 quilogramas) também pode ser um instrumento útil de controlo nalguns casos. A WHO (OMS) recomenda que, se a prevalência for superior a 15%, se adopte outro tipo de medidas de saúde pública para fazer face à situação.

2. **Carências de micronutrientes:** Os indicadores referentes à norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição servem para salientar a importância da qualidade da dieta. Se forem alcançados os níveis assinalados por esses indicadores, deve ser possível evitar a deterioração do estado nutricional da população no que diz respeito aos micronutrientes.

Para prevenir as deficiências de micronutrientes, existe uma série de opções possíveis, entre as quais: o aumento da quantidade de alimentos da ração geral para que possa haver um maior intercâmbio de alimentos;

o melhoramento da qualidade nutricional da ração; a compra local de produtos alimentares para fornecer os nutrientes não incluídos na ração; medidas de fomento da produção local de alimentos que contenham os nutrientes considerados insuficientes; o abastecimento de produtos alimentares ricos em micronutrientes como suplemento das rações; o enriquecimento adequado dos alimentos básicos ou dos alimentos combinados; e/ ou o suplemento medicinal.

Três carências de micronutrientes (escorbuto, pelagra e beribéri) foram assinaladas por serem as carências mais comuns resultantes da prestação inadequada de assistência humanitária. São mencionadas precisamente por serem evitáveis. É provável, por exemplo, que os casos individuais de escorbuto, pelagra e beribéri tratados nos centros de saúde resultem de um acesso restrito a certos tipos de alimentos e que sejam, por isso, indicativos de um problema que afecta toda a população. Como tal, devem ser objecto de intervenções ao nível de toda a população. (Em todas as situações em que haja indícios claros de que essas carências de micronutrientes são um problema endémico, os níveis de subnutrição devem reduzir-se, no mínimo, aos que seria de esperar se não tivesse ocorrido a situação de emergência.)

A anemia por insuficiência de ferro, em particular no caso das mulheres grávidas e adolescentes em crescimento, é um exemplo de outras carências de micronutrientes que podem ter uma incidência importante na taxa de mortalidade. A prevalência desta carência pode ou não ter aumentado devido à situação de emergência. Quando uma situação endémica crónica se agrava por causa da situação de emergência, deve prestar-se especial atenção às possíveis medidas de prevenção e correcção (consultar a informação apresentada anteriormente e a norma 3 relativa ao apoio nutricional específico). Os indicadores do cumprimento do programa serão específicos para cada contexto.

Corrigir as carências de micronutrientes na primeira fase da situação de emergência é complicado devido às dificuldades em as identificar (consultar a norma 3 relativa ao apoio nutricional específico). As excepções são a xerofalmia e o bócio, para os quais existem critérios de identificação claros e de fácil utilização no terreno. Estas carências podem ser corrigidas mediante intervenções de alcance geral (por ex., administração de doses elevadas de suplementos para as crianças (consultar informação apresentada mais à frente) e iodação do sal, respectivamente).

Indicadores de carência clínica de vitamina A (xerofthalmia) em crianças dos 6 aos 71 meses de idade

(a prevalência de um ou mais indicadores corresponde a um problema de saúde pública)

Indicador	Prevalência mínima
Cegueira noturna (presente aos 24-71 meses)	>1 %
Xerose conjuntival com manchas de Bitot	>0,5 %
Xerose da córnea / ulceração / querotomalia	>0,01 %
Cicatrizes da córnea	>0,05 %

Consultar Sommer, A (1995)

Quando se efectua a vacinação contra o sarampo ou outras doenças - um procedimento habitual em situações de emergência que resultam em deslocções - é prática corrente fornecer um suplemento de vitamina A a todas as crianças menores de cinco anos, segundo o seguinte plano:

- Bebés de 6-12 meses: 100.000 UI por via oral (repetir a cada 4-6 meses)
- Crianças >12 meses: 200.000 UI por via oral (repetir a cada 4-6 meses).

Para o tratamento clínico da carência de vitamina A, ou no tratamento de casos de sarampo, a WHO (OMS) recomenda:

- Bebés <6 meses: 50.000 UI por via oral no primeiro dia; 50.000 UI por via oral no segundo dia.
- Bebés 6-12 meses: 100.000 UI por via oral no primeiro dia; 100.000 UI por via oral no segundo dia.
- Crianças >12 meses: 200.000 UI por via oral no primeiro dia; 200.000 UI por via oral no segundo dia.

Esta medida ajuda a reduzir a mortalidade associada ao sarampo. Além disso, é recomendável que, quando possível, as mães recebam uma dose elevada de vitamina A (200.000 UI por via oral) o mais cedo possível após o parto e no prazo de 8 semanas. (Consultar: WHO (1997), e as normas relativas à luta contra o sarampo, no capítulo 5, Cuidados Médicos).

Indicadores de carência de iodo - bócio

(a prevalência (idealmente) de dois indicadores significa que existe um problema de saúde pública)

Indicador	Sector da População	Gravidade do problema de saúde pública (prevalência)		
		Leve	Moderado	Grave
Grau de bócio >0	crianças em idade escolar*	5,0-19,9%	20,0-29,9%	≥30,0%
Volume da tiróide >percentil 97º por ultra-som	crianças em idade escolar	5,0-19,9%	20,0-29,9%	≥30,0%
Nível médio de iodo na urina (µg/ l)	crianças em idade escolar	50-99	20-49	<20
Hormona de Estimulação da Tiróide >5U/ l de sangue completo	recém-nascidos	3,0-19,9%	20,0-39,9%	≥40,0%
Tiroglobulina média (ng/ ml de soro)	crianças e adultos	10,0-19,9	20,0-39,9	≥40,0

*de preferência crianças de 6-12 anos

Consultar WHO/ UNICEF/ ICCIDD (International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders - Conselho Internacional para Controlo dos Problemas Provocados por Carência de Iodo) (1994), *Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodisation* (Indicadores para avaliação de problemas provocadas por carências de iodo e o seu controlo através da iodação do sal). Documento WHO/ NUT/ 95.6, WHO (OMS), Genebra.

A utilização destes indicadores de carência de iodo pode ser problemática: talvez não seja possível utilizar os indicadores bioquímicos em muitos contextos de emergência, e as avaliações químicas podem não ser muito rigorosas. No entanto, embora a avaliação do nível de iodo na urina seja necessária para obter um quadro completo da situação em relação ao iodo, é possível obter uma indicação geral da gravidade da situação através do exame clínico de uma amostra válida de crianças dos 6 aos 12 anos de idade.

3. **Qualidade da dieta:** Os indicadores medem a qualidade da dieta, mas não quantificam a disponibilidade de nutrientes. Isto é impraticável uma vez que definiria requisitos pouco realistas para a recolha de informação.

Os indicadores podem ser medidos utilizando informações procedentes de diversas fontes, obtidas através de diferentes técnicas, entre as quais: o controlo da cesta de alimentos ao nível do agregado familiar; a avaliação dos preços e da disponibilidade de alimentos nos mercados; o controlo do itinerário de deslocação dos alimentos; a avaliação da concentração de nutrientes dos alimentos distribuídos utilizando tabelas sobre a composição dos alimentos (ou Nutcalc; consultar Apêndice 4); a análise dos planos e registos de distribuição da ajuda alimentar; a realização de avaliações da segurança alimentar; as sondagens realizadas por agregados familiares e/ ou a análise das publicações existentes, por ex., os relatórios das organizações humanitárias.

4. **Alimentação de bebés e de crianças pequenas:** a amamentação é o meio mais saudável de alimentar um recém-nascido na maioria das situações, particularmente numa situação de emergência em que os procedimentos normais de higiene podem ser alterados e os níveis de infecção podem aumentar.

Nos casos em que algumas mães não amamentem os seus filhos, existem três opções:

- a) O regresso à amamentação, em que as mães são informadas, apoiadas e encorajadas por pessoas com experiência.
- b) A utilização de leite artificial, se o leite puder ser preparado em condições de segurança e os fornecimentos forem garantidos.
- c) A alimentação alternativa tradicional, apoiando outros métodos com que as mães possam estar familiarizadas de modo a que sejam seguros e apropriados.

Normalmente, é muito raro que as mães não possam produzir leite (só um ou dois casos por cada 10.000 mães). No entanto, pode acontecer que a mãe morra ou seja separada da sua criança. Se não for possível que o bebé tenha acesso a leite materno (proveniente da mãe, de uma ama de leite ou de um banco de leite), será necessário fornecer leite artificial. Quando forem distribuídos estes preparados ou alimentos de desmame comerciais, o trabalho deverá incluir uma intensa actividade educativa. Esta pode incluir: o apoio intensivo às pessoas que prestam assistência a bebés quanto aos métodos seguros de alimentação (consultar a norma 4 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição); a formação de profissionais da saúde para lidarem com a lactação; e a promoção da amamentação entre as mulheres grávidas e as mães de recém-nascidos, bem como o apoio a elas prestado nesse sentido.

Quando se fornecem preparados para bebés, deve-se ter certeza de que o fornecimento poderá continuar durante todo o período de tempo de que a criança necessite. Nas situações de emergência, a compra de preparados para bebés também deve obedecer ao estipulado no International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes (Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno) (WHO, 1981), o qual protege a amamentação contra os interesses comerciais.

As crianças pequenas têm necessidade de alimentos energéticos, pois não podem comer grandes refeições mas têm exigências relativamente altas devido ao tamanho do seu corpo. Recomenda-se que 30% do conteúdo energético da dieta destas crianças provenha de fontes de lípidos. Quando os bebés de 6 a 24 meses não têm acesso ao leite materno, os alimentos nutritivos energéticos devem ser suficientes para substituir totalmente os nutrientes que poderiam ter sido obtidos através do leite materno e de alimentos complementares. Para mais informação sobre a alimentação complementar, consultar WHO 1998a.

5. **Apoio às mães a amamentar:** não se conhecem os efeitos da subnutrição grave, dos traumatismos e do stress na capacidade da mãe para amamentar. Embora o mecanismo de lactação seja em si mesmo robusto, as investigações mostram claramente que o estado psicológico da mãe pode afectar a saída do leite. Quando a mãe a amamentar padece de subnutrição grave, algum tipo de traumatismo ou stress, deve receber em primeira instância apoio adequado a fim de favorecer a lactação.
6. **Amamentação e transmissão do HIV:** o vírus HIV pode transmitir-se da mãe para o bebé. Uma criança está mais exposta ao risco de transmissão vertical ou da mãe para o bebé (que se crê ser da ordem dos 20%) nas últimas etapas da gravidez e no momento do parto. Existe um risco adicional que o bebé seja infectado através do leite materno. No entanto, quando as condições sanitárias são insuficientes e as famílias têm poucos recursos, a morte por diarreia é 14 vezes mais elevada nos bebés alimentados com preparados do que naqueles alimentados com leite materno. Numa situação de emergência, estes riscos devem ser ponderados cuidadosamente. É importante que a amamentação não fique debilitada, particularmente quando não se conhece a situação da mãe no que respeita ao HIV.

Norma 2 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: qualidade e segurança dos alimentos

Os alimentos distribuídos devem ser de qualidade satisfatória e devem ser manipulados de forma segura para estarem aptos para o consumo humano.

Indicadores-chave

- Não existem surtos de doenças provocadas pelos alimentos distribuídos.
- Não existem queixas significativas acerca da qualidade dos alimentos distribuídos, nem por parte dos beneficiários, nem por parte do pessoal do programa.
- Os fornecedores de produtos alimentares realizam regularmente controlos de qualidade e produzem alimentos que respeitam as normas governamentais oficiais ou as normas do Codex Alimentarius (por ex., no que diz respeito ao empacotamento, à etiquetagem, à duração máxima de conservação, etc.).
- Inspectores independentes verificam sistematicamente a qualidade de todos os alimentos fornecidos.
- Todos os alimentos recebidos no país de distribuição, destinados à população afectada pelo desastre, têm uma duração mínima de conservação de 6 meses (excepto os produtos frescos e a farinha de milho integral) e são distribuídos à população antes do final do prazo.
- Existem estruturas de armazenamento adequadas (em conformidade com as recomendações vigentes) e é realizada uma gestão apropriada das existências (consultar no capítulo 3 a norma em matéria de ajuda alimentar relativa à gestão dos recursos).
- O pessoal tem os conhecimentos necessários sobre os perigos para a saúde causados por operações inadequadas de manipulação, armazenamento e distribuição dos alimentos.

Notas de orientação

1. **Fontes de informação:** a informação para determinar se foram cumpridos os indicadores pode ser obtida através dos relatórios sobre o controlo de qualidade, as etiquetas dos alimentos, os relatórios e protocolos sobre os depósitos de armazenamento, etc.

2. **Aquisição de alimentos básicos:** convém que a aquisição de alimentos básicos seja feita por especialistas, por exemplo, da sede, dos escritórios regionais ou das organizações humanitárias especializadas (consultar a norma relativa à Logística no capítulo 3, Ajuda Alimentar). Se forem cometidos erros, serão extremamente difíceis de corrigir no terreno.
3. **Moagem do milho:** a farinha de milho integral pode conservar-se durante 6 a 8 semanas. Desta forma, o milho deve ser moído imediatamente antes de ser consumido. Em alternativa, pode ser feita uma moagem de baixa extracção, procedimento que permite extrair o gérmen, o óleo e as enzimas responsáveis pela rápida deterioração do cereal.
4. **Armazenamento:** consultar também Walker, D F (ed.) (1992).
5. **FAO/ WHO (diversos anos), Codex Alimentarius:** consultar a bibliografia seleccionada para a referência completa.

Norma 3 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: aceitabilidade dos alimentos

Os alimentos fornecidos devem ser apropriados e aceitáveis para toda a população.

Indicadores-chave

- A população é consultada acerca da aceitabilidade e adequação dos alimentos distribuídos e os resultados das consultas são tidos em conta nas decisões sobre o programa.
- Os alimentos distribuídos não entram em conflito com as tradições religiosas ou culturais da população beneficiária ou da população anfitriã (isto inclui quaisquer tabus alimentares para mulheres grávidas ou mães a amamentar).
- A população está familiarizada com os alimentos básicos distribuídos.
- Os alimentos complementares destinados às crianças pequenas são saborosos e fáceis de digerir.
- Não é distribuído leite em pó gratuito ou subsidiado à população em geral.
- As pessoas têm acesso a condimentos culturalmente importantes (como o açúcar e o chili).

Notas de orientação

1. **Controlo das vendas:** em todas as intervenções humanitárias que envolvam a distribuição de alimentos, é importante controlar as eventuais vendas e os motivos pelos quais se realizam. Isto ajudará a interpretar as possíveis alterações nas tendências, bem como controlar os efeitos na economia local.
2. **Saques:** os saques ou roubos de alimentos - por exemplo antes da sua distribuição às famílias, quando é possível que sejam roubadas grandes quantidades - poderiam indicar que o produto é considerado mais valioso do ponto de vista económico do que nutricional. Se ocorrerem saques de alimentos básicos, este facto pode ter consequências importantes para a viabilidade do programa de ajuda alimentar. Todos os incidentes deste género devem ser notificados de imediato aos responsáveis pela coordenação. (Consultar a norma relativa à gestão de recursos no capítulo 3, Ajuda Alimentar).

Os produtos de ajuda alimentar são artigos valiosos e, tal como acontece com outros produtos, a sua distribuição implica riscos em matéria de segurança. Pode ser perigoso para os interessados chegar ao ponto de distribuição, já que podem ficar expostos a ataques. Quando regressam dos pontos de distribuição, as pessoas também podem estar sujeitas a ataques por parte de assaltantes armados. Quando necessário, devem ser consideradas outras possibilidades, como a distribuição de refeições prontas. (Consultar também, no capítulo 3, a norma em matéria de Ajuda Alimentar relativa à distribuição.)

3. **Apoio às mães a amamentar:** em populações onde a prática habitual seja alimentar os bebés utilizando sucedâneos do leite materno, e em que se utilizem produtos comerciais elaborados como alimentos de desmame das crianças pequenas, poderá ser necessário dar apoio às mães para que adoptem novas técnicas durante a situação de emergência. São de particular importância as medidas no sentido de fomentar e apoiar a amamentação (consultar a norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição). Neste sentido, a situação de emergência, por vezes, pode ser uma oportunidade para modificar práticas que impliquem riscos para a saúde. No entanto, uma situação de emergência raras vezes é o momento certo para encorajar alterações de comportamento que não sejam absolutamente necessárias.

4. **Leite em pó:** não se deve incluir numa distribuição geral de alimentos leite em pó ou leites modificados que não tenham sido misturados com outros produtos alimentares, porque o seu consumo indiscriminado poderia acarretar graves problemas. Motivo de particular preocupação são os eventuais perigos para a saúde que poderão resultar de uma diluição desadequada, da contaminação por germes ou da alergia à lactose.

Norma 4 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: manipulação e segurança dos alimentos

Os alimentos devem ser armazenados, preparados e consumidos de maneira apropriada e segura, tanto ao nível do agregado familiar como da comunidade.

Indicadores-chave

- Não existem surtos de doenças provocadas pelos alimentos ligados a um lugar de distribuição de alimentos locais, resultantes da preparação inadequada dos alimentos.
- O órgão de coordenação não recebeu nenhum relatório dos representantes da população afectada referente a dificuldades em relação ao armazenamento, preparação, confeção e consumo dos alimentos distribuídos.
- Cada agregado familiar tem acesso, no mínimo, a uma caçarola, combustível suficiente para preparar os alimentos, recipientes para armazenar 40 litros de água e 250 gramas de sabão por pessoa por mês. (Consultar as normas relativas a itens domésticos no capítulo 4, Abrigos e Planeamento de Locais de Alojamento; e as normas relativas ao abastecimento de água no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento).
- Quando a cesta de alimentos contém produtos pouco conhecidos, são fornecidas instruções ao agregado familiar sobre a preparação desses alimentos para alcançar a maior aceitação possível e reduzir ao mínimo a perda de nutrientes.

- As pessoas que não podem preparar os seus alimentos ou não podem alimentar-se sozinhas, têm acesso a uma pessoa que lhes presta assistência na preparação atempada de alimentos apropriados e que lhes dá de comer se necessário.
- Quando são distribuídos alimentos já cozinhados, o pessoal demonstra conhecer os possíveis perigos para a saúde que causam o armazenamento, a manipulação e a preparação inadequados dos produtos alimentares. (Consultar neste capítulo a norma 1 relativa aos recursos humanos.)
- Existem instalações adequadas para a moagem ou outro tipo de processamento dos alimentos a uma distância razoável da casa se for necessário, por exemplo quando se distribuem cereais inteiros.

Notas de orientação

1. **Fontes de informação:** entre as fontes de informação para os indicadores assinalados podem figurar os sistemas de controlo do programa e as sondagens rápidas por agregado familiar.
2. **Caso o acesso ao combustível necessário para cozinhar não seja suficiente:** devem ser distribuídos alimentos que demorem menos tempo a ser cozinhados (por exemplo, farinha de cereais em vez de cereais integrais, leguminosas ou arroz parcialmente cozido). Quando a população não estiver familiarizada com esses alimentos, será necessário dar aconselhamento e apoio para que estes possam ser usados correctamente. Se não for possível mudar os produtos alimentares, deve-se contar com fontes externas de abastecimento de combustível para colmatar as necessidades existentes. (Consultar o capítulo 4, Abrigos e Planeamento de Locais de Alojamento).
3. **Utilização segura de leite artificial para bebés:** nos casos raros em que os bebés sejam alimentados com leite artificial, não convém usar biberões, pois é difícil mantê-los limpos. Em alternativa, podem utilizar-se copos abertos (em vez de copos especiais com "bico"). Devem existir os meios necessários para ferver água e para garantir a esterilização total do copo (e da colher ou do prato). As pessoas que dão o leite artificial aos bebés devem saber usá-lo de forma apropriada e segura. (Consultar neste a norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição).

4. **Higiene alimentar:** a alteração das circunstâncias pode também alterar as práticas habituais de higiene da população. Por isso, pode ser necessário difundir medidas e mensagens de higiene alimentar que correspondam às condições locais e à forma de distribuição das doenças no local (consultar no capítulo 1 as normas em matéria de Abastecimento de Água e Saneamento relativas ao fomento da higiene). É também importante facultar informações a quem presta assistência sobre o melhor uso dos recursos familiares para a alimentação das crianças e sobre métodos seguros para preparação dos alimentos.
5. **Instalações de processamento dos alimentos:** o acesso a moinhos, bem como a outras condições como a existência de água salubre, é muito importante não só para o processamento dos alimentos mas também para que as pessoas possam aproveitar o seu tempo da melhor maneira possível. As pessoas que prestam assistência e que esperam demasiado tempo para utilizarem esses serviços poderiam, pelo contrário, dedicar esse tempo à preparação de alimentos, à alimentação das crianças e a outras tarefas de assistência que têm um efeito positivo no âmbito da nutrição.
6. **Os cereais integrais exigem mais tempo e mais combustível para a sua preparação do que os cereais moídos:** normalmente a lenha é recolhida por mulheres e adolescentes que podem ter de se afastar das zonas protegidas, o que faz aumentar o risco de agressões físicas e violações. Pode ser necessário adoptar medidas de segurança para reduzir os riscos de que isso ocorra. (Consultar a norma 4 relativa aos locais de alojamento, no capítulo 4, Abrigos e Planeamento de Locais de Alojamento; e a norma 2 relativa aos serviços de cuidados médicos: redução da morbilidade e da mortalidade, no capítulo 5, Cuidados Médicos)

3 Apoio Nutricional aos que Sofrem de Subnutrição

Nesta secção são apresentadas normas mínimas para programas destinados a corrigir a situação de subnutrição existente, incluindo as carências de vitaminas e minerais.

A subnutrição está associada ao aumento do risco de morte. O peso desta associação depende em grande medida da distribuição das doenças e infecções, influenciadas por sua vez pelo ambiente local. Existe uma forte relação entre a subnutrição e a infecção e o seu impacto na mortalidade. Por outras palavras, o impacto combinado da subnutrição e da infecção é maior do que seria de esperar de cada uma em separado. É indispensável compreender as causas subjacentes ao problema da subnutrição para definir a forma apropriada de assistência, seja no sector da nutrição ou noutros sectores.

Antes de ler as normas a seguir apresentadas, convém consultar as definições de Índice de Massa Corporal (IMC), desertor de um programa de um programa de alimentação terapêutica, baixas de um programa de alimentação e subnutrição no Apêndice 1 deste capítulo.

Norma 1 relativa ao apoio nutricional específico: subnutrição moderada

Os riscos para a saúde pública relacionados com a subnutrição moderada são reduzidos.

Indicadores-chave

- Não há aumento dos níveis de subnutrição grave nem do número de pessoas inscritas para receberem cuidados terapêuticos.

- Foram estabelecidos sistemas de vigilância para controlar as tendências da subnutrição.
- Os objectivos do programa indicam uma boa compreensão das causas da subnutrição e uma identificação clara dos grupos beneficiários.
- Todo o pessoal que mantém contactos regulares com as mães de crianças pequenas recebeu formação sobre os princípios da alimentação de bebés e crianças pequenas em situações de emergência. (Consultar neste capítulo as normas relativas à capacidade dos recursos humanos.)
- Desde o seu início, os programas de alimentação têm critérios claramente definidos e acordados para o encerramento do programa.

Notas de orientação

1. **Fontes de informação:** a informação para controlo do cumprimento desta norma pode ser obtida através de uma grande quantidade de fontes, entre as quais: os dados de controlo do programa (incluindo os dados provenientes de outros sectores para além do sector de nutrição); as sondagens antropométricas, os registos dos centros de alimentação (incluindo as taxas de cobertura); os protocolos para a formação do pessoal (particularmente em avaliações antropométricas); e/ ou as propostas de projecto.
2. **Demonstrar alterações na prevalência:** pode ser difícil demonstrar uma alteração no indicador do nível de subnutrição grave quando a prevalência desta última é baixa. Devido aos intervalos de confiança em torno da estimativa da prevalência, talvez não seja possível demonstrar uma alteração estatisticamente significativa.
3. **Concepção do programa:** ao contrário do que acontece com a correcção da subnutrição grave (consultar a norma 2 relativa ao apoio nutricional específico) a subnutrição moderada pode ser abordada de muitas maneiras diferentes. A concepção do programa deve basear-se na compreensão da complexidade e dinâmica da situação nutricional e nos factores que a influenciam e afectam.
4. **Vigilância nutricional:** a vigilância nutricional é uma componente importante da recolha de informação e do controlo da situação. A informação recolhida deve ser analisada tendo em conta a distribuição sazonal e das doenças, devendo ser usada para iniciar acções apropriadas de resposta e contribuir para a concepção de outros programas.

5. **Programas de alimentação suplementar:** os programas de alimentação suplementar podem ser levados a cabo a curto prazo antes do cumprimento da norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição e da norma 2 relativa ao apoio nutricional específico. A decisão de encerrar um programa deve ser justificada por uma avaliação da situação, mas caso se tenham cumprido as restantes normas, um programa de alimentação suplementar não deverá durar mais de seis meses.

Norma 2 relativa ao apoio nutricional específico: subnutrição grave

A mortalidade, a morbilidade e o sofrimento relacionados com a subnutrição grave são reduzidos.

Indicadores-chave

- O número de baixas de um programa de alimentação terapêutica que faleceram é <10%.
- O número de baixas de um programa de alimentação terapêutica que recuperaram é >75%.
- O número de baixas de um programa de alimentação terapêutica que abandonaram o programa é <15%.
- Há um aumento médio de peso de ≥ 8 g por kg por pessoa e por dia.
- Prestam-se cuidados médicos e nutricionais às pessoas que padecem de subnutrição grave, em conformidade com protocolos de cuidados terapêuticos clinicamente comprovados.
- Os critérios para dar alta aos doentes incluem índices não-antropométricos tais como: bom apetite; ausência de diarreia, febre, infestação parasitária e outras doenças não tratadas; e inexistência de carências de micronutrientes.
- A razão entre agentes de nutrição e doentes é, no mínimo, de 1:10.
- Todos aqueles que cuidam de pessoas afectadas por subnutrição grave estão em condições de as alimentar e de cuidar delas.

Notas de orientação

1. **Duração do programa:** o tempo necessário para alcançar os indicadores relativos a um programa de alimentação terapêutica oscila entre um e dois meses.
2. **Ligações com outros sectores:** o cumprimento dos indicadores relativos à alimentação terapêutica depende do cumprimento dos indicadores e das normas de outros sectores (por ex., o bom funcionamento de um sistema de abastecimento de água e saneamento). Toda a informação necessária para avaliar o cumprimento da norma será obtida a partir dos registos mantidos no centro de alimentação terapêutica, bem como a partir dos relatórios das visitas domiciliárias de acompanhamento.
3. **Âmbito de influência:** o cumprimento desta norma e da norma 1 relativa ao apoio nutricional específico terá uma repercussão positiva nos níveis de subnutrição grave da população se o âmbito de influência da alimentação terapêutica se mantiver num nível alargado. Não foi estipulado um indicador de âmbito de influência, já que este é afectado por muitos factores próprios de cada contexto. Não se pode obrigar as pessoas a utilizar um serviço, mas é possível fomentar e encorajar a sua utilização. Contudo, é preciso recordar que uma cobertura muito baixa (por exemplo, inferior a 30-40%) pode ser um indício de que o programa não foi bem concebido.
4. **Aumento de peso:** o aumento médio de peso das baixas > 8g por kg por pessoa e por dia refere-se a adultos e crianças que recebem cuidados terapêuticos. É possível obter índices de aumento de peso semelhantes em adultos e em crianças mediante a aplicação de dietas similares. No entanto, este indicador pode ocultar situações em que os doentes não melhoram e não lhes é dada alta.
5. **Recuperação:** segundo a experiência, a maioria dos casos de subnutrição grave deveriam recuperar e ter alta ao fim de 30 a 40 dias de participação num programa. Nalguns casos, o HIV e a tuberculose podem impedir a recuperação de pessoas subnutridas. Estes casos têm de ser documentados e deve-se considerar a possibilidade de um tratamento ou cuidados a longo prazo em conjunto com o programa de saúde.
6. Consultar também WHO (1998).

Norma 3 relativa ao apoio nutricional específico: carências de micronutrientes

As carências de micronutrientes são corrigidas.

Indicadores-chave

- Não se registam casos de escorbuto, pelagra ou beribéri.
- As taxas de xeroftalmia não constituem um problema de saúde pública importante (consultar a norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição).
- As taxas de problemas resultantes de carência de iodo não constituem um problema de saúde pública importante (consultar a norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição).
- Aplicam-se os protocolos apropriados da WHO (OMS) sobre suplementos de micronutrientes às pessoas que participam em programas de alimentação.
- Todos os casos clínicos de doenças provocadas por carências nutricionais que aparecem nos centros de saúde são tratados seguindo os protocolos da WHO (OMS) sobre suplementos de micronutrientes.
- Todas as crianças com menos de cinco anos que se apresentam nos centros de saúde afectadas por doenças diarreicas recebem suplementos de vitamina A. (Consultar as normas relativas à luta contra o sarampo no capítulo 5, Cuidados Médicos.)
- Todas as crianças com menos de cinco anos que se apresentam nos centros de saúde afectadas por anquilostomiasis, e que não padecem de subnutrição grave, recebem suplementos de ferro juntamente com o tratamento da doença.
- Foram estabelecidos procedimentos para actuar com eficácia contra as carências de micronutrientes a que a população possa estar sujeita. Esses procedimentos podem incluir busca activa de casos, o acompanhamento e as campanhas de sensibilização da opinião pública.

Notas de orientação

1. *As fontes de informação para medir os indicadores podem incluir:* registos dos centros de saúde, registos dos programas de alimentação, sondagens sobre nutrição e identificação de casos de doenças provocadas por carências nutricionais.
2. *Existe uma série de opções possíveis para prevenir as carências de micronutrientes:* consultar a norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição, nota de orientação 2.
3. *Identificação das carências de micronutrientes:* é possível reconhecer algumas carências de micronutrientes (por ex., iodo e vitamina A) mediante um simples exame clínico. Esses indicadores podem ser integrados nos sistemas de controlo sanitário ou nutricional, embora seja necessário uma formação cuidada do pessoal para assegurar que a avaliação é rigorosa. Outras carências de micronutrientes não podem ser identificadas sem um exame bioquímico (por ex., a anemia devido à carência de ferro). Por esses motivos, a identificação de casos de carências de micronutrientes em situações de emergência é problemática, e em geral os casos só se podem determinar em função da reacção à aplicação de suplementos em pessoas que se dirigem espontaneamente ao pessoal de saúde.
4. *Suplementos para mulheres grávidas e mães a amamentar:* as mulheres grávidas e as mães a amamentar devem receber suplementos diários de ferro e ácido fólico (60 mg de ferro por dia, com 0,4 mg de ácido fólico, com início logo que possível após o terceiro mês de gestação). Com isso pretende-se evitar anemias nutricionais e prevenir deficiências do tubo neural nos recém-nascidos. No entanto, em situações de emergência, o fornecimento de suplementos é problemático, pois verificou-se que o cumprimento dos protocolos de suplementação diária por parte das mulheres é muito difícil de manter. Os agentes de saúde da comunidade terão de abordar este problema.

4 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Todos os aspectos da assistência humanitária dependem da qualificação, dos conhecimentos e do empenho dos funcionários e voluntários que exercem a sua actividade em condições difíceis e por vezes de insegurança. As exigências a que estão sujeitos são consideráveis e para que possam levar a cabo o seu trabalho de forma a atingir níveis mínimos de qualidade, é necessário que tenham uma experiência e uma formação adequadas e que sejam dirigidos e apoiados de forma correcta pela organização a que pertencem.

Norma 1 da capacidade: competência

As intervenções no âmbito da nutrição são implementadas por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Indicadores-chave

- Todos os funcionários a exercerem actividades num programa de nutrição estão informados dos objectivos das actividades que executam e dos métodos para as levar a cabo.
- As avaliações, a concepção de programas e a tomada das principais decisões técnicas são da responsabilidade de funcionários com as qualificações técnicas necessárias e com experiência em situações de emergência.
- Os funcionários e os voluntários estão a par das questões de género que dizem respeito à população afectada. Sabem como apresentar relatórios sobre incidentes que envolvem violência sexual.

- Os funcionários com responsabilidades técnicas e de direcção têm apoio para fundamentar as suas decisões e verificar o seu cumprimento.
- O pessoal encarregado de avaliar o estado nutricional das pessoas recebe formação e apoio na aplicação das técnicas necessárias (peso, altura/comprimento, PMB e utilização de índices apropriados) em crianças, adolescentes e/ ou adultos.
- A introdução de novo equipamento (para a avaliação do estado nutricional, preparação de alimentos, controlo da qualidade dos mesmos, etc.) é acompanhada pela formação e verificação da sua utilização.
- O pessoal do programa de ajuda alimentar tem capacidade comprovada para aconselhar os membros da população afectada sobre a utilização e preparação segura e apropriada dos alimentos compostos, caso estes sejam incluídos numa ração geral.
- As intervenções em matéria de alimentação destinadas a grupos específicos são feitas em conformidade com orientações e protocolos claros e apresentados por escrito.
- Todo o pessoal que participa em programas de alimentação destinados a grupos específicos foi devidamente preparado e testado no que diz respeito à aplicação dos protocolos.
- O tratamento das pessoas que sofrem de subnutrição grave é supervisionado por um profissional de saúde com experiência e qualificações adequadas, que recebeu formação específica nesse campo.
- Os agentes de saúde, nutrição e/ ou apoio que têm contacto com pessoas que padecem de subnutrição leve ou com quem lhes presta assistência (ao domicílio, em centros de alimentação, em dispensários, etc.), têm capacidade comprovada para prestar o aconselhamento e o apoio adequados.
- O pessoal de saúde tem capacidade comprovada para aconselhar as mães e as pessoas que as assistem no que toca à alimentação apropriada dos bebés e das crianças pequenas.
- O pessoal de saúde tem capacidade comprovada para identificar correctamente carências de micronutrientes fundamentais, mediante exames clínicos e/ ou análises bioquímicas, se for possível realizá-los.

Norma 2 da capacidade: apoio

Os membros da população afectada pelo desastre devem receber apoio para se adaptarem ao seu novo ambiente e para poderem aproveitar ao máximo a assistência prestada.

Indicadores-chave

- Aqueles que se ocupam de pessoas que sofrem de subnutrição grave são preparados para cuidar delas após a sua recuperação e o seu regresso ao meio familiar.
- Os agregados familiares são orientados quanto aos métodos de preparação dos alimentos compostos e quanto ao seu valor para a dieta familiar, em especial para as crianças pequenas.
- As mães as pessoas responsáveis escolhidas para voltar a amamentar recebem o apoio, o aconselhamento e o encorajamento regulares de mulheres com experiência e capacidade adequadas.
- As mulheres grávidas e as mães de recém-nascidos recebem aconselhamento sobre as vantagens da amamentação e contam com o apoio necessário.
- Todos os membros da população afectada pela situação de emergência recebem informação sobre o tipo, a localização e os horários das instalações e dos serviços disponíveis.

Norma 3 da capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de nutrição devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Indicadores-chave

- Na concepção, implementação, controlo e avaliação dos programas de nutrição participam membros de ambos os sexos da população afectada.
- O pessoal compreende a importância de fortalecer as capacidades locais a fim de obter benefícios a longo prazo.

- No decurso do programa de assistência humanitária aproveita-se e fortalece-se a base de conhecimentos especializados dos colaboradores e das instituições locais e da população afectada.

Notas de orientação

1. **Consultar:** ODI/ People In Aid (1998) (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária).
2. **Características do pessoal:** os funcionários e os voluntários devem revelar capacidades à altura das suas respectivas missões. Além disso, devem estar ao corrente dos principais aspectos das convenções dos direitos humanos, do direito humanitário internacional e dos Princípios Orientadores para Deslocações Internas (consultar a Carta Humanitária).

É importante que seja proporcionada formação e apoio como parte de preparação para situações de emergência de forma a garantir a disponibilidade dos funcionários para desenvolverem um trabalho de qualidade. Uma vez que muitos países não estão preparados para situações de emergência, as organizações humanitárias devem seleccionar pessoal qualificado e competente antes deste ser destacado para uma situação de emergência.

As organizações humanitárias devem assegurar um equilíbrio entre o número de mulheres e homens nas equipas de emergência quando estas são destacadas para o terreno.

Apêndice 1

Definições

Acesso

Este termo indica a disponibilidade de alimentos suficientes (graças à produção, aos mercados, à colheita de produtos silvestres, às doações, etc.) e os meios de que as pessoas dispõem para os adquirir (pelo seu trabalho, pela compra, pela troca, etc.). O acesso é um elemento fundamental na noção de segurança alimentar (definida mais adiante) e deve ter em conta a dinâmica sazonal e os mecanismos de abastecimento.

Ambiente social e de cuidados

Entende-se por ambiente social e de cuidados o tempo, a assistência e o apoio que se dispõem na comunidade e no lar para satisfazer as necessidades físicas, mentais e sociais dos membros da família.³ As normas e mecanismos de apoio sociais são importantes ao considerar as funções que podem desempenhar as pessoas como responsáveis pela assistência no próprio agregado familiar e os seus possíveis efeitos. Existem seis tipos de actividades levadas a cabo pelas pessoas responsáveis pela assistência: 1) cuidar das mulheres; 2) amamentar e alimentar as crianças pequenas; 3) estimular as crianças e os adolescentes e apoiar o seu desenvolvimento; 4) ocupar-se da preparação dos alimentos e das práticas de armazenamento; 5) ocupar-se das práticas de higiene; 6) ocupar-se das práticas de saúde da família.

Aumento médio de peso (g/kg/d)

Calculado da seguinte maneira: (peso ao terminar o tratamento (g) menos peso mais baixo registado durante a recuperação (g)) + (peso mais baixo registado durante a recuperação (kg)) x número de dias passados entre a data em que se registou o peso mais baixo e o final do tratamento.

Baixas de um programa de alimentação

As baixas de um programa de alimentação são as pessoas que já não constam do registo e incluem: as pessoas que abandonaram o programa (desertores), as que recuperaram (que foram orientados para outros serviços) e as que faleceram.

CAC/ SCN

CAC/ SCN: Comité Administrativo das Nações Unidas para a Coordenação/Subcomissão para a Nutrição.

Desertor de um programa de alimentação terapêutica

Pessoa que não assistiu ao programa de alimentação durante mais de 48 horas.

Edema nutricional

Edema de fóvea bilateral simétrico que não pode dever-se a deficiência cardíaca, proteinúria geral, deficiência renal ou cardíaca, doença hepática ou pre-eclampsia.

IMC

Índice de Massa Corporal : $\frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura (m)}^2}$ (índice do estado de nutrição de adultos)

NCHS/CDC

National Centre for Health Statistics/ Centers for Disease Control, EUA 1975 (Centro Nacional de Estatísticas sobre Saúde/ Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças)

Pessoas recuperadas

Para classificar uma pessoa como recuperada da subnutrição grave, o doente não deve apresentar complicações médicas e deve ter conseguido alcançar um aumento de peso suficiente e ter mantido esse peso (por ex., em relação a duas pesagens consecutivas). Os valores limite relativos ao aumento de peso (expresso como índice nutricional) ao ser dada alta dos cuidados terapêuticos dependerão do facto do doente ser ou não enviado para outro programa de alimentação para pessoas que padecem de subnutrição moderada (ou seja, que as pessoas "recuperadas" incluem aqui as que são enviadas para outro lugar para receberem alimentação complementar); do tipo de programa, e da natureza do problema nutricional. Existem protocolos em que se indicam critérios apropriados para dar alta aos doentes de cuidados terapêuticos. É preciso respeitar rigorosamente esses critérios a fim de

evitar os riscos associados à saída prematura do programa. De igual modo, nos protocolos são definidos limites para a duração média do tratamento dos doentes que recebem cuidados terapêuticos, com o objectivo de evitar períodos prolongados de recuperação (por ex., a duração normal pode ser de 30-40 dias).

PMB

Perímetro mesobraquial.

PPA

Peso para a altura (índice para medir o estado de nutrição das crianças). Em crianças que meçam menos de 85cm (ou menores de dois anos), mede-se o comprimento em vez da altura em posição vertical.

Proporção de baixas por abandono

$$\frac{\text{número de desertores do programa}}{\text{número de baixas}} \times 100\%$$

Proporção de baixas por falecimento

$$\frac{\text{número de falecimentos do programa}}{\text{número de baixas}} \times 100\%$$

Proporção de baixas por recuperação

$$\frac{\text{número de pessoas a quem foi dada alta do programa com êxito}}{\text{número de baixas}} \times 100\%$$

Segurança alimentar

Utiliza-se a definição do Banco Mundial: acesso de todas as pessoas em todo o momento a alimentos suficientes para uma vida activa e saudável.

Subnutrição

A subnutrição é um estado de debilidade (emagrecimento) e/ou edema nutricional. As carências de micronutrientes também constituem formas de subnutrição, mas são consideradas à parte. O atraso no crescimento é outra forma de subnutrição, que no caso de populações afectadas por um desastre se considera uma indicação de problemas nutricionais de longa duração, anteriores ao desastre. Ao corrigir o emagrecimento ou o edema, reduz-se o risco de morte. Por estas razões, as normas em matéria de nutrição só se aplicam às actividades de nutrição destinadas a corrigir a debilidade e os edemas (bem como as carências de micronutrientes).

Definições de subnutrição

	Subnutrição Total	Subnutrição Moderada	Subnutrição Grave
Crianças 6,0-59,9 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● <-2Z PPA ou ● 80% média do PPA ou ● <12,5 cm de PMB e/ou ● edema nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> ● -3 a <-2Z PPA ou ● 70% a <80% média do PPA ou ● 11,0 a <12,5 cm de PMB 	<ul style="list-style-type: none"> ● <-3Z PPA ou ● <70% média do PPA ou ● <11,0 cm de PMB e/ou ● edema nutricional
Crianças 5-9,9 anos	<ul style="list-style-type: none"> ● <-2Z PPA ou ● <80% média do PPA e/ou ● edema nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> ● -3Z a <-2Z PPA ou ● 70% a <80% média do PPA 	<ul style="list-style-type: none"> ● <-3Z PPA ou ● <70% média do PPA e/ou ● edema nutricional
Adultos 20,0-59,9 anos	<ul style="list-style-type: none"> ● IMC <17 e/ou ● Edema nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> ● 16 a < 17 IMC 	<p><i>Ver: Questões de Especial Importância</i></p>

Crianças

Notas de orientação:

Os indicadores de peso para a altura (PPA) utilizam os dados de referência do NCHS/ CDC (Centro Nacional de Estatísticas sobre Saúde/ Centros para Controlo e Prevenção de Doenças).

O PMB é um dos melhores índices de predição de mortalidade, em parte porque se aplica especialmente às crianças mais pequenas. O PMB é muitas vezes utilizado em exames massivos para determinar os que estão mais expostos a riscos.

O PPA é o indicador de uso mais comum para avaliar a gravidade de um problema nutricional. É o instrumento preferido para avaliações e sondagens.

Questão de especial importância

Não existem valores limites antropométricos acordados no que diz respeito à subnutrição em bebés com menos de seis meses, para além da presença de edema nutricional. As referências sobre crescimento do NCHS/ CDC não são úteis, pois baseiam-se numa população de bebés alimentados com preparados, enquanto que as crianças amamentadas crescem a um ritmo diferente. Por esta razão, é importante avaliar as práticas de alimentação dos bebés, sobretudo o acesso ao leite materno, e as consequências que implica o apoio às mães a amamentar, com vista a determinar se a subnutrição pode constituir um problema neste grupo etário.

Adolescentes

Questão de Especial Importância

Não existe uma definição clara, comprovada e acordada da subnutrição nos adolescentes (segundo a definição da WHO (OMS), são adolescentes as pessoas de 10,0-19,9 anos). Os indicadores utilizados normalmente incluem:

O IMC em relação à idade, que não é aplicável em situações em que o atraso no crescimento é prevalente e a idade é difícil de determinar. Em tais circunstâncias, pode recorrer-se ao IMC em relação à altura. Na tabela abaixo são apresentados valores limite provisionais para ambos os indicadores. Os indicadores de maturação, especialmente a menarquia e a mudança de voz, permitem melhorar a interpretação dos dados de referência do IMC, dado que o ponto culminante da curva de crescimento do adolescente é alcançado antes de que se produzam essas mudanças fundamentais. No entanto, os valores limites do IMC ainda NÃO foram validados e devem utilizar-se com prudência. É indispensável que todas as avaliações do estado de nutrição dos adolescentes sejam acompanhadas de uma avaliação clínica.

Definições provisionais da subnutrição nos adolescentes⁴

Subnutrição Total	Subnutrição Moderada	Subnutrição Grave
● <-2Z IMC-idade ou	● -3 a <-2Z IMC-idade ou	● <-3Z IMC-idade ou
● <-2Z IMC-altura e/ou edema nutricional	● -3 a <-2Z IMC-altura	● <-3Z IMC-altura e/ou edema nutricional

Estes indicadores utilizam as normas de referência do NCHS/ CDC.

Existe também a possibilidade de avaliar a etapa de maturação alcançada pelo adolescente (em vez de considerar a idade ou a altura); nesse caso, podem utilizar-se os padrões de maturação locais, sem necessidade de dados de referência. No entanto, este método ainda não ultrapassou a etapa conceptual, pelo que exige investigações e verificações adicionais.

Adultos

Nota de orientação

Todas as avaliações da subnutrição grave nos adultos deve ser sempre acompanhada de um exame clínico, pois, tal como sucede no caso das crianças, a subnutrição associada a infeções acarreta maiores riscos de morte.

Questões de especial importância

Os valores limite da subnutrição nos adultos são indicadores de uma carência energética crónica. Não existem valores limite acordados a respeito da subnutrição de aparição rápida nos adultos, mas existem indícios para pensar que, para a subnutrição grave, esses valores poderiam ser inferiores a um IMC de 16. Deve distinguir-se entre os que precisam de alimentos especializados para recuperarem (ou seja, os casos de subnutrição grave de aparição rápida) e os que não necessitam (ou seja, os casos de carência energética crónica). Tudo isto exige verificação. Além disso, um valor limite universal do IMC é de aplicação reduzida, pois existem grandes variações do IMC entre as populações, que ocorrem independentemente do estado nutricional. Seria preciso corrigir essas variações.

Também é arriscado utilizar o IMC como instrumento de detecção massiva, pois há grandes variações do IMC no interior das populações

provocadas pela configuração corporal e não pelo estado de nutrição. Por isso deve-se avaliar os adultos mediante o PMB e criar valores limite apropriados.

O PMB pode utilizar-se como instrumento de selecção no caso das mulheres grávidas (por ex., como critério de admissão num programa de alimentação). Tendo em conta as suas necessidades adicionais em matéria de nutrição, as mulheres grávidas podem estar expostas a maiores riscos do que outros grupos da população (consultar a norma 2 em matéria de nutrição relativa à análise). O PMB não varia de maneira significativa durante a gravidez. Observou-se que um PMB <20,7 cm (risco grave) e <23,0cm (risco moderado) acarreta o risco de atraso do crescimento do feto.² É provável que este risco varie segundo a população.

Idosos

Questão de especial importância

Actualmente, não existe um critério acordado a respeito da subnutrição nos idosos, embora este grupo possa correr riscos de subnutrição em situações de emergência. A WHO (OMS) indica que as margens de IMC para os adultos podem ser apropriados para pessoas de 60-69 anos. A exactidão da medição é duvidosa por causa da curvatura da espinha dorsal (encurvamento) e da compressão das vértebras. O arco dos braços (ou seja, a distância entre a ponta do dedo médio de uma mão e a ponta do dedo médio da outra mão com os braços estendidos) pode utilizar-se em vez da altura, mas o factor de multiplicação para calcular a altura varia segundo a população. O IMC pode utilizar-se nos idosos que podem manter-se erguidos. O PMB pode ser um instrumento útil para medir a subnutrição nas pessoas idosas, embora as investigações sobre valores limite apropriados estejam ainda em curso.

UI

A Unidade Internacional utilizada para medir a vitamina A: 1 IU=0.3 µg de Equivalente de Retinol.

Notas

1. WHO (1997, versão preliminar), *The Management of Nutrition in Major Emergencies (A Gestão da Nutrição em Situações de Emergência Graves)*. OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.
2. WHO (1995), *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry (Estado Físico: O Uso e Interpretação da Antropometria)*. OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.
3. Baseado em definições da: UNICEF (1997a).

Apêndice 2

Necessidades Nutricionais

Os valores que se seguem podem ser utilizados para fins de planeamento na fase inicial de uma situação de emergência:

Adaptado de: WHO (1997, versão preliminar) e WFP/ UNHCR (Dezembro de 1997).

Nutriente	Necessidades médias da população
Energia	2100 kcals
Proteínas	10-12% da energia total (52-63g), mas < 15%
Lípidos	17% da energia total (40g)
Vitamina A	1,666 UI (ou 0,5mg de Equivalente de Retinol)
Tiamina (B1)	0,9mg (ou 0,4mg por ingestão de 1000 kcal)
Riboflavina (B2)	1,4mg (ou 0,6mg por ingestão de 1000 kcal)
Niacina (B3)	12,0mg (ou 6,6mg por ingestão de 1000 kcal)
Vitamina C	28,0 mg
Vitamina D	3,2 - 3.8 µg de calciferol
Ferro	22mg (biodisponibilidade baixa (i.e. 5-9%))
Iodo	150 µg

Apêndice 3

Valores Provisionais de Densidade Nutricional

Dado que não foram determinadas as necessidades da população relativamente a estes nutrientes essenciais, na tabela que se segue são propostas determinadas concentrações de nutrientes que poderão ser utilizadas de modo provisional em tarefas de planeamento. As consultas feitas a especialistas em 1998 poderão dar lugar a novas recomendações.

A Concentração Desejável de Nutrientes refere-se à dieta de um refugiado. O Limiar Inferior de Concentração é proposto como o valor mínimo abaixo do qual a concentração de nutrientes da dieta completa não deveria cair.

	Unidade	Concentração Desejável de Nutrientes	Limiar Inferior de Concentração
Minerais: todos os valores são determinados por 100Kcal			
POTÁSSIO (K)	mg	190	74
SÓDIO (Na)	mg	60	26
MAGNÉSIO (Mg)	mg	30	10
CÁLCIO (Ca)	mg	84	28
FÓSFORO (P)	mg	70	21
ZINCO (Zn)	mg	0,9	0,4
CUIVRE (Cu)	µg	95	28
SELENIUM (Se)	µg	3,6	1,85
MANGANESE (Mn)	µmol	0,3	
CHROME (Cr)	nmol	2	
MOLYBDENE(Mo)	nmol	5	
FLUORINE (F)	µmol	<1	

Fonte: Golden M H N, Briend A, Grellety Y (1995), *Report of meeting on supplementary feeding programmes with particular reference to refugee populations* (Relatório da reunião sobre programas de alimentação suplementar com particular referência a populações de refugiados). *European Journal of Clinical Nutrition* (Jornal Europeu de Nutrição Clínica). N.º 49, págs. 137-145.

Apêndice 4

Bibliografia Seleccionada

FAO/ WHO (diversos anos), *Joint FAO/ WHO Food Standards Programme*. Codex Alimentarius Commission, Volumes 1 to 14 (Programa Conjunto FAO/ OMS sobre Normas Alimentares, Comissão do Codex Alimentarius, Volumes 1 a 14). Para mais informações, consultar codex@FAO.org.

Jaspars, S e Young, H. (1995), *Good Practice Review 3: General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities* (Estudo de Práticas Adequadas 3: Distribuição Geral de Alimentos em Situações de Emergência: das Necessidades Nutricionais às Prioridades Políticas). Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres.

MSF (1995), *Nutrition Guidelines* (Orientações sobre Nutrição). Medecins Sans Frontieres. Paris. Shoham J (1994), *Good Practice Review 2: Emergency Supplementary Feeding Programmes* (Estudo de Práticas Adequadas 2: Programas de Alimentação Suplementar em Situações de Emergência). Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres. Overseas Development Institute/ People In Aid (1998) *People In Aid: Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. (Pessoas em Missões de Ajuda: Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária) ODI/ People In Aid (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid). Londres.

Save the Children (1995), *Toolkits. A Practical Guide to Assessment, Monitoring, Review and Evaluation. Development Manual 5* (Um Guia Prático para Avaliação Inicial, Controlo, Estudo e Avaliação Posterior. Manual de Desenvolvimento 5). Save the Children Fund (UK), Londres.

Sommer, A (1995), *Vitamin A Deficiency and its Consequences: a Field Guide to Detection and Control* (Carência de Vitamina A e suas Consequências: um Guia no Terreno para Detecção e Controlo). Organização Mundial de Saúde. Genebra.

UNHCR/ WFP (1999), *Guidelines for Selective Feeding Programmes in Emergency Situations* (Orientações para Programas de Alimentação Selectiva em Situações de Emergência). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNICEF (1997a), *The Care Initiative. Assessment Analysis and Action to Improve Care for Nutrition*. (A Iniciativa de Cuidados. Análise de Avaliação e Acções para Melhorar os Cuidados de Nutrição) Secção de Nutrição, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Nova Iorque.

UNICEF (1997b), *The State of the World's Children* (O Estado das Crianças do Mundo) 1998. Foco na Nutrição. Oxford University Press.

Walker, D J (ed.) (1992), *Food Storage Manual* (Manual de Armazenamento de Alimentos). Programa Mundial para a Alimentação/ Instituto de Recursos Naturais. ISBN 0 85954 3137.

Weatherall, DJ, Ledington, JGG, Warrell, DA, (eds) (1996), *Oxford Textbook of Medicine* (Manual de Medicina da Oxford), 3ª ed. Oxford University Press, Oxford. Consultar secção sobre subnutrição grave, págs. 1278-1296.

WFP/ UNHCR (Dezembro de 1997), *Joint WFP/ UNHCR Guidelines for Estimating Food and Nutritional Needs in Emergencies* (Programa Conjunto PMA/ ACNUR Orientações para Estimativa das Necessidades Alimentares e Nutricionais em Situações de Emergência). Roma/ Genebra.

WFP/ UNHCR (Março de 1997), *Memorandum of Understanding on the Joint Working Arrangements for Refugee, Returnee and Internally Displaced Persons Feeding Programmes* (Memorando de Acordo sobre os Trabalhos Conjuntos em Programas de Alimentação para os Refugiados, Retornados e Pessoas Deslocadas Internamente). Programa Mundial para a Alimentação. Roma.

WFP/ UNICEF (Fevereiro de 1998): *Memorandum of Understanding between World Food Programme (WFP) and United Nations Children's Fund (UNICEF)* (Memorando de Acordo entre o Programa Mundial para a Alimentação (PMA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância

(UNICEF)). Nova Iorque.

WHO (1998a), *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge* (Alimentação Complementar de Crianças Pequenas nos Países em Vias de Desenvolvimento: Um Estudo do Conhecimento Científico Actual). UNICEF, Universidade de California Davis, OMS e ORSTROM. OMS - Organização Mundial de Saúde, Genebra.

WHO (1981), *International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes* (Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1998b), *Management of Severe Malnutrition - a Manual for Physicians and Other Senior Health Workers* (Gestão da Subnutrição Grave - um Manual para Médicos e Outros Agentes de Saúde Seniores). OMS - Organização Mundial de Saúde, Genebra.

WHO (1995), *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee* (Estado Físico: O Uso e Interpretação da Antropometria. Relatório de um Comité de Especialistas da OMS). WHO Technical Report Series 854 (Relatório Técnico da OMS Série 854). OMS - Organização Mundial de Saúde, Genebra.

WHO (1997, versão preliminar), *The Management of Malnutrition in Major Emergencies* (A Gestão da Subnutrição em Situações de Emergência Graves). Organização Mundial de Saúde, Genebra. Esta é uma actualização de uma publicação anterior da OMS: De Ville de Goyet, C, Seaman, J, e

Geijer, U (1978), *The Management of Nutritional Emergencies in Large Populations* (A Gestão de Emergências Nutricionais em Populações Numerosas). OMS - Organização Mundial de Saúde, Genebra.

WHO (1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health* (Indícios em Nutrição e Saúde Humana). OMS - Organização Mundial de Saúde, Genebra.

WHO (1997), *Vitamin A Supplements: A guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia* (Suplementos de Vitamina A: Um Guia para o seu uso no tratamento e prevenção de carências de vitamina A e xeroftalmia). Segunda Edição. Grupo de Trabalho OMS/ UNICEF/ IVACG.

WCRWC/ UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement* (As Dimensões por Género das Deslocações Internas). Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas). Nova Iorque.

Young, H (1992). *Food Scarcity and Famine: Assessment and Response* (Escassez de Alimentos e Fome: Avaliação e Resposta). Oxfam Practical Health Guide No 7. (Guia Prático de Saúde N.º 7 da Oxfam). Oxfam. Oxford.

Outros Recursos

O Nutcalc é um programa informático simples para análise das rações alimentares que funciona em MS DOS e foi desenvolvido pela Action Contre la Faim (ACF) (Acção Contra a Fome).

Normas Mínimas em Matéria de Ajuda Alimentar

Índice

Introdução	131
1. Análise	135
2. Necessidades	146
3. Selecção de Beneficiários	150
4. Gestão de Recursos	152
5. Logística	155
6. Distribuição	159
7. Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos	163
Apêndice 1: Outras Questões de Especial Importância	166
Apêndice 2: Bibliografia Seleccionada	168

Nos Anexos 1 e 2 do final da obra poderá consultar, respectivamente, o glossário geral e uma lista de siglas.

Normas Mínimas em Matéria de Ajuda Alimentar

Introdução

As Normas Mínimas em Matéria de Ajuda Alimentar são uma expressão prática dos princípios e direitos enunciados na Carta Humanitária. A Carta concentra a sua atenção nos requisitos fundamentais para manter as vidas e a dignidade das pessoas afectadas por catástrofes ou conflitos, segundo o consignado no conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos, no direito humanitário internacional e no direito relativo aos refugiados. É sobre esta base que as organizações humanitárias oferecem os seus serviços. Estas organizações comprometem-se a actuar de acordo com os princípios de humanidade e imparcialidade e com os restantes princípios definidos no Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre. A Carta Humanitária reafirma a importância fundamental de três princípios-chave:

- o direito à vida com dignidade
- a distinção entre combatentes e não-combatentes
- o princípio de non-refoulement

As normas mínimas dividem-se em duas grandes categorias: aquelas relacionadas directamente com os direitos das pessoas; e aquelas relacionadas com a actuação das organizações que contribuem para que as pessoas usufruam desses direitos. Algumas das normas mínimas combinam ambas as categorias.

1 Importância dos alimentos em situações de emergência

Todas as pessoas precisam de consumir quantidades adequadas de alimentos de qualidade suficiente para assegurar a sua saúde e o seu bem-estar. Se os meios normais de abastecimento de alimentos de uma comunidade se ressentirem devido a um desastre, poderá ser necessária uma intervenção de ajuda alimentar. Quando as pessoas não podem ter acesso a alimentos suficientes, é muito provável que adoptem estratégias de sobrevivência a curto prazo, tais como desfazerem-se de bens do agregado familiar, o que pode levar ao seu empobrecimento, a problemas de saúde e a outras consequências negativas a longo prazo. A ajuda alimentar pode, então, ser um mecanismo importante para ajudar a desenvolver a auto-suficiência da população e a restabelecer a sua capacidade para fazer frente a futuras comições.

Sem alimentos suficientes, outras intervenções de assistência humanitária poderão ser menos eficazes. Os casos de subnutrição irão aumentar, apesar da existência de programas de nutrição; as intervenções ao nível da saúde por si só não bastarão para prevenir as doenças, agravadas pela falta de uma ingestão adequada de nutrientes; e mesmo se as instalações higiénicas forem apropriadas, a população continuará susceptível a contrair doenças por causa da debilitação do sistema imunitário e da diminuição das reservas do organismo.

O objectivo da ajuda alimentar é:

- Sustentar a vida garantindo que as pessoas afectadas por um desastre tenham uma disponibilidade suficiente de alimentos e um acesso adequado aos mesmos. (Consultar também o capítulo 2, Normas Mínimas em Matéria de Nutrição).
- Proporcionar recursos alimentares suficientes para eliminar a necessidade de recorrer a estratégias de sobrevivência que podem acarretar consequências negativas a longo prazo para a dignidade humana, para a viabilidade do agregado familiar, para a segurança da subsistência e para o meio ambiente.
- Possibilitar a transferência ou substituição a curto prazo dos rendimentos das pessoas afectadas para que possam investir os recursos familiares na recuperação.

Dado que as mulheres habitualmente assumem a responsabilidade geral pela alimentação da família, têm uma importante função a cumprir contribuindo para que os programas de ajuda alimentar sejam equitativos, apropriados e de fácil acesso. Será necessário ter em conta os papéis atribuídos a ambos os sexos e as práticas culturais que poderão afectar a forma de acesso das

mulheres e dos homens à ajuda alimentar; e terão de ser adoptadas medidas para controlar, evitar e dar resposta a situações de violência sexual ou de exploração sexual nos pontos de distribuição de alimentos. Por isso, é importante fomentar a participação das mulheres na concepção e implementação dos programas de ajuda alimentar sempre que isso seja possível.

2 Guia para este capítulo

Este capítulo divide-se em sete secções (análise, participação, coordenação, etc.), cada uma das quais inclui o seguinte:

- **As normas mínimas:** especificam os níveis mínimos a alcançar em cada área.
- **Indicadores-chave:** são “sinais” que permitem verificar se a norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou métodos utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.
- **Notas de orientação:** incluem referências a aspectos concretos que é preciso ter em consideração ao aplicar a norma em diferentes situações; orientações acerca do melhor modo de resolver dificuldades de ordem prática e aconselhamento sobre questões de carácter prioritário. Também podem incluir comentários sobre questões de especial importância referentes à norma ou aos indicadores, e assinalar problemas, controvérsias ou lacunas no conhecimento actual sobre determinada matéria. Preencher estas lacunas ajudará a melhorar as normas mínimas em matéria de ajuda alimentar no futuro.

No Apêndice 1 deste capítulo, são assinaladas outras questões de especial importância e no Apêndice 2 é apresentada uma bibliografia seleccionada.

As normas foram elaboradas e são apresentadas segundo uma ordem intencional. A primeira secção lida com a análise do problema e a participação das pessoas afectadas pelo desastre. As restantes secções (necessidades nutricionais, selecção de beneficiários, gestão de recursos, logística e distribuição) seguem uma sequência lógica e abrangem os principais aspectos do programa de ajuda alimentar. A secção 7 aplica-se a todo o trabalho e trata de questões relativas à capacidade humana necessária para implementar com eficácia os programas de ajuda alimentar.

Quando necessária é feita referência às normas técnicas de outros sectores para sublinhar a ligação estreita do trabalho num sector com o trabalho noutros sectores e para salientar que o progresso numa área depende do progresso alcançado noutras áreas.

Em particular, há uma estreita ligação entre as normas do sector da nutrição e as do sector de ajuda alimentar. Ambos os sectores sobrepõem-se no que diz respeito à informação exigida para avaliar a situação e determinar as necessidades. Há também aspectos comuns relativamente à definição das necessidades nutricionais (logo, alimentares).

Os dois sectores são apresentados em capítulos separados por três razões. Em primeiro lugar, a nutrição em situações de emergência ultrapassa a adopção de decisões acerca das necessidades de ajuda alimentar. Em segundo lugar, a programação da ajuda alimentar implica exigências concretas em relação aos procedimentos de gestão financeira e logística; a fusão de ambos os sectores resultaria num capítulo demasiado extenso e alargado. Em terceiro lugar, a nutrição está associada a questões mais alargadas de segurança alimentar do que a mera ajuda alimentar. Como a ajuda alimentar pode ser um dos componentes de uma resposta em matéria de segurança alimentar, são necessárias outras normas que abarquem esta área.

As Normas Mínimas

1 Análise

Os programas destinados a satisfazer as necessidades das populações afectadas por desastres devem basear-se numa compreensão profunda da situação, incluindo os factores políticos e os factores relacionados com a segurança, bem como da evolução prevista. As pessoas afectadas por desastres, as organizações humanitárias, os doadores e as autoridades locais têm de saber que as intervenções são adequadas e eficazes. Por isso, a análise dos efeitos do desastre e do impacto do próprio programa de ajuda alimentar são factores críticos. Se o problema não for identificado e compreendido correctamente, será difícil, ou até impossível, apresentar uma resposta certa.

A análise da necessidade de dar ajuda alimentar a uma população afectada por um desastre apresenta dificuldades especiais. O desastre pode reduzir o acesso directo da população aos alimentos, ao afectar a produção ou as reservas de alimentos do agregado familiar; ou então pode reduzi-lo indirectamente ao impedir o acesso aos mercados, por exemplo. Por vezes, a ajuda alimentar é apenas um dos meios de restabelecer o acesso da população aos alimentos; outros podem ser a reparação das estradas após um terramoto ou a venda de alimentos para estabilizar os preços de mercado.

Com a excepção dos casos concretos de deslocamentos da população em que as pessoas afectadas provavelmente não têm nenhum tipo de acesso a alimentos, as populações afectadas por desastres costumam poder abastecer-se parcialmente de alimentos através dos seus próprios recursos. Não existe nenhuma técnica de avaliação prática que permita distinguir com precisão as diferentes necessidades de ajuda alimentar dos agregados familiares de uma população. Em consequência, é impossível determinar com rigor as necessidades de ajuda alimentar de uma população, excepto quando esta depende inteiramente dessa ajuda para sobreviver. No entanto, deve ser definida uma estimativa demográfica acordada. Também há limitações práticas quanto à exactidão com que se pode atribuir ajuda alimentar a

quem dela precisa. É importante ter em conta estas dificuldades práticas ao aplicar as normas relativas à análise.

As normas relativas à análise aplicam-se antes de iniciar qualquer programa e ao longo de todo o ciclo do programa. A análise começa com uma avaliação inicial imediata que permite determinar a magnitude do desastre e decidir se se deve e como se deve intervir. Prossegue com o controlo, que permite saber em que medida o programa contribui para a satisfação das necessidades existentes e determinar se são necessárias alterações que. Em seguida, realiza-se uma avaliação posterior a fim de determinar o grau de eficácia global do programa e extrair lições para o futuro.

Dado que as técnicas para avaliar as necessidades alimentares numa situação de desastre são limitadas para obter um conhecimento profundo dos problemas e conseguir que a assistência humanitária seja prestada de forma coordenada, é fundamental que todos os interessados partilhem a informação e os conhecimentos pertinentes. Registrar e difundir a informação resultante do processo de análise contribui para uma ampla compreensão das consequências adversas para a saúde pública e outras consequências dos desastres, e pode ajudar no desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção de desastres e atenuação das suas consequências.

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Antes de tomar quaisquer decisões relativas ao programa, existe uma compreensão profunda das condições essenciais que podem criar riscos de insegurança e necessidade de ajuda alimentar.

Indicadores-chave

- Proceder-se de imediato a uma avaliação inicial segundo os procedimentos internacionalmente aceites, tarefa que deverá ser executada por pessoal com a experiência adequada.
- A avaliação inicial é realizada em cooperação com uma equipa multi-sectorial (água e saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e saúde), as autoridades locais, mulheres e homens da população afectada e as organizações humanitárias que tencionam dar resposta à situação.
- A informação é recolhida e apresentada de forma a permitir que o processo de tomada de decisões seja coerente e transparente.

- Os dados são distribuídos segundo o sexo e a idade.
- A informação recolhida deverá incluir:
 - O grau e a natureza de todos os deslocamentos de população.
 - Informação sobre o acesso da população aos alimentos antes do desastre, incluindo:
 - Os meios normais de acesso aos alimentos de que dispunha a população afectada antes do desastre, incluindo eventuais considerações sazonais.
 - Os factores de ordem social, económica e política que influenciavam o acesso da população afectada aos alimentos antes do desastre, incluindo as variações dentro de cada população e entre diferentes populações da zona em questão.
 - Dados e análise dos efeitos do desastre no acesso da população aos alimentos, incluindo:
 - Morbilidade e subnutrição.
 - Efeitos directos do desastre em agregados familiares com diferentes características económicas.
 - Efeitos indirectos na economia e na economia política geral, em particular as alterações da oferta, da procura e dos preços de mercado e as alterações no controlo político do abastecimento de alimentos.
 - Factores que afectam a segurança individual e geral da população e limitações da liberdade de circulação e de acesso.
 - Provas de que os agregados familiares não podem fazer face à insuficiência de alimentos.
 - As necessidades relativas dos diferentes grupos da população (por ex., no que diz respeito à idade, ao género, etc.).
 - Até que ponto é necessária uma intervenção para evitar o empobrecimento pela perda de bens produtivos ou a adopção de medidas extremas para obtenção de rendimentos.
 - Possíveis efeitos negativos da ajuda alimentar.
- São feitas recomendações acerca da necessidade de assistência externa e das opções disponíveis. Se for necessária essa assistência, acrescentam-se

recomendações sobre as prioridades, uma estratégia de intervenção e os recursos necessários. São tidos em consideração:

- A dimensão, o âmbito e a duração de um programa de ajuda alimentar.
- O número previsto de pessoas afectadas e as características demográficas.
- A estrutura social e política da população.
- As capacidades e os recursos locais.
- As necessidades dos grupos de risco.
- O acesso à população afectada e os melhores métodos para disponibilizar os alimentos.
- O período de tempo em que poderá ser necessária a ajuda alimentar.
- Os recursos e os requisitos logísticos necessários para apoiar a distribuição eficaz da ajuda alimentar; as infra-estruturas locais e os serviços e instalações existentes.

Os factores que incidem na segurança pessoal e geral da população afectada: as ameaças concretas à segurança com que se defrontam os grupos vulneráveis, em especial as mulheres e as adolescentes, são tidas em conta na concepção de programas de ajuda alimentar.

- Os possíveis efeitos negativos imediatos da prestação da ajuda alimentar, incluindo: os deslocamentos da população para os locais de distribuição de alimentos; o aumento da insegurança nos arredores desses locais; o despovoamento de zonas de produção agrícola; a destabilização dos mercados locais; a diminuição da produção agrícola.
 - As consequências e o impacto ambiental possíveis a longo prazo das intervenções propostas.
- É elaborado um relatório de avaliação inicial, no qual se mencionam as áreas-chave e as recomendações adequadas.
 - As conclusões da avaliação inicial são disponibilizadas a outros sectores, às autoridades nacionais e locais, às organizações humanitárias participantes e a representantes de ambos os sexos da população afectada.

Notas de orientação

1. **Procedimentos de avaliação inicial aceites internacionalmente:** consultar MSF (1995), Young (1992) e WFP/ UNHCR (Dezembro de 1997).
2. **Rapidez de resposta:** a rapidez de resposta é um aspecto essencial da avaliação inicial, tarefa que deve ser levada a cabo o mais cedo possível após o desastre. Se for necessário, devem ser satisfeitas de imediato e simultaneamente as necessidades mais prementes. Regra geral, deve ser elaborado um relatório no espaço de uma semana a contar da chegada ao local do desastre, embora isso dependa das circunstâncias particulares e da situação em geral.
3. **Participantes na avaliação inicial:** nesta tarefa, devem ser incluídas pessoas capazes de obter informação junto de todos os grupos da população afectada de forma culturalmente aceitável, em especial no que diz respeito à análise de questões relacionadas com o género e às competências linguísticas. O ideal seria que participasse um número equilibrado de homens e mulheres.
4. **Processo de avaliação inicial:** antes de começar o trabalho no terreno, todos os participantes devem chegar a acordo quanto ao procedimento a adoptar para realizar a avaliação inicial, devendo igualmente ser distribuídas as respectivas tarefas específicas.
5. **Recolha de informação:** existem várias técnicas diferentes para recolha de informação pelo que é preciso escolhê-las cuidadosamente, seleccionando as que melhor se enquadram na situação e no tipo de informação necessária. Em geral, é conveniente recolher informação com mais frequência quando a situação evolui mais rapidamente, e quando se dão acontecimentos de especial importância, como novos movimentos da população ou um surto epidémico de diarreia. Embora as avaliações iniciais possam ser mais rápidas e menos rigorosas, a análise melhora à medida que se dispõe de mais tempo e de mais dados. As listas de verificação são um meio útil para assegurar que todas as questões fundamentais são examinadas.
6. **Fontes de informação:** é possível compilar informação para o relatório de avaliação inicial a partir de publicações disponíveis, material histórico pertinente, dados relativos à situação anterior à emergência e também a partir de conversas com pessoas idóneas, bem informadas, incluindo os doadores, os funcionários das organizações humanitárias

- e da administração pública nacional, os especialistas locais, os dirigentes de ambos os sexos da comunidade, os idosos, o pessoal clínico participante, os professores, os comerciantes, etc. Os planos nacionais ou regionais de preparação para casos de desastre podem ser também uma fonte de grande utilidade. As discussões em grupo com membros da população afectada podem proporcionar informação útil sobre práticas e crenças. Outras fontes de informação são os sistemas de alerta antecipado e os planos nacionais ou regionais de preparação para casos de desastre. Tanto os métodos utilizados para obter informação como os limites da sua fiabilidade devem ser comunicados com clareza. Nunca se deve apresentar a informação de tal forma que dê uma imagem errada da situação real.
7. **Questões implícitas:** o conhecimento dos direitos das pessoas afectadas por desastres, em conformidade com o direito internacional, deve servir de base à avaliação inicial. Tanto esta como a análise posterior devem revelar um conhecimento apropriado dos problemas estruturais, políticos, de segurança, económicos, demográficos e ambientais subjacentes que incidem na zona. É vital ter em conta a experiência prévia e as opiniões das pessoas afectadas ao analisar a dinâmica e o impacto da nova situação de emergência. Por isso mesmo, é preciso contar com a competência técnica e os conhecimentos locais, tanto na recolha de dados como na análise dos recursos, capacidades, vulnerabilidades e necessidades. Devem também ser consideradas as condições de vida actuais e no período antes da situação de emergência da população deslocada e não-deslocada da zona
 8. **Gado:** quando a criação de gado é um meio de vida muito importante, deve-se determinar, na avaliação inicial e na análise, a natureza e a magnitude das ameaças para a saúde e para a vida do gado. Devem ser considerados como indicadores da intensidade da ameaça a relação de intercâmbio entre gado e cereais, a venda precipitada de animais, os problemas em relação aos direitos de pastoreio e acesso à água, e o acesso aos serviços de assistência veterinária.
 9. **Grupos de risco:** devem ser tidas em conta as necessidades dos grupos expostos a danos adicionais, como mulheres, adolescentes, menores não-acompanhados, crianças, idosos e pessoas com deficiências. Há também que determinar os papéis que cabem às pessoas de um e de outro sexo no sistema social.

10. **Recuperação:** na avaliação inicial devem ser recolhidas ideias e análises relativamente ao período de recuperação posterior ao desastre, de forma a que as intervenções destinadas a satisfazer as necessidades imediatas sirvam para favorecer a recuperação da população afectada.

Norma 2 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento e a eficácia do programa de ajuda alimentar, bem como as alterações contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Indicadores-chave

- A informação recolhida para controlo e avaliação é útil e oportuna; é registada e analisada de forma precisa, lógica, coerente e transparente.
- Foram estabelecidos sistemas que permitem controlar o nível, os movimentos e a distribuição das existências.
- Foi estabelecido um sistema de controlo da cadeia de abastecimento que permite identificar problemas que exigem a adopção de medidas correctivas.
- A qualidade do sistema de distribuição de alimentos é controlada.
- Graças ao acompanhamento do utilizador final mediante visitas e entrevistas aos agregados familiares, os beneficiários podem fornecer informação sobre a eficácia da intervenção em matéria de ajuda alimentar.
- São elaborados com regularidade relatórios analíticos sobre as repercussões da situação de emergência e do programa na situação nutricional. Também são apresentados relatórios sobre quaisquer alterações nas circunstâncias e outros factores que podem justificar a alteração do programa.
- São estabelecidos sistemas que possibilitam uma corrente de informação entre o programa, outros sectores, a população afectada, as autoridades locais competentes, os doadores e outros interessados, quando necessário.
- As actividades de controlo fornecem informação sobre a eficácia do programa em satisfazer as necessidades de grupos específicos da população afectada.

- As mulheres, os homens e as crianças da população afectada são consultados regularmente e participam nas actividades de controlo.
- O programa é avaliado em função de objectivos declarados e normas mínimas acordadas, a fim de medir a sua eficácia e repercussão globais na população afectada.

Notas de orientação

1. **Dever:** às organizações que levam a cabo programas de ajuda alimentar são confiados recursos consideráveis em benefício de pessoas cujas possibilidades de acesso aos alimentos ficaram gravemente comprometidas. Tal como no caso de outros recursos, as organizações têm o dever de controlar a forma como é usada a ajuda alimentar e os fundos atribuídos ao programa.
2. **Utilização da informação proveniente do controlo:** todas as situações de emergência são instáveis e dinâmicas por definição. Assim, é indispensável dispor regularmente de informação actualizada para assegurar que os programas continuam a ser pertinentes. A informação obtida graças ao controlo contínuo dos programas deve ser incorporada nos exames e avaliações posteriores. Nalgumas circunstâncias, pode ser necessário modificar a estratégia para fazer face a alterações importantes da situação ou das necessidades.
3. **Utilização da informação procedente da avaliação inicial:** a informação gerada pelo processo de avaliação inicial é utilizada em actividades de controlo e avaliação do programa de ajuda alimentar.
4. **As actividades de controlo podem incluir:** verificação sistemática dos documentos de inventário e apresentação de relatórios sobre os movimentos dos produtos; controlos independentes da quantidade e da qualidade de distribuição; análise dos registos de distribuição e verificações aleatórias das rações recebidas; visitas aleatórias a agregados familiares que recebem ajuda alimentar para avaliar a aceitabilidade e utilidade da ração.
5. **Visitas aos agregados familiares:** o controlo mediante visitas a amostras de agregados familiares fornece informação sobre a aceitabilidade e a utilização da ração. Essas visitas também permitem identificar pessoas que satisfazem os critérios de selecção mas não estão a receber ajuda alimentar.
6. **Efeitos mais alargados:** no controlo devem ser examinados os efeitos do sistema de distribuição de alimentos no ciclo agrícola, nas condições do mercado, na disponibilidade de investimentos agrícolas e nas actividades agrícolas.
7. **Segurança:** o controlo dos pontos de distribuição de alimentos é decisivo para conseguir que a distribuição seja segura e equitativa, particularmente para as mulheres e para as crianças.
8. **Utilização e difusão da informação:** a informação recolhida deve estar directamente relacionada com o programa. Por outras palavras, deve ser útil e deve ser utilizada. Além disso, deve ficar à disposição de outros sectores e de outras organizações, bem como das populações afectadas conforme seja necessário. Os meios de comunicação utilizados (método de difusão, língua, etc.) devem ser adequados ao público ao qual essa informação se destina.
9. **Pessoas que participam no controlo:** quando o controlo exige consultas, deve-se incluir na tarefa pessoas capazes de obter informação de todos os grupos da população afectada de uma forma culturalmente aceitável, em especial no que respeita ao género e às competências linguísticas. A participação das mulheres deve ser encorajada.
10. **Avaliação posterior:** a avaliação posterior é importante, porque serve para avaliar a eficácia da acção, identificar lições para futuras actividades de preparação, mitigação ou assistência em casos de desastre e fomentar a prestação de contas. A avaliação aqui referida compreende dois processos interligados:
 - a) A avaliação interna do programa, que normalmente é realizada pelo pessoal como parte da análise e do exame sistemáticos da informação proveniente do controlo. A organização humanitária também deve avaliar a eficácia de todos os seus programas relacionados com uma determinada situação de desastre ou comparar os seus programas referentes a diferentes situações.
 - b) A avaliação externa, por seu lado, pode fazer parte de uma actividade de avaliação mais alargada realizada pelas organizações e pelos doadores, e pode ter lugar, por exemplo, após o final da fase crítica da situação de emergência. Ao realizar as avaliações, é importante que as técnicas e os recursos utilizados sejam compatíveis com a escala e a natureza do programa, e que no

relatório sejam descritos a metodologia utilizada e os procedimentos seguidos para retirar as conclusões. Os resultados das avaliações devem ser comunicados a todos os intervenientes no processo de assistência humanitária, incluindo a população afectada.

Norma 3 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

Indicadores-chave

- As mulheres e os homens da população afectada pelo desastre devem ser consultados e ser envolvidos na tomada de decisões relacionadas com a avaliação inicial das necessidades e com a concepção e implementação do programa.
- As mulheres e os homens da população afectada recebem informação sobre o programa de assistência e têm a oportunidade de apresentar comentários sobre o programa à organização humanitária.

Notas de orientação

1. **Equidade:** a participação da população afectada pelo desastre na adopção de decisões e na concepção e implementação dos programas contribui para que estes sejam equitativos e eficazes. Deve-se ter especial cuidado para assegurar a participação das mulheres, bem como uma representação equilibrada de ambos os sexos no programa de assistência. A participação no programa de ajuda alimentar também pode servir para reforçar o sentido de dignidade e de valor das pessoas em momentos de crise. Essa participação gera um sentido de comunidade e de posse que pode contribuir para a segurança pessoal e geral, tanto de quem recebe a assistência, como de quem está encarregado da sua prestação.
2. **A população pode participar no programa de ajuda alimentar de diferentes maneiras:** por exemplo, realizando tarefas remuneradas ou de carácter voluntário na manipulação e distribuição dos alimentos; participando nos comités de distribuição, participando nas decisões sobre os níveis das rações e os critérios de selecção; difundindo informação sobre as distribuições de alimentos; apresentando listas de

agregados familiares; ajudando na manutenção do controlo e da segurança das multidões.

3. **Comités de coordenação:** os comités de coordenação contribuem para promover a participação da população no programa de assistência. Deve-se assegurar que esses comités são verdadeiramente representativos da população afectada, tendo em conta na sua composição factores como o género, a idade, a etnia e a situação socioeconómica. Também deverão estar representados dirigentes políticos destacados, dirigentes comunitários de ambos os sexos e líderes religiosos. Os papéis e funções de um comité de coordenação devem ser definidos no momento da sua criação.
4. **Consulta de opiniões:** a participação também pode realizar-se mediante a organização sistemática de consultas de opinião e discussões. Estas poderão ser efectuadas durante a distribuição, visitas ao domicílio ou discussões sobre problemas ou preocupações individuais. As discussões em grupo com membros da comunidade afectada podem proporcionar informação útil sobre as crenças e práticas culturais.

2 Necessidades

A avaliação e a análise iniciais da situação de emergência permitirão identificar as fontes de alimentos e rendimentos próprias da população afectada e conhecer a quantidade e o tipo de ajuda humanitária necessária para que a população no seu conjunto se mantenha num estado nutricional aceitável.

A norma relativa às necessidades em matéria de ajuda alimentar baseia-se nas estimativas de planeamento da OMS para uma população típica (para mais detalhes, consultar o Apêndice 2 do capítulo 2, Necessidades nutricionais).

Podem ser determinadas necessidades de ajuda alimentar no que diz respeito a:

Uma ração geral: para proporcionar uma cesta completa de alimentos básicos em quantidades suficientes, a fim de satisfazer as necessidades nutricionais (consultar indicadores mais à frente).

Uma ração complementar: para proporcionar um ou dois alimentos básicos como complemento dos alimentos disponíveis a que a população afectada tem acesso (por exemplo, legumes e óleos para complementar os cereais que se podem obter no local).

Uma ração suplementar: para proporcionar alimentos específicos que enriqueçam a ração geral, a fim de satisfazer as necessidades de determinados grupos. Como regra geral, esses grupos incluirão pessoas afectadas pela subnutrição, crianças pequenas e/ ou mulheres grávidas ou mães a amamentar.

Norma relativa às necessidades

A cesta de alimentos e as rações são concebidas para que compensem a diferença entre as necessidades de alimentos da população afectada e os alimentos que esta pode obter através das suas próprias fontes.

Indicadores-chave

- As necessidades nutricionais baseiam-se nas seguintes estimativas de planeamento inicial da OMS:
 - 2.100 kcal por pessoa por dia.
 - 10-12% da energia total provém das proteínas.
 - 17% da energia total provém dos lípidos.
 - A ingestão adequada de micronutrientes graças ao consumo de alimentos frescos ou enriquecidos.
- Nas estimativas sobre as fontes de alimentos e rendimentos da população são tidos em conta, entre outros:
 - Oportunidades de comercialização e obtenção de rendimentos.
 - Possibilidade de obter forragens e alimentos silvestres.
 - Estações agrícolas e acesso a bens de produção.
 - Fontes de rendimento e estratégias de sobrevivência.
- No nível das rações são tidos em conta, entre outros:
 - Necessidades nutricionais gerais.
 - Necessidades específicas dos grupos vulneráveis.
 - Acesso a fontes alternativas de alimentos e/ ou rendimentos.
- Na selecção de produtos alimentares são tidos em conta, entre outros:
 - Disponibilidade local e repercussão no mercado.
 - Aceitabilidade e preparação locais.
 - Conveniência e composição do ponto de vista nutricional.
 - Necessidades de combustível para cozinhar.
 - Outros factores nutricionais (consultar no capítulo 2 a norma 3 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição).

Notas de orientação

1. **Valor de referência inicial:** é recomendado que o valor de referência inicial de 2.100 kcal por pessoa por dia seja usado como valor de planeamento quando os factores de ajuste ainda não são conhecidos. O CICV utiliza como ponto de referência uma ração de 2.400 kcal por pessoa por dia. As 300 kcal adicionais permitem satisfazer as necessidades de grupos específicos abrangidos por programas de alimentação suplementar. (Consultar no capítulo 2 as normas em matéria de Nutrição. Consultar também WFP/ UNHCR (1997), Guidelines on Estimating Food and Nutritional Needs in Emergencies (Orientações para Estimativa das Necessidades Alimentares e Nutricionais em Situações de Emergência).
2. **Coordenação:** todas as organizações que intervêm na prestação de ajuda alimentar devem empenhar-se para que a assistência seja coordenada. Programas de ajuda alimentar mal coordenados podem agravar os problemas existentes ou criar novos problemas. Alguns grupos podem ser atendidos em excesso, enquanto outros ficam injustamente privados de cuidados. Se os níveis das rações, as cestas de alimentos e/ ou os critérios de selecção forem diferentes, podem fazer com que as pessoas mudem para zonas onde pensem obter mais vantagens. Também é importante coordenar as grandes compras ao nível local de alimentos básicos; caso contrário, podem gerar-se problemas, como por exemplo quando as organizações competem entre si e provocam um aumento dos preços. As compras em excesso podem provocar escassez de produtos e aumentos de preços que afectem a população não-beneficiária. Trabalhar em conjunto para acordar políticas e actividades de ajuda alimentar contribui para que as intervenções ganhem em termos de eficácia e também pode servir para estabilizar uma situação instável.
3. **Ajustar o nível das rações:** as populações afectadas por desastres naturais podem adoptar estratégias que lhes permitam fazer face a boa parte das suas necessidades alimentares (por ex., recolha/ recuperação antecipada das colheitas, vendas de gado, prestações remuneradas). Neste caso, o nível das rações pode reduzir-se em relação ao valor de referência inicial.
4. **Outros casos de défice alimentar:** devem ser feitas avaliações periódicas da segurança alimentar dos agregados familiares a cargo de uma mulher ou de uma adolescente para identificar casos de défice alimentar que não se enquadram nas categorias de avaliação normais.
5. **Utilização antecipada da ajuda alimentar:** recorrer atempadamente à ajuda alimentar para fazer face a insuficiências previstas em resposta a desastres latentes pode resultar numa diminuição da necessidade de ajuda alimentar posterior e num menor empobrecimento do agregado familiar, tornando assim mais fácil a recuperação.
6. **Avaliação das necessidades de combustível:** ao avaliar as necessidades alimentares, deve-se fazer uma avaliação das necessidades de combustível para que os beneficiários possam cozinhar os seus alimentos de forma a evitar efeitos adversos para a sua saúde ou a degradação do meio ambiente. As organizações humanitárias devem fornecer combustível apropriado ou estabelecer um programa de recolha de lenha, que estará convenientemente supervisionado de modo a zelar pela segurança das mulheres e crianças que a recolhem. Deve ser possibilitado o uso de moinhos de cereais para reduzir o tempo de confecção e a quantidade de combustível necessária. (Consultar no capítulo 2, Nutrição, a norma 4 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: manipulação e segurança dos alimentos).
7. **Alimentos pouco conhecidos:** quando a cesta de alimentos contém produtos pouco conhecidos, devem ser facultadas instruções de confecção às mulheres e outras pessoas que preparam alimentos, a fim de obter a maior aceitação possível e reduzir ao mínimo a perda de nutrientes.
8. **Produtos não-alimentares essenciais:** é importante garantir o fornecimento adequado de produtos não-alimentares essenciais, como o sabão. A falta desses produtos pode fazer com que os beneficiários da ajuda alimentar vendam ou troquem produtos alimentares para satisfazer as suas necessidades. (Consultar no capítulo 4, Abrigos e Planeamento de Locais de Alojamento, as normas relativas aos artigos domésticos).
9. **Produtos alimentares adicionais:** em certas alturas do ano (por ex., na época das sementeiras) ou em períodos específicos de actividade acrescida, podem ser fornecidos produtos alimentares adicionais para satisfazer as necessidades calóricas. Em casos de insegurança alimentar, pode ser conveniente distribuir produtos alimentares na mesma altura em que se distribuem as sementes. Deste modo, evita-se que as sementes sejam consumidas, trocadas ou vendidas para obter alimentos, ao mesmo tempo que se proporciona à população energia adicional para o desbravamento dos campos e para as sementeiras.
10. **Apoio à recuperação:** consultar Apêndice 1 deste capítulo.

3 Selecção de beneficiários

Norma relativa à selecção de beneficiários

Os beneficiários da ajuda alimentar devem ser seleccionados tendo em conta as suas necessidades de alimentos e/ ou a sua vulnerabilidade em relação à insegurança alimentar.

Indicadores-chave

- Os objectivos relacionados com a selecção de beneficiários são acordados entre as autoridades coordenadoras, os representantes de ambos os sexos da população afectada e as organizações responsáveis pela implementação do programa.
- Os critérios de selecção estão claramente documentados, tanto ao nível dos grupos de população como ao nível da localização geográfica.
- O sistema de distribuição é objecto de controlo para assegurar que os critérios de selecção são respeitados.

Notas de orientação

1. *Entre os objectivos da selecção de beneficiários, podem ser incluídos os seguintes:*

- Salvar vidas, se o estado nutricional das pessoas for uma preocupação imediata.
- Reforçar a segurança alimentar e/ ou a economia local.
- Proteger o estado nutricional ou de saúde de subgrupos específicos da população que são fisiologicamente vulneráveis (como as crianças pequenas, os adolescentes, as mães a amamentar, as mulheres grávidas, os idosos e as pessoas com deficiências).
- Preservar os bens do agregado familiar (quando esses bens são vendidos para satisfazer as necessidades alimentares).

- Fornecer complementos alimentares às pessoas cuja necessidade alimentar se deve a situações de vulnerabilidade social/ política (por exemplo, menores separados, refugiados ou pessoas deslocadas, agregados familiares a cargo de uma mulher, pessoas com deficiências e minorias étnicas ou religiosas).
- Utilizar com eficácia os limitados recursos disponíveis (quer se trate dos alimentos disponíveis, da infra-estrutura logística, de pessoal com experiência, de meios de transporte ou de outros).

2. **Custo:** a distribuição da ajuda alimentar a pessoas ou subgrupos seleccionados da população é mais dispendiosa do que uma distribuição geral. Assim, se o objectivo da selecção é administrar recursos limitados, é preciso comparar o custo do regime de selecção com as possíveis economias.
3. **Responder à mudança:** poderá ser necessário modificar os objectivos e critérios referentes à selecção de beneficiários para dar resposta a alterações no contexto geral. Quaisquer modificações deverão ser comunicadas com clareza a todos os interessados.

4 Gestão dos Recursos

Os produtos alimentares, tal como todos os recursos confiados às organizações humanitárias, devem ser geridos de maneira eficaz e responsável. Muitas organizações utilizam procedimentos de gestão dos produtos ou das existências e sistemas de prestação de contas normalizados que se baseiam nos princípios da gestão cuidada e transparente dos recursos. Os sistemas de inventário são fundamentais para preparar os relatórios destinados aos doadores e, o que é ainda mais importante, proporcionam informação aos planificadores e administradores de programas para a tomada de decisões acerca das prioridades de serviço no que diz respeito aos beneficiários da ajuda alimentar.

Espera-se que as organizações adotem todas as medidas razoáveis para salvaguardar os produtos alimentares na sua posse. O roubo ou desvio da ajuda alimentar não pode ser tolerado, por isso os prestadores de serviços que actuam em nome das organizações, tal como os transportadores e os despachantes, devem assumir responsabilidade pelos produtos alimentares em seu poder.

Norma relativa à gestão dos recursos

A gestão, o acompanhamento e a prestação de contas dos produtos e fundos dos programas de ajuda alimentar serão feitos em conformidade com um sistema transparente e verificável.

Indicadores-chave

- Aplicam-se práticas de administração seguras para manter a salvo todos os produtos alimentares até à sua distribuição pelos agregados familiares beneficiários:
 - O armazenamento é seguro e limpo, e permite proteger os produtos contra danos e perdas.

- Os prestadores de serviços assumem total responsabilidade pelos produtos alimentares em seu poder e aceitam reembolsar eventuais perdas.
 - Os produtos alimentares são inspeccionados e os que não estiverem aptos para consumo são objecto de certificação e eliminados de acordo com procedimentos normalizados.
 - Os produtos danificados são inspeccionados e recuperados sempre que possível.
 - Periodicamente, procede-se à reconciliação dos resultados da verificação física de existências com os balanços de inventário.
- A contratação de bens e serviços é transparente e justa.
 - Foram estabelecidos sistemas de prestação de contas das existências e de apresentação de relatórios:
 - As guias de embarque permitem comprovar as transacções de produtos.
 - Os registos das existências fornecem resumos das entradas, saídas e saldos.
 - Todas as perdas são identificadas e contabilizadas.
 - São compilados e disponibilizados relatórios de inventário resumidos.

Notas de orientação

1. **Requisitos relativos à apresentação de relatórios:** a maioria dos doadores bilaterais e multilaterais de ajuda alimentar estipulam os requisitos de informação a esse respeito. As organizações devem conhecer esses requisitos e dispor dos meios necessários para os cumprir.
2. **Sistema de prestação de contas:** Generally Accepted Commodity Accountability Principles (Princípios Geralmente Aceites de Prestação de Contas de Bens Alimentares), publicado por Food Aid Management (Gestão da Ajuda Alimentar) (1993), fornece orientações para o estabelecimento de um sistema de prestação de contas da ajuda alimentar.

3. **Certificação:** quando for possível, os produtos alimentares comprados para distribuição deverão ser acompanhados de certificados fitosanitários ou outros certificados de inspecção a confirmar que estão aptos para o consumo humano.
4. **Eliminação dos produtos que não estejam aptos para o consumo humano:** se uma inspecção qualificada revelar que existem produtos que não estão aptos para o consumo humano, deve-se fazer tudo o que for possível para impedir que esses produtos entrem nos mercados locais. Alguns dos métodos de eliminação destes produtos são a sua venda como alimento para animais, enterro ou incineração.
5. **Transparência:** devem aplicar-se procedimentos de contratação justos e transparentes, indispensáveis para evitar a impressão de que existe favoritismo ou de que alguém tira proveito financeiro pessoal. A maioria das organizações tem directrizes para contratação e compra que cumprem os requisitos exigidos pela sua condição de entidades não lucrativas ou de beneficência.
6. **Competência técnica:** devem ser contratados gestores com experiência em ajuda alimentar para todos os programas deste tipo, para que façam a gestão e a formação de pessoal permanente e/ ou estabeleçam sistemas de gestão das existências.
7. **Documentação:** deve existir uma reserva suficiente de documentos e formulários para a gestão das existências (guias de embarque, registos de existências, formulários de apresentação de relatórios) nos locais onde se recebe, se armazena e/ ou se despacha a ajuda alimentar para facilitar um rasteio documentado de verificação das transacções.
8. **Fornecimento de informações:** a utilização dos meios de comunicação locais ou de métodos tradicionais de difusão de notícias deve ser considerada um meio para manter a população informada sobre os fornecimentos e as operações de ajuda alimentar. Isto reforça a transparência do processo. Pode procurar-se o apoio de grupos de mulheres da população afectada para que colaborem na difusão de informações sobre os programas de ajuda alimentar na comunidade.

5 Logística

As organizações devem ter capacidade suficiente para se ocuparem da logística dos programas de ajuda alimentar. Caso se disponha de ajuda alimentar, mas as organizações não tenham recursos e sistemas adequados para a fazer chegar à população afectada, o programa será um fracasso. O objectivo da gestão logística é entregar os produtos certos no lugar certo, nas condições e no momento certos, pelo preço certo.

O peso e o volume de ajuda alimentar necessária para o sustento de uma população numerosa gravemente afectada por um desastre pode representar milhares de toneladas. A deslocação física dos produtos alimentares até ao ponto de distribuição pode envolver uma extensa rede de compradores, despachantes, transportadores e receptores, bem como múltiplos manuseamentos e transferências de um meio de transporte para outro. Estas redes, ou correntes de abastecimento, são organizadas através da utilização de uma série de contratos e acordos nos quais se definem os papéis e as tarefas e se estabelecem responsabilidades e obrigações de indemnização entre as partes contratantes.

O estabelecimento de uma corrente de abastecimento pressupõe a cooperação entre doadores, organizações humanitárias e autoridades locais. Cada parte tem funções e tarefas especificamente definidas, que constituem um elo ou uma série de elos da corrente de abastecimento. Como uma corrente não é mais forte do que o seu elo mais frágil, todas as partes envolvidas na logística da ajuda alimentar repartem de igual modo a responsabilidade de manter uma corrente de alimentos suficientes que permita satisfazer os objectivos de distribuição e cumprir os calendários definidos pelo programa de ajuda alimentar.

Norma relativa à Logística

As organizações devem ter a capacidade técnica e organizacional necessária para se ocupar da compra, recepção, transporte, armazenamento e distribuição dos produtos alimentares de forma segura, eficaz e eficiente.

Indicadores-chave

- A corrente de abastecimento foi estabelecida, incluindo a compra, a documentação, o transporte, o armazenamento e a manipulação desde o ponto de origem até ao destino final ou ao local de distribuição.
- As compras de produtos alimentares e a contratação de recursos e serviços logísticos a nível local são coordenadas; o impacto sobre o mercado local é tido em conta.
- As organizações partilham entre si a informação sobre os níveis das existências da ajuda alimentar, as chegadas previstas, as distribuições e todas as outras informações de interesse para o planeamento, previsão e gestão do fluxo e da disponibilidade da ajuda alimentar.
- Pessoal específico recebe a responsabilidade inerente às tarefas de logística (por ex., planeamento e controlo, importação e despachos aduaneiros, logística primária e secundária, gestão de armazéns e de existências, planeamento e gestão do transporte, gestão e supervisão dos contratos).
- Os atrasos na distribuição devido à falta de um produto não são superiores a duas semanas.

Notas de orientação

1. **As fontes de produtos para ajuda alimentar podem ser:** transferências (empréstimo ou re-atribuição) de programas existentes que utilizam ajuda alimentar (programas de organizações ou reservas de cereais dos governos); empréstimos ou trocas com abastecedores comerciais; transacções comerciais (locais, regionais, internacionais); fornecimento directo de alimentos por organizações doadoras bilaterais e multilaterais.
2. **Papéis das organizações:** nos desastres de grande magnitude, o WFP (PMA) costuma desempenhar um papel fundamental na mobilização

da ajuda alimentar e na logística primária. O WFP (PMA) pode ter a seu cargo toda a logística da ajuda alimentar até ao Ponto de Entrega no Interior do País, situado perto da zona afectada. Os parceiros na implementação do programa (organizações humanitárias ou governos) assumem a responsabilidade do transporte desde esse ponto até ao local de distribuição, bem como da distribuição de ajuda aos beneficiários.

3. **Utilização de serviços locais:** os transportadores e/ ou agentes de transporte locais ou regionais podem prestar serviços logísticos gerais a um cliente mediante assinatura de um contrato e são uma fonte valiosa de conhecimento sobre regulamentos e procedimentos locais.
4. **Níveis das existências:** o acompanhamento e a previsão da evolução dos níveis das existências ao longo da corrente de abastecimento permite conhecer antecipadamente insuficiências ou problemas relativos ao abastecimento de produtos alimentares. É necessário procurar alternativas e soluções para evitar ou reduzir os problemas na corrente de abastecimento.
5. **Avaliação do desempenho:** os sistemas de prestação de contas logísticos e de inventário geram informações úteis para a avaliação do desempenho. Por exemplo:
 - Os planos de distribuição de alimentos podem ser comparados com as entregas efectivas. Os desvios excessivos relativamente ao plano podem chamar a atenção dos responsáveis para problemas ou interferências no sistema logístico.
 - Os custos previstos e reais de cada actividade do sistema logístico (por ex., o manuseamento, os despachos aduaneiros, o armazenamento, o transporte e a distribuição) podem ser comparados a fim de avaliar o controlo de custos no sistema logístico. Os desvios acentuados em relação ao orçamento podem chamar a atenção dos responsáveis para falhas e/ ou economias de escala no sistema de logística.
 - A relação tonelada-quilómetro utiliza-se frequentemente para avaliar o desempenho e a produtividade das frotas de camiões. Os desvios acentuados em relação a um nível de actividade aceitável podem chamar a atenção dos responsáveis para problemas na distribuição de tarefas pelos camiões e/ ou nos períodos de trânsito e de paragem.

- O “caudal de tráfico” permite medir o volume de mercadorias que se manipulam e que entram e saem do armazém de depósito. É útil para determinar o número de pessoal necessário para um nível específico de actividade, e pode ser utilizado para reduzir os custos e para aumentar a produtividade.
 - A “análise do circuito” tem em consideração a rede logística, desde o ponto de origem até ao de destino, como uma rede de condutas por onde circulam os produtos alimentares. É útil para fazer uma previsão da duração prevista das reservas de ajuda alimentar existentes e para estabelecer um calendário de datas de entrega para os envios (a fim de evitar que as reservas caiam abaixo do nível necessário). Esta análise é fundamental para prever possíveis problemas e para planear os calendários de compra e entrega.
6. **Ligações a outros sectores:** os princípios de boa gestão logística, prestação de contas e transparência aplicam-se de igual modo ao planeamento e entrega de materiais e fornecimentos destinados a programas de água e saneamento, construção de abrigos e apoio aos agregados familiares e serviços de saúde. A logística relacionada com as operações de ajuda alimentar só difere da logística dos outros serviços por ser quantitativamente mais alargada.
7. **Roubo:** em todas as etapas da corrente de abastecimento há possibilidades de perda de bens devidas a roubo. Os sistemas de controlo e armazenamento de existências devem ser concebidos e aplicados de modo a reduzir ao mínimo o risco de roubo. Este problema é particularmente importante em situações de conflito armado, nas quais os alimentos podem ser pilhados ou requisitados pelas forças armadas. Quando há grandes quantidades em jogo, isto pode ser um factor importante na economia de guerra.

6 Distribuição

Um método apropriado de distribuição é fundamental para a eficácia da ajuda alimentar. Por essa razão, a distribuição deve ser considerada durante a avaliação inicial. A ajuda alimentar pode ser distribuída gratuitamente por toda a população, ou por segmentos ou grupos específicos da mesma. Também pode ser distribuída como forma de pagamento por um trabalho ou comercializada nos mercados para resolver problemas de abastecimento.

A equidade no processo de distribuição tem uma importância primordial e a participação de membros da população afectada pelo desastre na tomada de decisões e na implementação do programa deve ser encorajada. É preciso informar a população acerca da quantidade e do tipo de rações alimentares a distribuir, e os beneficiários devem ter a certeza de que o processo de distribuição é justo e de que recebem o que lhes foi prometido. Qualquer tipo de diferença existente entre as rações deve ser explicado e entendido - por exemplo as rações adaptadas às necessidades de grupos de risco.

Norma relativa à distribuição

O método de distribuição de alimentos deve ser equitativo e adequado às condições locais. Os beneficiários devem ser informados da ração a que têm direito e da sua justificação.

Indicadores-chave

- A população está informada da quantidade e do tipo de rações a ser distribuídas em cada ciclo de distribuição, e os motivos de eventuais diferenças relativamente às normas estabelecidas são devidamente explicados.
- Os beneficiários recebem as quantidades e os tipos previstos de produtos alimentares.

- A distribuição realiza-se em lugares de fácil acesso e em momentos apropriados para reduzir ao mínimo as perturbações da actividade quotidiana.
- Os beneficiários participam na escolha do método de distribuição mais eficaz e equitativo; as mulheres são consultadas e participam em pé de igualdade na tomada de decisões.
- Ao decidir a frequência das distribuições (mensais ou mais frequentes) é tido em conta o seguinte:
 - O custo do transporte dos produtos alimentares desde o centro de distribuição.
 - O tempo empregue no trajecto até e desde o centro de distribuição.
 - A segurança dos beneficiários e dos alimentos uma vez realizada a distribuição.

Notas de orientação

1. **Participação:** a possibilidade da população se sentir capaz de participar na distribuição depende do efeito do desastre nas suas estruturas sociais. As comunidades afectadas por uma seca ou outros desastres naturais podem permanecer intactas e continuar a funcionar bem, o que lhes permite participar plenamente no processo de distribuição. Pelo contrário, as comunidades gravemente afectadas pela guerra civil talvez não possam, ao princípio, assumir um papel importante no processo de distribuição; é mais provável que o façam logo que a situação estabilize e as estruturas civis sejam restabelecidas. A participação nos comités de distribuição também pode servir para estimular a sociedade civil. A participação das mulheres deve ser incentivada de forma activa.
2. **Inscrição:** a inscrição oficial dos agregados familiares que recebem ajuda alimentar deve ser realizada nas etapas iniciais do programa. A organização em causa deve proceder, sempre que possível, a uma inscrição independente. As mulheres têm direito a ser inscritas em seu próprio nome, se assim o solicitarem. Também podem ser utilizadas listas elaboradas pelas autoridades locais e listas de famílias elaboradas pela comunidade. Devido à corrupção e/ ou ao controlo exercido por indivíduos poderosos, os agregados familiares a cargo de uma mulher ou de uma adolescente e as pessoas particularmente vulneráveis podem ser

excluídos das listas de distribuição. A participação de mulheres provenientes de diversos segmentos da população deve contribuir para melhorar a representação da comunidade. Quando não for possível realizar a inscrição na fase inicial, ela deverá mesmo assim estar concluída ao fim de três meses, quando a população tiver estabilizado, e caso seja previsível que a ajuda alimentar será necessária durante períodos mais alargados.

3. **Pesagem aleatória:** a pesagem aleatória das rações recolhidas pelos beneficiários quando estes se retiram do local de distribuição permite calcular a exactidão e a eficácia da gestão em matéria de distribuição. É também um elemento que contribui para garantir a equidade do sistema.
4. **A distribuição da ajuda alimentar deve ser equitativa:** uma variação de 20% entre os destinatários da distribuição (agregados familiares ou comunidades) está dentro dos limites aceitáveis.
5. **Métodos de distribuição:** o método de distribuição deve evoluir com o tempo. Nas primeiras fases, a distribuição dirigida pela comunidade, tendo por base as listas de famílias ou as estimativas de população fornecidas pelas comunidades locais, pode ser o único meio de distribuir a ajuda alimentar entre a população afectada. Este tipo de distribuição deve ser controlado de perto pela organização responsável a fim de garantir que as normas são cumpridas.
6. **Os beneficiários devem ser informados das alterações:** as alterações da cesta de alimentos ou do nível das rações devido à disponibilidade insuficiente de ajuda alimentar devem ser discutidas com os beneficiários através do comité de distribuição, ou de dirigentes da comunidade de um ou de outro sexo, devendo ser desenvolvida em conjunto uma linha de acção. O comité de distribuição pode informar a população das alterações e dos seus motivos.
7. **Coefficientes de substituição:** nas orientações de distribuição do WFP/ UNCHR (PMA/ ACNUR) recomenda-se a utilização dos seguintes coeficientes de substituição durante períodos inferiores a um mês quando não se dispõe de todos os produtos da cesta de alimentos:

Alimentos compostos e feijões	1:1
Açúcar e óleo	2:1
Cereais e feijões	2:1
Cereais e óleo	3:1

8. **Redução dos riscos em matéria de segurança:** como sucede com a distribuição de qualquer produto valioso, a distribuição de alimentos pode acarretar riscos para a segurança, em particular o risco de desvios e de possível violência. Quando se procede à entrega de alimentos cuja necessidade é tão premente, pode haver um aumento da tensão geral. As mulheres, as crianças, os idosos e as pessoas com deficiências podem ser especialmente vulneráveis e podem não conseguir obter a sua parte ou ser obrigados a entregá-la a terceiros mediante o uso de força. É preciso avaliar os riscos antecipadamente e tomar medidas para os reduzir ao mínimo. Essas medidas devem incluir a supervisão adequada das distribuições e a protecção apropriada dos pontos de distribuição. Uma medida de salvaguarda indispensável é comunicar claramente aos interessados o que é que devem esperar receber. Por exemplo, as quantidades da ração devem estar expostas de forma bem visível nos locais de distribuição, escritas na língua local e/ou expressas com desenhos para que todos possam saber quais são os seus direitos.

7 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Todos os aspectos da assistência humanitária dependem da qualificação, dos conhecimentos e do empenho dos funcionários e voluntários que exercem a sua actividade em condições difíceis e por vezes de insegurança. As exigências a que estão sujeitos são consideráveis e para que possam levar a cabo o seu trabalho de forma a atingir níveis mínimos de qualidade, é necessário que tenham uma experiência e uma formação adequadas e que sejam dirigidos e apoiados de forma correcta pela organização a que pertencem.

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de ajuda alimentar são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta

Indicadores-chave

- Todos os funcionários a exercerem actividades num programa de ajuda alimentar estão informados dos objectivos das actividades que executam e dos métodos para as levar a cabo.
- As avaliações, a concepção de programas e a tomada das principais decisões técnicas são da responsabilidade de funcionários com as qualificações técnicas necessárias e com experiência em situações de emergência.
- Os funcionários e os voluntários estão a par das questões de género que dizem respeito à população afectada. Sabem como apresentar relatórios sobre incidentes que envolvem violência sexual.

- Os funcionários com responsabilidades técnicas e de direcção têm apoio para fundamentar as suas decisões e verificar o seu cumprimento.
- Os responsáveis e os supervisores de programas de ajuda alimentar têm experiência em gestão de recursos, administração responsável, logística e/ ou utilização dos alimentos como recurso da assistência humanitária ou dos programas de desenvolvimento.
- Os funcionários ou os voluntários envolvidos na recolha de informação recebem instruções detalhadas e são supervisionados regularmente.
- O pessoal do programa de ajuda alimentar tem capacidade comprovada para aconselhar os membros da população afectada sobre a utilização e preparação segura e apropriada dos alimentos, caso estes sejam incluídos numa ração geral.
- As intervenções em matéria de alimentação destinadas a grupos específicos são feitas em conformidade com orientações e protocolos claros e apresentados por escrito.
- Todo o pessoal que participa em programas de alimentação destinados a grupos específicos foi devidamente preparado e testado no que diz respeito à aplicação dos protocolos.
- Nas equipas de pessoal existe uma representação equitativa de mulheres encarregadas do controlo e da distribuição dos alimentos.
- Foram estabelecidos mecanismos de formação e de supervisão.

Norma 2 relativa à capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de ajuda alimentar devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Indicadores-chave

- Na concepção, implementação, controlo e avaliação dos programas de ajuda alimentar participam membros de ambos os sexos da população afectada.
- Os critérios de selecção para o recrutamento de pessoal internacional incluem o compromisso de contribuir para desenvolver as capacidades locais a fim de obter benefícios a longo prazo.
- No decurso do programa de assistência humanitária aproveita-se e fortalece-se a base de conhecimentos especializados dos colaboradores e das instituições locais e da população afectada.

Notas de orientação

1. **Consultar:** ODI/ People In Aid (1998) (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária).
2. **Características do pessoal:** os funcionários e os voluntários devem revelar capacidades à altura das suas respectivas missões. Além disso, devem estar ao corrente dos principais aspectos das convenções dos direitos humanos, do direito humanitário internacional e dos Princípios Orientadores para Deslocações Internas (consultar a Carta Humanitária). É importante que seja proporcionada formação e apoio como parte de preparação para situações de emergência de forma a garantir a disponibilidade dos funcionários para desenvolverem um trabalho de qualidade. Uma vez que muitos países não estão preparados para situações de emergência, as organizações humanitárias devem seleccionar pessoal qualificado e competente antes deste ser destacado para uma situação de emergência. As organizações humanitárias devem assegurar um equilíbrio entre o número de mulheres e homens nas equipas de emergência quando estas são destacadas para o terreno

Apêndice 1

Outras Questões de Especial Importância

Esta secção refere resumidamente uma série de questões que devem ser tidas em consideração quando se presta ajuda alimentar. Na prática, serão abordadas de diferentes maneiras segundo o contexto específico e as necessidades da população afectada pelo desastre.

1. Preparação e alerta atempado

O controlo da informação resultante de um alerta atempado e um estado de preparação contínua são dois elementos indispensáveis. A informação resultante de um alerta atempado deve ser usada para orientar a definição do programa e para reclamar medidas e recursos em nome da população afectada. A informação acerca do aumento dos níveis de insegurança alimentar deve ser comunicada aos órgãos pertinentes.

As organizações que trabalham em zonas propensas a desastres devem identificar e utilizar sistemas de alerta atempado adequados. Estes podem incluir os sistemas de controlo e as redes de extensão agrícola e meteorológica a nível local, os sistemas de controlo nacionais ou os sistemas regionais ou internacionais de alerta atempado como VAM, GIEWS e FEWS. Estes sistemas servem para controlar fenómenos específicos, como a formação de furacões, ou questões de carácter mais geral como a segurança alimentar ou a produção agrícola.

2. Apoio à recuperação

A ajuda alimentar pode contribuir para que a população disponha de tempo para recuperar de um acontecimento que tenha ameaçado a sua vida e a sua subsistência, consolidar os seus recursos e começar a restabelecer as condições necessárias para uma vida normal.

Ao mesmo tempo que se procede à distribuição de ajuda alimentar, devem estabelecer-se programas orientados para melhorar a disponibilidade, o acesso e a utilização de recursos alimentares a fim de apoiar a recuperação da capacidade de produção de alimentos, o início de actividades geradoras de rendimentos e/ ou o restabelecimento de boas condições de saúde.

As pessoas reúnem-se nos locais de distribuição por isso estes constituem um espaço natural para a comunicação e a difusão de informação - por exemplo,

sobre questões de saúde e segurança ou sobre direitos em relação às rações -, o representa uma mais-valia das actividades relacionadas com a distribuição de alimentos.

A infra-estrutura de distribuição de alimentos pode ser utilizada para apoiar a reabilitação do comércio e dos mercados locais, bem como para distribuir outros recursos materiais, evitando desse modo a duplicação de custos e de esforços. Podem ser distribuídos desta forma: sementes, ferramentas agrícolas, outros materiais de produção e produtos não-alimentares (bidões, utensílios de cozinha, sabão, materiais para a construção de abrigos e cobertores).

3. Estratégias de transição e de conclusão

As organizações que intervêm numa situação de emergência devem definir a sua esfera de operações, a duração da sua intervenção e os resultados pretendidos.

Também devem definir uma estratégia para encerrar o programa, ou para proceder a uma transição para actividades de apoio para a recuperação posterior, caso seja necessária, logo que estejam satisfeitas as necessidades mais prementes.

Quando a população local conhece o âmbito do compromisso de uma organização, pode tomar decisões mais fundamentadas sobre a utilização dos recursos familiares.

Discutindo com os interessados os objectivos do programa e os indicadores de sucesso e de resultados, é possível evitar problemas que de outro modo apareceriam devido a expectativas divergentes.

As organizações desempenham o papel vital de ajudar a identificar e a apoiar investimentos comunitários e familiares apropriados que fortalecem a auto-suficiência e a interdependência.

4. Interpretação dos dados sobre nutrição

Os indicadores do melhoramento da situação nutricional devem ser interpretados com muito cuidado e utilizados juntamente com a informação relativa à situação das pessoas em matéria de segurança alimentar. Os valores que revelam níveis de nutrição consideravelmente melhores podem significar que a composição da ração, as quantidades fornecidas e a distribuição de alimentos foram eficazes. Não devem ser interpretados como um sinal de que o acesso independente da população aos alimentos

melhorou. Se as pessoas ainda não podem satisfazer por sua conta as necessidades mínimas de alimentos do agregado familiar, a conclusão do programa de ajuda pode resultar numa deterioração dos ganhos nutricionais obtidos e precipitar um regresso a condições de uma situação de emergência.

Apêndice 2

Bibliografia Seleccionada

Boudreau, T (1998), *The Food Economy Approach: a Framework for Understanding Rural Livelihoods*. RRN Network Paper 26 (A Abordagem à Economia Alimentar: um Enquadramento para Compreensão dos Meios de Subsistência Rurais. Documento 26 da Rede de Auxílio e Reabilitação) Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres.

Buchanan Smith, M e Davies, S (1995), *Famine Early Warning and Early Response - the Missing Link* (Fome: Alerta Atempado e Resposta Atempada - o Elo Perdido). Intermediate Technology Publications. Londres.

EuronAid and Liaison Committee of Development NGOs to the European Union (1995), *Code of Conduct on Food Aid and Food Security* (Código de Conduta para a Ajuda Alimentar e a Segurança Alimentar). Haia/ Bruxelas.

FAM (1993), *Generally Accepted Commodity Accountability Principles. Food Aid Management* (Princípios Geralmente Aceites de Prestação de Contas de Bens Alimentares. Gestão da Ajuda Alimentar). Washington DC.

FAO/ WHO (diversos anos), *Joint FAO/ WHO Food Standards Programme*. Codex Alimentarius Commission, Volumes 1 to 14 (Programa Conjunto FAO/ OMS sobre Normas Alimentares, Comissão do Codex Alimentarius, Volumes 1 a 14). Para mais informações, consultar codex@FAO.org.

Jaspars, S e Young, H. (1995), *Good Practice Review 3: General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities* (Estudo de Práticas Adequadas 3: Distribuição Geral de Alimentos em Situações de Emergência: das Necessidades Nutricionais às Prioridades Políticas). Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres.

MSF (1995), *Nutrition Guidelines* (Orientações sobre Nutrição). Medecins Sans Frontieres. Paris.

ODI Seeds and Biodiversity Programme (Programa de Sementes e Biodiversidade do Instituto de Desenvolvimento Ultramarino) (1996), *Good Practice Review 4: Seed Provision During and After Emergencies* (Estudo de Práticas Adequadas 4: Fornecimento de Sementes Durante e Após Situações de Emergência). Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres.

OFDA (Gabinete de Ajuda em Situações de Desastre no Estrangeiro). *Field Operations Guide* (Guia de Operações no Terreno). Office for Disaster Assistance, USAID (Gabinete para Ajuda em Situações de Desastre). Disponível no local da Web do OFDA.

Overseas Development Institute/ *People In Aid (1998) People In Aid: Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. (Pessoas em Missões de Ajuda: Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária) ODI/ People In Aid (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid). Londres.

Riley, F, et al (1995), *IMPACT Food Security Indicators and Framework for Use in the Monitoring and Evaluation of Food Aid Programs* (Indicadores de Segurança Alimentar e Enquadramento para Uso no Controlo e Avaliação de Programas de Ajuda Alimentar). Um projecto com o apoio da USAID (Organização Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional). Contrato n.º. DAN-5110-Q-00-0013-00, Ordem de Entrega 16. Ordem de Tarefa 803. (Disponível através do USAID/ Food for Peace).

Telford, J (1997), *Good Practice Review 5: Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives* (Estudo de Práticas Adequadas 5. Contagem e Identificação de Populações Beneficiárias em Operações de Emergência: Inscrição e suas Alternativas). Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres.

UNHCR (1997), *Commodity Distribution, a Practical Guide for Field Staff* (Distribuição de Bens Alimentares, um Guia Prático para Pessoal no Terreno). UNHCR Division of Operational Support (Divisão de Apoio Operacional do ACNUR). Genebra.

UNHCR (1996), *Partnership: A Programme Management Handbook for UNHCR's Partners* (Parceria: Um Guia sobre Gestão de Programas para Parceiros do ACNUR). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

WCRWC UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement* (As Dimensões por Género das Deslocações Internas). Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas). Nova Iorque.

WFP/ UNHCR (Dezembro de 1997), *Joint WFP/ UNHCR Guidelines for Estimating Food and Nutritional Needs in Emergencies* (Programa Conjunto PMA/ ACNUR Orientações para Estimativa das Necessidades Alimentares e Nutricionais em Situações de Emergência). Roma/ Genebra.

WFP/ UNHCR (1997), *Memorandum of Understanding* (Memorando de Acordo). PMA (Programa Mundial para a Alimentação) e ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados). Genebra.

Young, H (1992). *Food Scarcity and Famine: Assessment and Response* (Escassez de Alimentos e Fome: Avaliação e Resposta). Oxfam Practical Health Guide No 7. (Guia Prático de Saúde N.º 7 da Oxfam). Oxfam. Oxford.

Outros Recursos

WFP, *Catalogue of Institutions With Expertise in Food Assistance* (Catálogo de Instituições Especializadas em Ajuda Alimentar) disponível no local da Web do PMA: http://.wfp.org/studies/catalog_fa/index.htm

WFP, *Vulnerability and Analysis Mapping* (Vulnerabilidade e Mapeamento da Análise) no local da Web: <http://www.wfp.it/vam/vahmhome/htm>

Normas Mínimas em Matéria de Abrigo e Planeamento dos Locais de Alojamento

Índice

Introdução	175
1. Análise	179
2. Habitação (Abrigo)	189
3. Roupas	193
4. Artigos Domésticos	195
5. Selecção e Planeamento dos Locais de Alojamento	198
6. Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos	209
Apêndice 1: Bibliografia Seleccionada	212

Nos Anexos 1 e 2 no final da obra poderá consultar, respectivamente, o glossário geral e uma lista de siglas.

Normas Mínimas em Matéria de Abrigo e Planeamento dos Locais de Alojamento

Introdução

As normas mínimas em matéria de Abrigo e Planeamento dos Locais de Alojamento são uma expressão prática dos princípios e direitos enunciados na Carta Humanitária. A Carta concentra a sua atenção nos requisitos fundamentais para manter as vidas e a dignidade das pessoas afectadas por catástrofes ou conflitos, segundo o consignado no conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos, no direito humanitário internacional e no direito relativo aos refugiados. É sobre esta base que as organizações humanitárias oferecem os seus serviços. Estas organizações comprometem-se a actuar de acordo com os princípios de humanidade e imparcialidade e com os restantes princípios definidos no Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre. A Carta Humanitária reafirma a importância fundamental de três princípios-chave:

- o direito à vida com dignidade
- a distinção entre combatentes e não-combatentes
- o princípio de non-refoulement

As normas mínimas dividem-se em duas grandes categorias: aquelas relacionadas directamente com os direitos das pessoas; e aquelas relacionadas com a actuação das organizações que contribuem para que as pessoas usufruam desses direitos. Algumas das normas mínimas combinam ambas as categorias.

1 A importância dos abrigos e do planeamento dos locais de alojamento em situações de emergência

Juntamente com o abastecimento de água, o saneamento, a nutrição e os cuidados médicos, o abrigo é um factor decisivo para a sobrevivência na fase inicial de uma situação de emergência. Para além da sobrevivência, o abrigo é necessário para aumentar a resistência às doenças e proporcionar protecção contra as condições ambientais. É também importante para a dignidade humana e para sustentar tanto quanto possível a vida da família e da comunidade em circunstâncias difíceis.

O objectivo das intervenções referentes a abrigos e à selecção e planeamento de locais de alojamento é satisfazer as necessidades físicas e as necessidades sociais elementares das pessoas, das famílias e das comunidades de modo a disporem de um espaço protegido, seguro e confortável para viver, incluindo no processo, tanto quanto possível, a auto-suficiência e a auto-gestão.

As intervenções devem ser concebidas e realizadas de modo a que sejam reduzidos ao mínimo todos os efeitos negativos na população anfitriã ou no meio ambiente. Três tipos de situação possíveis indicam as necessidades básicas das pessoas directamente afectadas por um desastre no que toca a abrigo. Estes tipos de situação são determinados pelo tipo de desastre, o número de pessoas envolvidas, o contexto político e a capacidade da comunidade para enfrentar a situação.

Tipo de situação A: as pessoas permanecem nas suas casas

Nem sempre acontece que, em caso de desastre, as pessoas se desloquem das suas casas. Os membros de comunidades afectadas directamente por um desastre natural quase sempre preferem permanecer nas suas casas ou nas proximidades, se isso for possível. Mesmo que as casas tenham sido destruídas ou danificadas, a assistência às pessoas “onde elas se encontram” é muito mais sustentável e ajuda a restabelecer a normalidade mais rapidamente do que a assistência que as obriga a afastar-se em busca de um refúgio temporário. A ajuda canalizada para o local onde as pessoas vivem e se conhecem entre si ajuda-as a manter as estruturas sociais e permite que continuem a viver o mais normalmente possível.

Tipo de situação B: as pessoas deslocam-se e instalam-se em comunidades anfitriãs

Durante um conflito armado, e após certos desastres naturais como grandes inundações, comunidades inteiras podem ver-se obrigadas a abandonar os seus lares e a sua zona de residência. Nessas situações, as pessoas deslocadas podem permanecer na comunidade anfitriã local, com outros parentes ou outras pessoas com quem partilham laços históricos, religiosos ou de outro tipo. A assistência nestas situações inclui ter em conta os direitos e as necessidades da população afectada, bem como daqueles que sejam indirectamente afectados pela situação de desastre.

Tipo de situação C: as pessoas deslocam-se e vivem em grupos

As povoações temporárias para refugiados ou populações deslocadas são necessárias quando, dadas as circunstâncias do desastre natural ou do conflito, as pessoas têm de abandonar os seus lares e a sua região e instalar-se noutros locais. Nestes casos, as populações deslocadas vivem em grupos, normalmente muito grandes, por períodos de tempo indeterminados. A assistência exige que se dê resposta às necessidades tanto das pessoas instaladas em povoações espontâneas, como em locais de alojamento seleccionados.

Este capítulo aborda, em primeiro lugar, as normas necessárias para o fornecimento de abrigo, roupa e artigos domésticos, que são comuns aos três tipos de situação. São depois abordadas as normas mínimas relativas à selecção e planeamento de locais de alojamento, que apenas são pertinentes no caso do terceiro tipo de situação.

A participação das mulheres nos programas de abrigo e planeamento de locais de alojamento pode contribuir para que elas próprias e todos os membros da população afectada tenham acesso equitativo e seguro aos abrigos, à roupa, aos materiais de construção, ao equipamento de produção de alimentos e a outros víveres essenciais. As mulheres devem ser consultadas sobre uma série de assuntos, como segurança e privacidade, fontes e meios de recolha de combustível para cozinhar e aquecimento, e ainda sobre a maneira de obter um acesso equitativo aos abrigos e aos víveres. Será necessária uma atenção especial para evitar e dar resposta a situações envolvendo violência baseada no género e exploração sexual. Por exemplo, o melhoramento do sistema de iluminação e das patrulhas de segurança pode ajudar a que a povoação seja segura e acessível para toda a

população, mas particularmente para os grupos que correm mais riscos de sofrer actos de violência. Por isso é importante fomentar a participação das mulheres na concepção e implementação dos programas de abrigo e planeamento de locais de alojamento sempre que isso seja possível.

2 Guia para este capítulo

O capítulo está dividido em seis secções (análise, habitação, roupa, etc.), cada uma das quais inclui o seguinte:

- **As normas mínimas:** especificam os níveis mínimos a alcançar em cada área.
- **Indicadores-chave:** são “sinais” que permitem verificar se a norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou métodos, utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.
- **Notas de orientação:** incluem referências a aspectos concretos que é preciso ter em consideração ao aplicar a norma em diferentes situações; orientações acerca do melhor modo de resolver dificuldades de ordem prática e aconselhamento sobre questões de carácter prioritário. Também podem incluir comentários sobre questões de especial importância referentes à norma ou aos indicadores, e assinalar problemas, controvérsias ou lacunas no conhecimento actual sobre determinada matéria. Preencher estas lacunas ajudará a melhorar as normas mínimas em matéria de abrigo e planeamento dos locais de alojamento no futuro.

No Apêndice 1 é apresentada uma bibliografia seleccionada.

Quando necessária é feita referência às normas técnicas de outros sectores para sublinhar a ligação estreita do trabalho num sector com o trabalho noutros sectores e para salientar que o progresso numa área depende do progresso alcançado noutras áreas.

As Normas Mínimas

1 Análise

Os programas destinados a satisfazer as necessidades das populações afectadas por desastres devem basear-se numa compreensão profunda da situação, incluindo os factores políticos e os factores relacionados com a segurança, bem como da evolução prevista. As pessoas afectadas por desastres, as organizações humanitárias, os doadores e as autoridades locais têm de saber que as intervenções são adequadas e eficazes. Por isso, a análise dos efeitos do desastre e do impacto do próprio programa de abrigo e planeamento de locais de alojamento são factores críticos. Se o problema não for identificado e compreendido correctamente, será difícil, ou até impossível, apresentar uma resposta certa.

A aplicação de métodos de análise normalizados em todos os sectores considerados é de grande utilidade para determinar rapidamente as necessidades humanitárias mais graves e para garantir a mobilização dos recursos mais adequados. Nesta secção são apresentadas normas e indicadores acordados para a recolha e análise de informação com o objectivo de determinar necessidades, elaborar programas, controlar e avaliar a sua eficácia e assegurar a participação da população afectada.

As normas relativas à análise aplicam-se antes de iniciar qualquer programa e ao longo de todo o ciclo do programa. A análise começa com uma avaliação inicial imediata que permite determinar a magnitude do desastre e decidir se se deve e como se deve intervir. Prossegue com o controlo, que permite saber em que medida o programa contribui para a satisfação das necessidades existentes e determinar se são necessárias alterações. Em seguida, realiza-se uma avaliação posterior a fim de determinar o grau de eficácia global do programa e extrair lições para o futuro.

Para obter um conhecimento profundo dos problemas e conseguir que a assistência humanitária seja prestada de forma coordenada, é fundamental que todos os interessados partilhem a informação e os conhecimentos

pertinentes. Registrar e difundir a informação resultante do processo de análise contribui para uma ampla compreensão das consequências adversas para a saúde pública e outras consequências dos desastres, e pode ajudar no desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção de desastres e atenuação das suas consequências.

As normas relativas à análise aplicam-se aos diversos tipos de necessidades em matéria de abrigo indicadas na introdução deste capítulo, bem como às normas relativas a abrigo, roupa, artigos domésticos, selecção de locais de alojamento e planeamento de locais de alojamento, apresentadas mais adiante.

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Todas as decisões relativas ao programa devem basear-se numa compreensão profunda da situação de emergência e numa análise precisa das necessidades das pessoas em matéria de abrigo, roupa e artigos domésticos.

Indicadores-chave

- Proceder-se de imediato a uma avaliação inicial segundo os procedimentos internacionalmente aceites, tarefa que deverá ser executada por pessoal com a experiência adequada.
- A avaliação inicial é realizada em cooperação com uma equipa multi-sectorial (água e saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e saúde), as autoridades locais, mulheres e homens da população afectada e as organizações humanitárias que tencionam dar resposta à situação.
- A informação é recolhida e apresentada de forma a permitir que o processo de tomada de decisões seja coerente e transparente.
- Quando possível, os dados são distribuídos segundo o sexo e a idade.
- A informação recolhida serve para determinar as necessidades da população em matéria de abrigo, roupa e artigos domésticos, e para fornecer dados básicos para o controlo e a avaliação posterior. Na avaliação inicial são tidos em consideração: o perfil e a situação da população deslocada; a informação física; os recursos locais naturais, materiais e infra-estruturais e o uso da terra.
- Na avaliação inicial são consideradas as normas nacionais em matéria de abrigo do país onde ocorreu o desastre e as normas do país onde é prestada a assistência humanitária, caso sejam diferentes.

- São feitas recomendações acerca da necessidade de assistência externa. Se a mesma for necessária, são apresentadas recomendações sobre as prioridades, uma estratégia de intervenção e os recursos necessários. É elaborado um relatório de avaliação inicial, no qual se mencionam as áreas-chave e as recomendações adequadas.
- As ameaças gerais à segurança das pessoas e as ameaças concretas à segurança com que se defrontam os grupos vulneráveis, em especial as mulheres e as adolescentes, são tidas em conta na concepção das intervenções em matéria de abrigo e planeamento dos locais de alojamento.
- As conclusões da avaliação inicial são disponibilizadas a outros sectores, às autoridades nacionais e locais, às organizações humanitárias participantes e a representantes de ambos os sexos da população afectada.

Notas de orientação

1. **Procedimentos de avaliação inicial aceites internacionalmente:** consultar, por exemplo, Davis, J e Lambert, R (1995), Telford, J (1997), UNHCR (1982), e USAID (1994).
2. **Para mais detalhes sobre os requisitos da avaliação inicial relativamente à selecção e planeamento de locais de alojamento:** consultar a norma 1 relativa ao Alojamento: selecção dos locais de alojamentos. As notas de orientação referentes a esta norma apresentam detalhes acerca da informação necessária para realizar as avaliações física e ambiental.
3. **O perfil da população afectada deve incluir:**
 - Perfil demográfico (por género, idade e grupo social).
 - Meios de subsistência tradicionais e origem rural ou urbana das pessoas.
 - Modo de vida tradicional, em termos da utilização pública ou privada do espaço, dos hábitos culinários e do armazenamento dos alimentos, do cuidado com as crianças e das práticas de higiene.
 - Conhecimentos e métodos de construção tradicionais.
 - Bens que as pessoas tenham trazido com elas.
 - Tipo de abrigo adoptado pela população deslocada, quando pertinente.

- As necessidades dos grupos sujeitos a maiores riscos.
 - Ameaças reais ou potenciais, externas e internas, à segurança da população deslocada, incluindo as ameaças concretas com que se defrontam os grupos vulneráveis, em especial as mulheres e as adolescentes.
4. **As avaliações das infra-estruturas e dos recursos locais devem incluir:**
- Grau e condições de acesso, incluindo estradas, pistas de aterragem potenciais para aviões de abastecimento, terminais ferroviários e portos.
 - Quantidade de madeira necessária para lenha e para construção, e quantidade de água que se pode extrair de forma sustentável.
 - Equipamento pesado já existente na zona, como bulldozers e niveladoras, para construção de estradas e preparação de locais de alojamento.
5. **A informação física deve incluir:**
- Topografia da área de terreno disponível e adequada para alojamento e agricultura.
 - Variedade e protecção das possíveis fontes de água. (Consultar o capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento.)
 - Zonas ambientais particularmente vulneráveis.
 - Variações climáticas sazonais, incluindo chuvas, queda de neve, variações de temperatura, ventos fortes, inundações.
 - Doenças, vectores e pragas endémicas. (Consultar o capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento, e o capítulo 5, Cuidados Médicos.)
6. **Utilização da informação resultante do alerta atempado e da preparação em situações de emergência:** estas actividades devem ser apoiadas sempre que possível, já que podem contribuir para a avaliação inicial. A preparação inclui a formação de pessoal e o aprovisionamento de víveres, tais como materiais para abrigos, em locais estratégicos. Se houver um aviso atempado acerca de uma provável movimentação da população, é preciso recolher de imediato a informação pertinente e analisá-la: deve ser feito um inventário da capacidade de resposta das autoridades locais, do sistema das Nações

Unidas e das organizações presentes no terreno; deve ser do conhecimento geral a disponibilidade de pessoal experiente, de planos de desenvolvimento e de víveres e equipamento que podem ser atribuídos à situação de emergência até à mobilização de elementos que os possam substituir.

7. **Rapidez de resposta:** a rapidez de resposta é um aspecto essencial da avaliação inicial, tarefa que deve ser levada a cabo o mais cedo possível após o desastre. Se for necessário, devem ser satisfeitas de imediato e simultaneamente as necessidades mais prementes. Regra geral, deve ser elaborado um relatório no espaço de uma semana a contar da chegada ao local do desastre, embora isso dependa das circunstâncias particulares e da situação em geral.
8. **Participantes na avaliação inicial:** nesta tarefa, devem ser incluídas pessoas capazes de obter informação junto de todos os grupos da população afectada de forma culturalmente aceitável, em especial no que diz respeito à análise de questões relacionadas com o género e às competências linguísticas. O ideal seria que participasse um número equilibrado de homens e mulheres. Se possível, a equipa deve contar com um especialista em abrigos e construção.
9. **Processo de avaliação inicial:** antes de começar o trabalho no terreno, todos os participantes devem chegar a acordo quanto ao procedimento a adoptar para realizar a avaliação inicial, devendo igualmente ser distribuídas as respectivas tarefas específicas.
10. **Recolha de informação:** existem várias técnicas diferentes para recolha de informação, pelo que é preciso escolhê-las cuidadosamente, seleccionando as que melhor se enquadram na situação e no tipo de informação necessária. Em geral, é conveniente recolher informação com mais frequência quando a situação evolui mais rapidamente, e quando se dão acontecimentos de especial importância, como novos movimentos da população ou um surto epidémico de diarreia. Embora as avaliações iniciais possam ser mais rápidas e menos rigorosas, a análise melhora à medida que se dispõe de mais tempo e de mais dados. As listas de verificação são um meio útil para assegurar que todas as questões fundamentais são examinadas.
11. **Fontes de informação:** é possível compilar informação para o relatório de avaliação inicial a partir de publicações disponíveis, material histórico pertinente, dados relativos à situação anterior à emergência

e também a partir de conversas com pessoas idóneas, bem informadas, incluindo os doadores, os funcionários das organizações humanitárias e da administração pública nacional, os especialistas locais, os dirigentes de ambos os sexos da comunidade, os idosos, o pessoal clínico participante, os professores, os comerciantes, etc.

Os planos nacionais ou regionais de preparação para casos de desastre também podem constituir uma fonte de grande utilidade. Tanto os métodos utilizados para obter informação como os limites da sua fiabilidade devem ser comunicados com clareza.

12. **Questões implícitas:** o conhecimento dos direitos das pessoas afectadas por desastres, em conformidade com o direito internacional, deve servir de base à avaliação inicial. Tanto esta como a análise posterior devem revelar um conhecimento apropriado dos problemas estruturais, políticos, de segurança, económicos, demográficos e ambientais subjacentes que incidem na zona. É vital ter em conta a experiência prévia e as opiniões das pessoas afectadas ao analisar a dinâmica e o impacto da nova situação de emergência. Por isso mesmo, é preciso contar com a competência técnica e os conhecimentos locais, tanto na recolha de dados como na análise dos recursos, capacidades, vulnerabilidades e necessidades. Devem também ser consideradas as condições de vida actuais e no período antes da situação de emergência da população deslocada e não-deslocada da zona.
13. **Grupos de risco:** devem ser tidas em conta as necessidades dos grupos expostos a danos adicionais, como mulheres, adolescentes, menores não-acompanhados, crianças, idosos e pessoas com deficiências. Por exemplo, quando já não se dispõe de sistemas de apoio colectivos para a protecção das mulheres viúvas, sozinhas e das adolescentes não-acompanhadas, é importante saber quais são as ameaças reais ou potenciais para a segurança das mulheres nos recintos fechados em que vivem. Há também que determinar os papéis que cabem às pessoas de um e de outro sexo no sistema social.
14. **Recuperação:** na avaliação inicial devem ser recolhidas ideias e análises relativamente ao período de recuperação posterior ao desastre, de forma a que as intervenções destinadas a satisfazer as necessidades imediatas sirvam para favorecer a recuperação da população afectada.

Norma 2 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento do programa de abrigo e planeamento dos locais de alojamento e as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Indicadores-chave

- A informação recolhida para controlo e avaliação é útil e oportuna; é registada e analisada de forma precisa, lógica, coerente e transparente.
- Foram estabelecidos procedimentos que possibilitam a recolha sistemática de informação sobre o impacto (positivo ou negativo) da intervenção nas necessidades em matéria de abrigo, roupa e artigos domésticos, e no meio ambiente.
- O uso de artigos e produtos domésticos, especialmente pelas mulheres, é controlado.
- As mulheres, os homens e as crianças da população afectada participam nas actividades de controlo.
- São elaborados com regularidade relatórios analíticos sobre a repercussão do programa de abrigo e planeamento dos locais de alojamento na população afectada. Também são apresentados relatórios sobre quaisquer alterações nas circunstâncias e outros factores que possam justificar a alteração do programa.
- As actividades de controlo fornecem informação sobre a eficácia do programa em satisfazer as necessidades de grupos específicos da população afectada.
- São estabelecidos sistemas que possibilitam uma corrente de informação entre o programa, outros sectores, a população afectada, as autoridades locais competentes, os doadores e outros interessados, quando necessário.
- O programa é avaliado em função de objectivos declarados e normas mínimas acordadas, a fim de medir a sua eficácia e repercussão globais na população afectada.

Notas de orientação

1. **Utilização da informação proveniente do controlo:** todas as situações de emergência são instáveis e dinâmicas por definição. Assim, é indispensável dispor regularmente de informação actualizada para assegurar que os programas continuam a ser pertinentes. A informação obtida graças ao controlo contínuo dos programas deve

- ser incorporada nos exames e avaliações posteriores. Nalgumas circunstâncias, pode ser necessário modificar a estratégia para fazer face a alterações importantes da situação ou das necessidades. A avaliação da situação em matéria de abrigo ao fim de cerca de seis meses permite decidir se é necessário continuar com o programa, e de que forma. Através desta informação, é possível planear actividades sustentáveis e a participação a longo prazo das organizações humanitárias, bem como abordar questões relacionadas com o regresso e a reintegração.
2. **Cooperação com outros sectores:** a informação gerada pelo processo de avaliação inicial serve de base para as actividades de controlo e avaliação posterior do programa de abrigo e planeamento dos locais de alojamento. Pode também contribuir para o estabelecimento da base inicial do sistema de informação sanitária. As actividades de controlo e avaliação posterior exigem uma estreita cooperação com outros sectores.
 3. **Utilização e difusão da informação:** a informação recolhida deve estar directamente relacionada com o programa. Por outras palavras, deve ser útil e deve ser utilizada. Além disso, deve ficar à disposição de outros sectores e de outras organizações, bem como das populações afectadas conforme seja necessário. Os meios de comunicação utilizados (método de difusão, língua, etc.) devem ser adequados ao público ao qual essa informação se destina.
 4. **Segurança:** o controlo dos programas de abrigos e alojamentos é decisivo para assegurar a segurança dos grupos em risco de sofrerem agressões, bem como para identificar e lidar com as áreas em que ocorre a violência.
 5. **Pessoas que participam no controlo:** quando o controlo exige consultas, deve-se incluir na tarefa pessoas capazes de obter informação de todos os grupos da população afectada de uma forma culturalmente aceitável, em especial no que respeita ao género e às competências linguísticas. A participação das mulheres deve ser encorajada.
 6. **Avaliação posterior:** a avaliação posterior é importante, porque serve para avaliar a eficácia da acção, identificar lições para futuras actividades de preparação, mitigação ou assistência em casos de desastre e fomentar a prestação de contas. A avaliação aqui referida compreende dois processos interligados:

- a) A avaliação interna do programa, que normalmente é realizada pelo pessoal como parte da análise e do exame sistemáticos da informação proveniente do controlo. A organização humanitária também deve avaliar a eficácia de todos os seus programas relacionados com uma determinada situação de desastre ou comparar os seus programas referentes a diferentes situações.
- b) A avaliação externa, por seu lado, pode fazer parte de uma actividade de avaliação mais alargada realizada pelas organizações e pelos doadores, e pode ter lugar, por exemplo, após o final da fase crítica da situação de emergência. Ao realizar as avaliações, é importante que as técnicas e os recursos utilizados sejam compatíveis com a escala e a natureza do programa, e que no relatório sejam descritos a metodologia utilizada e os procedimentos seguidos para retirar as conclusões. Os resultados das avaliações devem ser comunicados a todos os intervenientes no processo de assistência humanitária, incluindo a população afectada.

Norma 3 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

Indicadores-chave

- As mulheres e os homens da população afectada pelo desastre devem ser consultados e ser envolvidos na tomada de decisões relacionadas com a avaliação inicial das necessidades e com a concepção e implementação do programa.
- As mulheres e os homens da população afectada recebem informação sobre o programa de assistência e têm a oportunidade de apresentar comentários sobre o programa à organização humanitária.

Notas de orientação

1. **Equidade:** a participação da população afectada pelo desastre na adopção de decisões e na concepção e implementação dos programas contribui para que estes sejam equitativos e eficazes. Deve-se ter especial cuidado para assegurar a participação das mulheres, bem como uma representação equilibrada de ambos os sexos no programa

de assistência. A participação no programa de abrigo e planeamento de locais de alojamento também pode servir para reforçar o sentido de dignidade e de valor das pessoas em momentos de crise. Essa participação gera um sentido de comunidade e de posse que pode contribuir para a segurança pessoal e geral, tanto de quem recebe a assistência, como de quem está encarregado da sua prestação.

2. **A população pode participar no fornecimento de abrigos, roupas e artigos domésticos de diferentes maneiras:** por exemplo, participando na equipa de avaliação inicial; participando na tomada de decisões (por ex. utilização pública/privada do espaço); difundindo informação sobre armazenamento de alimentos, construção tradicional; ajudando a identificar ameaças para a segurança e ameaças especiais para as mulheres e grupos vulneráveis; fornecendo listas de agregados familiares.
3. **Comités de coordenação:** os comités de coordenação contribuem para promover a participação da população no programa de assistência. Deve-se assegurar que esses comités são verdadeiramente representativos da população afectada, tendo em conta na sua constituição factores como o género, a idade, a etnia e a situação socioeconómica. Também deverão estar representados dirigentes políticos destacados, dirigentes comunitários de ambos os sexos e líderes religiosos. Os papéis e funções de um comité de coordenação devem ser definidos no momento da sua criação.
4. **Consulta de opiniões:** a participação também pode realizar-se mediante a organização sistemática de consultas de opinião e discussões: Estas poderão ser efectuadas durante a distribuição, visitas ao domicílio ou discussões sobre problemas ou preocupações individuais. As discussões em grupo com membros da comunidade afectada podem proporcionar informação útil sobre as crenças e práticas culturais.

2 Habitação (Abrigo)

O objectivo das intervenções em matéria de abrigo é ajudar à reparação de habitações, à construção de abrigos temporários ou à instalação das pessoas deslocadas em comunidades existentes, dependendo da situação.

Norma 1 relativa à habitação: condições de residência

As pessoas devem dispor de espaço coberto suficiente para se proteger dos efeitos adversos do clima. Devem gozar de condições adequadas de calor, ar fresco, segurança e privacidade para garantir a sua dignidade, saúde e bem-estar.

Indicadores-chave

- A área coberta disponível por pessoa é de 3,5 - 4,5m² em média.
- Em climas quentes e húmidos, os abrigos permitem uma ventilação óptima e proporcionam protecção contra a luz solar directa.
- Em climas quentes e secos, o material dos abrigos é suficientemente pesado para permitir uma capacidade térmica elevada. Caso se disponha apenas de revestimentos em material plástico ou de tendas de campanha, é considerada a possibilidade de fornecer coberturas de camada dupla ou uma camada isoladora.
- Em climas frios, o material utilizado e a construção dos abrigos permitem um isolamento óptimo. Uma temperatura agradável para os ocupantes é conseguida graças à capacidade isoladora do abrigo juntamente com uma quantidade suficiente de roupa, cobertores, roupa de cama, aquecimento adequado e consumo de calorías.
- Se forem fornecidos revestimentos em material plástico para o abrigo, deverão obedecer às especificações estabelecidas pelo UNHCR (ACNUR).

Notas de orientação

1. **Ligação com o Abastecimento de Água e Saneamento:** para indicadores relativos às distâncias mínimas e máximas até às fontes de abastecimento de água e às latrinas e ao número das mesmas, consultar as normas relativas à evacuação de excrementos no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento.
2. **As normas aplicáveis aos abrigos dependem do clima e do tamanho do agregado familiar:** em climas frios, as pessoas necessitam de mais espaço coberto, dado que passam mais tempo no interior das habitações do que em climas quentes. As pessoas mais idosas, as mulheres e as crianças pequenas costumam passar mais tempo dentro da área coberta.
3. **Em climas quentes e húmidos:** os abrigos devem ser concebidos e ordenados de modo a que tenham o máximo de ventilação possível e fiquem protegidos da luz solar directa; por isso, convém que a porta e as janelas estejam orientadas a norte e a sul. O telhado deve ter beirais grandes e uma boa inclinação para o escoamento da água da chuva. A construção deve ser leve, pois é necessária uma capacidade térmica baixa. A orientação apropriada é importante para maximizar a circulação do ar, que não deve ser obstruída, por exemplo, por abrigos vizinhos. Recomenda-se que exista um espaço no exterior do abrigo com sombra para cozinhar e secar ao ar os utensílios de cozinha. A existência de estações de monção frequentes deve ser tida em conta e o escoamento das águas superficiais é extremamente importante. (Consultar as normas sobre escoamento no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento.)
4. **Em climas quentes e secos:** a construção deve ser suficientemente pesada para que se obtenha uma capacidade térmica alta, de modo a que as mudanças de temperatura entre a noite e o dia permitam refrescar e aquecer o interior, em alternância. As janelas devem ser pequenas. Caso se disponha apenas de revestimentos em material plástico ou de tendas de campanha, deve ser considerada a utilização de coberturas de camada dupla que permitam a ventilação entre as camadas para evitar a transferência de calor. Em alternativa, devem ser usados materiais isoladores. Numa estrutura leve, a ventilação máxima não é um objectivo, mas deve ser fácil de controlar (por exemplo, abrindo portas opostas), para evitar o aquecimento produzido pelos ventos quentes e o calor irradiado pelo solo circundante, e para impedir a entrada de areia no abrigo. Pode-se obter sombra através dos abrigos vizinhos ou das árvores circundantes.

5. **Em climas frios:** é indispensável proporcionar abrigos com bom isolamento. No entanto, não basta ter abrigos de boa qualidade para obter uma temperatura adequada para o organismo, a qual depende de uma combinação de factores. Os factores-chave são: a temperatura exterior; o vento; o grau de isolamento térmico do abrigo; os sistemas de aquecimento; as roupas e os cobertores disponíveis; e o consumo de calorias.

O factor de arrefecimento pode ser reduzido ao mínimo, mantendo a circulação do ar no abrigo no nível mínimo necessário para o conforto pessoal e a segurança, e para evitar problemas respiratórios provocados por aquecedores ou pelo lume da cozinha. Em todo o caso, deve haver um nível mínimo de ventilação. As portas devem ser feitas de modo a reduzir ao mínimo as correntes de ar. É indispensável que nos abrigos existam aquecedores adequados. O ideal é que o ar consumido e libertado por fogões e aquecedores seja recolhido em tubos adequados. A condutibilidade do chão dos abrigos é um problema importante ao qual é preciso prestar atenção para que os moradores não percam demasiado calor corporal durante a noite. Para evitar que isso aconteça, o chão (e todo o abrigo) pode ser isolado e/ou podem ser fornecidos tapetes ou colchões.

6. **Fornecimento de revestimentos e outros materiais:** na fase inicial das situações de emergência é comum fornecer revestimentos de polietileno reforçado, ocasionalmente com corda e materiais de sustentação, como postes de madeira local, aço galvanizado, alumínio ou papel de alta densidade. Há que prever a assistência para o aprovisionamento de materiais, assim como para a compra de materiais ao nível local. Caso se preveja que o aprovisionamento de materiais irá provocar danos na economia local ou no meio ambiente, deve considerar-se a possibilidade de fornecer todos os elementos necessários para a construção dos abrigos.

Um agregado familiar médio, composto por cinco pessoas, deve receber pelo menos uma folha de plástico de 4 por 6 metros. Para facilitar o transporte, o armazenamento e a distribuição, convém carregar esse material em rolos (4 metros x 60 metros para 10 famílias). No entanto, com folhas de 4 por 7 metros por família pode obter-se uma maior facilidade de movimento. (Consultar Davis, J e Lambert, R (1995), UNDP (1995) e MSF (1997.)

7. **Revestimentos de material plástico:** os revestimentos de material plástico fornecidos para construção de abrigos devem obedecer às especificações definidas pelo UNHCR (ACNUR). Os revestimentos para construções danificadas devem obedecer a especificações de desempenho diferentes.
8. **Alojamento partilhado:** o alojamento partilhado não é uma solução conveniente para os problemas em matéria de abrigos. Quando for necessário recorrer a essa solução, deve-se ter especial cuidado em preservar ao máximo a privacidade das pessoas.
9. **Habitacões danificadas:** as pessoas deslocadas que regressam às suas casas danificadas pela guerra ou por desastres naturais devem receber apoio adequado. Nos climas frios, é preferível ajudá-las a pôr um quarto em condições de habitabilidade, em vez de lhes oferecer um alojamento colectivo. As vítimas de terremotos devem ser persuadidas a abandonar edifícios danificados, se houver riscos importantes de repetições ou de novos terremotos.
10. **Luta antivectorial:** podem ser necessárias medidas de luta antivectorial nos abrigos, tanto em climas quentes como em climas frios, para evitar a infestação por vectores, tais como mosquitos, ratas e moscas, e pragas como serpentes e escorpiões (consultar as normas relativas à luta antivectorial no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento). Os programas de abrigos e as medidas de controlo posteriores devem reflectir uma compreensão das práticas locais de construção, dos padrões seguidos pela população deslocada relativamente aos abrigos e da selecção de materiais.
11. **Impacto ambiental:** é preciso adoptar medidas apropriadas para reduzir ao mínimo o impacto ambiental do programa de abrigo. Estas incluem:
 - Fornecimento de materiais de construção para evitar o esgotamento dos recursos naturais locais.
 - Protecção da vegetação essencial para controlo da erosão e/ou das inundações.
 - Salvaguarda da floresta agrícola e produtiva.

3 Roupa

Norma relativa à roupa

As pessoas afectadas pela situação de desastre devem ter roupas e cobertores em quantidade suficiente para se proteger dos efeitos adversos do clima e garantir a sua dignidade, segurança e bem-estar.

Indicadores-chave

- As pessoas têm acesso a uma quantidade suficiente de cobertores.
- As crianças até aos 2 anos de idade dispõem de pelo menos um conjunto completo de roupa e artigos de higiene apropriado à cultura, à estação e ao clima da zona.
- As mulheres, os homens e os adolescentes de ambos os sexos dispõem de pelo menos um conjunto de roupa de tamanho apropriado e adequada à cultura, à estação e ao clima. Além disso, as mulheres e as adolescentes dispõem de um fornecimento regular de artigos de protecção higiénica.
- Quando necessário, são disponibilizadas mortalhas culturalmente adequadas.

Notas de orientação

1. **Adequação:** no relatório de avaliação inicial devem ser assinalados os factores climáticos e culturais para que os cobertores e a roupa fornecidos sejam adequados aos homens, às mulheres e às crianças e estejam de acordo com a idade dos mesmos. Estes artigos devem ser fornecidos em separado, e não todos juntos em fardos.
2. **Necessidades das mulheres:** as mulheres necessitam de roupa especial por motivos de higiene e dignidade pessoal. Também devem receber material apropriado para as suas necessidades higiénicas mensais. É importante que esse material seja apropriado e discreto, caso contrário as mulheres não o utilizarão. Como esta questão é delicada, as mulheres devem participar na tomada de decisões acerca do material a fornecer. (Consultar a secção sobre evacuação de excrementos, no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento).

3. **Isolamento:** a capacidade isoladora dos cobertores e das roupas diminui significativamente quando aqueles estão molhados (10 a 15 vezes) e o organismo perde mais energia térmica. Muitas camadas de roupa ou de cobertores não mantêm necessariamente as pessoas mais quentes, porque quanto maior é o peso da roupa, menos calor se sente. Por este motivo é mais eficaz em termos de custo investir na compra de cobertores de melhor qualidade que mantenham as pessoas quentes, do que numa maior quantidade de cobertores mais baratos e de qualidade inferior.
4. **Questões relacionadas com a resistência térmica e com o clima:** para mais orientações, consultar UNDP (1995)

4 Artigos Domésticos

As pessoas deslocadas dos seus lares chegam, muitas vezes, apenas com as coisas que puderam transportar. Ao estabelecer-se num novo local, os agregados familiares necessitam de determinados artigos básicos, que devem ser identificados através da avaliação inicial.

Norma 1 relativa aos artigos domésticos: artigos para uso doméstico e apoio à subsistência

As famílias devem ter acesso a utensílios de uso doméstico, sabão para a higiene pessoal e ferramentas de trabalho para garantir a sua dignidade e bem-estar.

Indicadores-chave

- As pessoas têm artigos domésticos apropriados: 1 panela com tampa que feche bem, 1 bacia, 1 faca de cozinha, 2 colheres de madeira; e 2 recipientes para recolha de água com capacidade de 1 a 20 litros, além de recipientes de 20 litros para o seu armazenamento.
- Cada pessoa tem: 1 prato para comer, 1 colher de metal e 1 caneca.
- Cada pessoa tem acesso a 250g de sabão por mês.
- Está prevista a substituição dos artigos duráveis quando necessário.
- Logo que seja possível, cada agregado familiar tem acesso a ferramentas e materiais apropriados para apoiar actividades de subsistência.
- As ferramentas e os materiais fornecidos são apropriados e a população está familiarizada com eles; para além disso, são de um nível tecnológico semelhante àquele a que as pessoas estavam habituadas antes da situação de desastre. Os artigos são apropriados às condições em que irão ser usados.
- As pessoas afectadas pela situação de desastre conhecem os seus direitos relativamente ao programa de assistência.

Notas de orientação

1. **Ligação com o Abastecimento de Água e Saneamento:** consultar também no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento, a norma 3 relativa ao Abastecimento de Água: instalações e bens para o consumo de água, para indicadores referentes ao armazenamento de água, ao sabão e aos recipientes para lavar; e a norma 2 relativa à Gestão dos Detritos Sólidos: contentores/poços para detritos sólidos, para requisitos no que toca a contentores de resíduos.
2. **Oportunidades de auto-suficiência:** logo que seja possível, deve dar-se às mulheres e aos homens a oportunidade de desenvolver a sua auto-suficiência presente e futura, através da produção de alimentos, da formação ou de outras actividades que contribuam para as suas condições gerais de saúde e bem-estar. Este aspecto deve ser tido em consideração ao planear o espaço de que irá dispor cada agregado familiar.
3. **Abastecimento e compra:** os artigos técnicos podem ser pagos em dinheiro, através de serviços prestados, ou mediante um empréstimo. Sempre que possível, o abastecimento e a compra de materiais devem ser feitos localmente, de preferência pelos próprios interessados de cada agregado familiar. É importante garantir que as famílias a cargo de uma mulher ou adolescente, mulheres sozinhas ou viúvas, gozem de um acesso equitativo aos fornecimentos, subsídios, programas de trabalho remunerados e formação. Os artigos mais duráveis fornecidos à população devem ser tecnologicamente simples, e mantidos pelas próprias pessoas ou ao nível local.

Norma 2 relativa aos artigos domésticos: preocupações ambientais

São fornecidos fogões de cozinha e utensílios que permitam economizar combustível, e a sua utilização é fomentada.

Indicadores-chave

- As pessoas têm acesso a, e utilizam, fogões a lenha económicos que produzem pouco fumo (de fabrico local se possível), a fogões a gás ou querosene e a panelas com tampas que fechem bem.

- Se necessário, mediante programas de educação da comunidade, é fomentado o uso de dispositivos que permitam economizar combustível, sendo salientadas as suas vantagens, e a sua produção é planeada logo que possível.
- As pessoas conhecem as vantagens do uso de dispositivos que permitam economizar combustível.
- As mulheres são consultadas acerca da localização e dos meios de obtenção do combustível para cozinhar e aquecer.

5 Selecção e Planeamento de Locais de Alojamento

Esta secção aplica-se ao terceiro tipo de situação, descrito no começo deste capítulo, no qual o único meio disponível para dar abrigo a uma população deslocada é planejar uma povoação temporária. Uma povoação temporária bem situada e bem planeada oferece à população afectada um ambiente saudável onde se pode viver com dignidade e em paz, e levar uma vida familiar o mais sustentável possível. O cumprimento das normas mínimas a este respeito deve procurar gerar as melhores condições de vida possíveis nas circunstâncias em questão, com o mínimo de danos para o meio ambiente. As normas relativas à selecção e planeamento de locais de alojamento estão estruturadas em torno do processo de avaliação inicial e das medidas subsequentes que se devem adoptar para estabelecer o tipo e a forma de alojamento adequados às necessidades da população deslocada. A selecção de locais de alojamento é feita com referência a quatro tipos de povoação temporária (centros de acolhimento ou de passagem, acampamentos espontâneos, povoações temporárias planeadas, ampliação de povoações temporárias). Uma vez identificada a opção preferida, a informação procedente da avaliação do meio físico é utilizada para decidir se tal opção é viável e, caso não seja, que soluções de compromisso se devem adoptar.

Norma 1 relativa aos locais de alojamento: selecção do local de alojamento

O local de alojamento deve ser apropriado para albergar o número de pessoas envolvidas.

Indicadores-chave

Estes indicadores combinam-se para descrever um processo cujos detalhes são explicados nas notas de orientação.

- O tamanho apropriado da população de uma povoação temporária é definido após as avaliações sócio-económicas da população deslocada e da população anfitriã, e as avaliações da capacidade de sustentação da região e do local de alojamento.
- O tipo de povoação temporária apropriado é determinado: centro de acolhimento ou de passagem; acampamento espontâneo; povoação temporária planeada; ou ampliação de povoação temporária.
- Os requisitos quanto à forma que a povoação irá adoptar são determinados tendo em conta o seguinte:
 - A informação gerada pela avaliação do meio físico.
 - As ameaças reais ou potenciais à segurança da população afectada. Este ponto é particularmente importante quando se trata de populações de refugiados, sendo sempre crítico no caso de mulheres sozinhas, viúvas e adolescentes não-acompanhadas.
 - A duração máxima estimada da povoação.
 - A densidade populacional preferida na povoação.
 - O grau de integração da população deslocada com a população anfitriã.
- Os requisitos quanto à forma da povoação são testados relativamente às limitações físicas de cada local de alojamento potencial. O local de alojamento reúne os seguintes requisitos, independentemente das variações sazonais:
 - Está localizado a uma distância segura de possíveis ameaças à segurança física, geralmente a não menos de 50km.
 - É possível chegar ao local com veículos pesados por um caminho transitável, quaisquer que sejam as condições climáticas. Se for necessário construir uma estrada, o tipo de solo e o terreno devem ser adequados a essa actividade. É possível chegar às instalações colectivas com veículos ligeiros.
 - O local de alojamento encontra-se perto de instalações e serviços sociais e económicos existentes, quando indicado.

- Existe água em quantidades suficientes (para beber, cozinhar, cuidar da higiene pessoal e assegurar o saneamento).
- O local de alojamento encontra-se pelo menos 3 metros acima do nível previsto para o lençol freático na estação chuvosa.
- A questão dos direitos sobre a água e sobre o uso de outros recursos naturais como madeira, pedra e areia, é resolvida antes ou no momento de seleccionar o local de alojamento.
- Os direitos relativos à terra são estabelecidos antes da sua ocupação e se for necessário é negociado o seu uso autorizado.
- O tipo de solo existente está apto para cavar e para a infiltração da água.
- Existe quantidade suficiente de erva, arbustos e árvores para ter sombra e evitar a erosão do solo.
- Existem recursos sustentáveis suficientes para utilizar como combustível e materiais de construção.
- Existe terra suficiente e apropriada para os níveis necessários de agricultura e criação de animais. O impacto destas actividades é compreendido, e o uso da terra é negociado quando necessário.
- O local de alojamento não é propenso a doenças endémicas que poderiam afectar os habitantes e o gado, nem à acumulação das águas ou a inundações; não está localizado num terreno que corra perigo de deslizamentos de terra, nem está próximo de um vulcão activo.

Notas de orientação

Estas notas descrevem um processo mediante o qual são determinados os requisitos que uma povoação deve reunir e são identificadas as características fundamentais dos locais de alojamento.

1. **Identificação do tipo de povoação:** as avaliações proporcionam informação que orientam a escolha do tipo de povoação (esta nota) e a forma que esta irá adoptar (nota 2). Existem quatro tipos básicos de povoação temporária:
 - a) **Centros de acolhimento ou de passagem:** nos quais as pessoas deslocadas ou os refugiados permanecem durante curtos períodos

de tempo. Tais centros devem ser tratados da mesma forma que as povoações planeadas (consultar alínea c, mais à frente) se forem: (1) grandes, com uma população acima das 2.000 pessoas, ou se (2) se prevê que irão funcionar por muito tempo. Os recursos ambientais deverão ser objecto de uma gestão cuidadosa para que as populações deslocada e local tenham água, combustível e materiais de construção suficientes, e para que a economia e o meio ambiente locais não sofram. Se um acampamento de passagem recebe muitos grupos por períodos curtos durante muito tempo, isso terá repercussões sociais e económicas na população local semelhantes às de uma povoação planeada.

- b) **Acampamentos espontâneos:** nos quais as pessoas se instalaram espontaneamente, mas que exigem um realojamento parcial, bem como o fornecimento de infra-estruturas e recursos naturais sustentáveis.
 - c) **Povoações temporárias planeadas:** em que as povoações são construídas e mantidas por planeadores do meio físico antes da chegada das pessoas deslocadas (por ex. de centros de acolhimento ou de passagem).
 - d) **Ampliações de povoações temporárias:** que são realizadas quando é preciso ampliar a povoação de modo a receber novas pessoas (por ex. de centros de acolhimento ou de passagem).
2. **Decisão sobre a forma de povoação:** uma vez identificado o tipo de povoação, o passo seguinte é decidir que forma essa povoação deve adoptar. Para isso é necessário ter em conta a informação decorrente da avaliação sócio-económica e os seguintes elementos:
 - a) A segurança da população deslocada: eventuais ameaças procedentes da própria população deslocada, da comunidade anfitriã, ou de qualquer outra parte.
 - b) A duração máxima prevista para a povoação.
 - c) A interacção com a população, a economia e o meio ambiente locais.
 3. **Avaliação das características físicas do local de alojamento:** uma vez identificados o tipo e a forma da povoação, é necessário utilizar a informação procedente da avaliação do meio físico para decidir se a opção escolhida é viável e, caso não seja, que soluções de compromisso

devem ser encontradas. Nesta etapa, pode ser necessário o aconselhamento por parte de especialistas. A avaliação das características físicas do local de alojamento deve compreender os seguintes pontos:

a) **Acesso**

- Proximidade e estado das infra-estruturas rodoviárias locais.
- Proximidade da infra-estrutura de serviços da comunidade anfitriã e eventuais efeitos positivos ou negativos a esse respeito da instalação da povoação.
- Proximidade de pistas de aterragem, terminais ferroviários ou portos.
- Dificuldades de acesso de carácter sazonal e vulnerabilidade das vias de acesso.

b) **Condições do local de alojamento**

- A topografia e o declive do local de alojamento devem permitir um bom escoamento e a habitabilidade do local, tendo em conta a densidade de ocupação prevista. O declive máximo apropriado depende das condições do solo, da vegetação e das possíveis medidas em termos de escoamento e controlo da erosão, que devem ser tidas em conta para evitar inundações e deslizamentos de lama. O declive ideal oscila entre 2% e 4%.
- Perigos naturais, incluindo terremotos, actividade vulcânica, deslizamento de terras ou inundações.
- Permeabilidade do solo. Por exemplo, as rochas fissuradas contribuem para uma maior dispersão dos detritos das latrinas; as rochas vulcânicas dificultam a construção de latrinas. (Consultar no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento, a secção sobre evacuação de excrementos.)
- Condições microclimáticas.

c) **Água (consultar o capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento)**

- Disponibilidade de água suficiente a uma distância apropriada durante todo o ano para as pessoas deslocadas, a comunidade anfitriã, a agricultura e o gado.
- Separação de bebedouros para os animais e fontes de abastecimento de água.

- Eventual existência de mais do que uma fonte de água, para reduzir a vulnerabilidade do abastecimento de água.
- Profundidade do lençol freático, eventuais riscos de contaminação pelo saneamento ou inundações, e variações sazonais.

d) **Espaço**

- Disponibilidade de espaço suficiente para a densidade de população desejada e distribuição dessa população entre o número de povoações necessárias.
- Disponibilidade de espaço para ampliar a(s) povoação(ões) em caso de aumento da população.
- Uso actual da terra e repercussões previstas da povoação na terra.
- Níveis e tipos de agricultura e criação de gado que é possível sustentar.

e) **Meio ambiente**

- Temperaturas, ventos e chuva previstos no que respeita à sua influência no planeamento, na agricultura e na criação de gado.
- Existência nas redondezas de áreas vulneráveis ou valiosas em termos ambientais.
- Disponibilidade de madeira suficiente para lenha e construção, que permita uma utilização sustentável, tanto para a população deslocada como para a população anfitriã.
- Tipo e quantidade da cobertura vegetal no que respeita à sua influência nas condições microclimáticas, na velocidade do vento e na erosão do solo.
- Doenças endémicas, pragas e riscos de doença. (Consultar no capítulo 5, Cuidados Médicos, a norma 3: luta contra as doenças transmissíveis; e no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento, a norma 4: luta antivectorial.)

Ao longo de todo este processo é indispensável que a selecção do local de alojamento seja orientada em primeiro lugar pelas necessidades da(s) população(ões) afectada(s), e não por considerações puramente técnicas ou pelo estabelecimento de mecanismos de assistência.

4. **Para um método alternativo de selecção de locais de alojamento, do ponto de vista da engenharia:** consultar a matriz de selecção de locais de alojamento em Davis e Lambert (1995).

5. **Redução das repercussões negativas:** quando uma população deslocada se instala perto de uma comunidade anfitriã maior, pode beneficiar do acesso aos serviços de infra-estrutura e das oportunidades de subsistência disponíveis no local. A população deslocada pode ser mais numerosa do que a comunidade anfitriã. Isso pode impor exigências às infra-estruturas, à economia e ao meio ambiente locais, que podem criar atritos entre as duas comunidades. Por isso, a selecção e o planeamento cuidadosos do local de alojamento são indispensáveis para garantir a eficácia do programa de assistência humanitária e a segurança das mulheres, dos homens e das crianças das populações afectadas.
6. **Consultar também:** Norma 1 relativa à análise, avaliação inicial.

Norma 2 relativa aos locais de alojamento: planeamento dos locais de alojamento

O planeamento dos locais de alojamento atribui espaço suficiente às zonas onde se albergam os agregados familiares e favorece a segurança e o bem-estar das pessoas. Assegura também o fornecimento efectivo e eficaz de serviços e acesso interno.

Indicadores-chave

- O local de alojamento proporciona um espaço de 45m² por pessoa. Isto inclui infra-estruturas (por exemplo, estradas, saneamento, escolas, escritórios, sistemas de abastecimento de água, postos de segurança e guarda-fogos, mercados, armazéns, localizações dos abrigos), mas não as terras para cultivo e criação de gado.
- São estabelecidos conglomerados de áreas habitacionais ou agrupamentos comunitários.
- São identificadas as terras desocupadas para uma possível ampliação futura.
- Estão previstas instalações sociais como mercados, locais de culto, cemitérios, instalações para serviços de saúde e para evacuação de detritos sólidos, pontos de abastecimento de água, centros comunitários e de nutrição, oficinas, lotes para madeira e áreas de recreio.
- Estão previstas instalações para as organizações humanitárias, como escritórios para a administração, locais de armazenamento e alojamento para os funcionários.

- Existem guarda-fogos adequados com as seguintes distâncias mínimas: 2 metros entre as habitações, 6 metros entre os grupos de habitações e 15 metros entre os blocos de grupos.
- Existe um cemitério para cada grupo da população, com uma localização adequada.
- São estabelecidos campos de quarentena, ou são identificados e preparados locais para o efeito, isolados das zonas de residência, a fim de reduzir ao mínimo a propagação de qualquer epidemia.
- O declive do local de alojamento não é superior a 7%, a menos que tenham sido tomadas amplas medidas em matéria de escoamento e controlo da erosão.

Nota de orientação

1. **Factores sociais:** sempre que possível, a estrutura social da população deslocada e as funções atribuídas a cada sexo devem reflectir-se no planeamento da povoação, tendo em conta as necessidades de mercados, locais de reunião, zonas de recreio, etc. Estas instalações são indispensáveis para apoiar o novo estabelecimento das comunidades deslocadas. Também devem ser apoiadas as formas de representação social existentes, dada a importância das consultas às pessoas deslocadas, particularmente às mulheres, e da sua participação nas intervenções humanitárias.

Norma 3 relativa aos locais de alojamento: segurança

A selecção e o planeamento dos locais de alojamento devem permitir que toda a população afectada desfrute de um grau suficiente de liberdade e segurança pessoal.

Indicadores-chave

- O local de alojamento está situado a uma distância segura de possíveis ameaças externas à segurança física da população.
- No planeamento do local de alojamento estão previstas áreas habitacionais integradas e seguras para os grupos de risco.
- As instalações sociais, de saúde, de saneamento e outras instalações essenciais são de acesso seguro e estão iluminadas à noite, se necessário.

- O planeamento de conglomerados é utilizado para apoiar a auto-vigilância exercida pela população deslocada.
- O tamanho total da população não excede um nível para além do qual as medidas internas e externas de segurança e protecção passam a ser ineficazes.
- As autoridades anfitriãs e/ou a organização pertinente das Nações Unidas levam a cabo actividades internas e externas em matéria de segurança e protecção.
- A organização à qual compete a coordenação geral presta assistência no que toca à segurança interna dos grupos de risco.
- Foram estabelecidos sistemas para evitar a violência sexual e a violência baseada no género, e para fazer face às suas consequências.
- As mulheres e as adolescentes estão a par da existência de serviços de saúde para as vítimas de violência sexual.
- São tomadas medidas razoáveis para evitar que os funcionários corram riscos. Quando se trate de zonas inseguras, é acordado um plano de evacuação entre todas as organizações.

Notas de orientação

1. **A segurança de todas as pessoas afectadas e dos funcionários no terreno tem uma importância decisiva:** um planeamento cuidadoso do local de alojamento, que tem em conta os riscos internos e externos, é de particular importância quando se presta assistência a populações de refugiados ou de pessoas deslocadas internamente que se sentem igualmente ameaçadas. Identificar as necessidades em termos de segurança de grupos determinados, especialmente as mulheres, ajudará a reforçar as medidas de segurança adoptadas pelas autoridades anfitriãs e pelas organizações das Nações Unidas. É importante que as mulheres e outros grupos expostos a riscos não vivam em zonas isoladas, onde possam ser vítimas fáceis de agressão física ou violação.
2. **Medidas de segurança:** a organização coordenadora deve garantir que haja iluminação nocturna nas zonas estratégicas e que as famílias lideradas por uma mulher ou uma adolescente e as mulheres sozinhas estejam albergadas em zonas protegidas próximas dos serviços, sem que isso dê origem à criação de “guetos”. É importante trabalhar com a população afectada para estabelecer medidas de segurança, entre as quais, instalações protegidas e grupos de vigilância nos bairros. Entre

as medidas para prevenir a violência sexual cabe assinalar: planeamento do local de alojamento consultando as mulheres e os homens da população afectada; a presença de pessoal de protecção e de saúde, bem como de intérpretes do sexo feminino; a análise das questões de violência sexual nas reuniões de coordenação.

Norma 4 relativa aos locais de alojamento: preocupações ambientais

O local de alojamento é planeado e administrado de modo a que os danos para o meio ambiente sejam reduzidos ao mínimo.

Indicadores-chave

- No planeamento das povoações temporárias são tidas em conta a densidade e a distribuição da população deslocada:
 - Quando o meio é frágil, a população deslocada é concentrada a fim de conter a pressão não sustentável sobre o meio ambiente.
 - Quando o meio é mais robusto, a população deslocada é distribuída por várias povoações pequenas, já que é provável que estas causem menos danos ambientais do que as grandes povoações.
- Durante o planeamento do local de alojamento, as árvores e outros tipos de vegetação são respeitados, tanto quanto possível. As estradas e as redes de escoamento são planeadas de modo a que façam uso das curvas naturais, de modo a evitar a erosão e as inundações.

Notas de orientação

1. **Requisitos de espaço:** as directrizes do UNHCR (ACNUR) (ainda por publicar à data de redacção desta obra) recomendam um espaço de 45m² por pessoa, incluindo um pequeno espaço para uma horta. O ideal é que a população deslocada mantenha a mesma densidade que tinha na sua região/país de origem, ou tenha a mesma densidade da população anfitriã, conforme o mais adequado para a situação. No planeamento deve-se ter em conta a evolução dinâmica e o crescimento dos acampamentos. O crescimento demográfico e a chegada de mais pessoas podem provocar uma expansão até 4,5% por

ano, como já ocorreu em situações anteriores. O repatriamento ou a reintegração atempados também devem ser planeados.

2. **Guarda-fogos:** deve-se ter o cuidado de evitar que os guarda-fogos se transformem em “túneis de vento”. Equipas de bombeiros devem ser preparadas, equipadas e testadas regularmente.
3. **Cemitérios:** os cemitérios e as valas comuns devem situar-se pelo menos a 30 metros das fontes de água subterrânea utilizadas para extrair água para beber (em terreno normal; a distância deve ser superior no caso de formações rochosas fracturadas), e a parte inferior de qualquer vala deve estar situada 1,5 metros acima do lençol freático. A água superficial proveniente dos cemitérios não deve chegar à povoação. Os costumes das populações deslocada e local devem ser tidos em consideração.
4. **Consumo de lenha:** qualquer que seja a extensão de terra para cultivo e habitação atribuída a cada família, as pessoas regressarão às áreas colectivas para recolherem lenha se não existirem outras fontes de combustível. Para uma utilização sustentável, parte-se do princípio que por cada 500 pessoas deve haver 1km² de floresta inexplorada para satisfazer as suas necessidades anuais de lenha estimadas em 600-900 kg por pessoa. No entanto, supondo que apenas 20% da floresta esteja por explorar, apenas 100 pessoas poderiam ter acesso à terra.

6 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Todos os aspectos da assistência humanitária dependem da qualificação, dos conhecimentos e do empenho dos funcionários e voluntários que exercem a sua actividade em condições difíceis e por vezes de insegurança. As exigências a que estão sujeitos são consideráveis e para que possam levar a cabo o seu trabalho de forma a atingir níveis mínimos de qualidade, é necessário que tenham uma experiência e uma formação adequadas e que sejam dirigidos e apoiados de forma correcta pela organização a que pertencem.

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de abrigo e alojamento são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Indicadores-chave

- Todos os funcionários a exercerem actividades num programa de abrigo e alojamento estão informados dos objectivos das actividades que executam e dos métodos para as levar a cabo.
- As avaliações, a concepção de programas e a tomada das principais decisões técnicas são da responsabilidade de funcionários com as qualificações técnicas necessárias e com experiência em situações de emergência.
- Os funcionários e os voluntários estão a par das questões de género que dizem respeito à população afectada. Sabem como apresentar relatórios sobre incidentes que envolvem violência sexual.

- Os funcionários com responsabilidades técnicas e de direcção têm apoio para fundamentar as suas decisões e verificar o seu cumprimento.
- Os funcionários responsáveis pelo planeamento de locais de alojamento são formados e supervisionados regularmente.
- Os funcionários ou os voluntários envolvidos na recolha de informação recebem instruções detalhadas e são supervisionados regularmente por uma pessoa experiente.
- Os funcionários e os voluntários envolvidos na construção ou noutras actividades manuais são formados, supervisionados e equipados em conformidade, de modo a assegurar que o seu trabalho é levado a cabo de forma eficiente e em segurança.

Norma 2 da capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de abrigo e alojamento devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Indicadores-chave

- Na concepção, implementação, controlo e avaliação dos programas de abrigo participam membros de ambos os sexos da população afectada.
- O pessoal compreende a importância de fortalecer as capacidades locais a fim de obter benefícios a longo prazo.
- No decurso do programa de assistência humanitária aproveita-se e fortalece-se a base de conhecimentos especializados dos colaboradores e das instituições locais e da população afectada.

Notas de orientação

1. **Consultar:** ODI/ People In Aid (1998) (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária).
2. **Características do pessoal:** os funcionários e os voluntários devem revelar capacidades à altura das suas respectivas missões. Além disso, devem estar ao corrente dos principais aspectos das convenções dos direitos humanos, do direito humanitário internacional e dos Princípios Orientadores para Deslocações Internas (consultar a Carta Humanitária).

É importante que seja proporcionada formação e apoio como parte da preparação para situações de emergência de forma a garantir a disponibilidade dos funcionários para desenvolverem um trabalho de qualidade. Uma vez que muitos países não estão preparados para situações de emergência, as organizações humanitárias devem seleccionar pessoal qualificado e competente antes deste ser destacado para uma situação de emergência.

As organizações humanitárias devem assegurar um equilíbrio entre o número de mulheres e homens nas equipas de emergência quando estas são destacadas para o terreno.

Apêndice 1

Bibliografia Seleccionada

Chalinder, A (1998), Good Practice Review 6: *Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies* (Estudo de Práticas Adequadas 6: Planeamento das Povoações Temporárias em Situações de Emergência). Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento Ultramarino). Londres.

Davis, J e Lambert, R (1995), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers* (Engenharia em Situações de Emergência: Guia Prático dos Funcionários Responsáveis pela Prestação de Auxílio). RedR/IT Publications. Londres.

Jendritzky, G, Kalkstein, L S, e Maunder W J (1996), *Climate and Human Health* (Clima e Saúde Humana). (WMO-No. 843). Organização Meteorológica Mundial. Genebra.

LWF (1997), *Environmental Guidelines for Programme Implementation* (Orientações Ambientais para Implementação de Programas). Lutheran World Federation and Department of World Service (Federação Luterana Mundial e Departamento de Serviço Mundial). Genebra.

MSF (1997), *Guide of Kits and Emergency Items. Decision-maker guide* (Guia de Equipamentos e Artigos de Emergência. Guia para Tomada de Decisões). 4a Edição Inglesa. Médicos sem Fronteiras. Bélgica.

Overseas Development Institute/ People In Aid (1998) People In Aid: *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. (Pessoas em Missões de Ajuda: Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária) ODI/ People In Aid (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid). Londres.

Telford, J (1997), Good Practice Review 5: *Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives* (Estudo de Práticas Adequadas 5. Contagem e Identificação de Populações Beneficiárias em Operações de Emergência: Inscrição e suas Alternativas). Relief and Rehabilitation Network/ Overseas Development Institute (Rede de Auxílio e Reabilitação/ Instituto de Desenvolvimento

Ultramarino). Londres.

UNDP (1995), *Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications*. Vol 1, Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power Supply (Artigos de Auxílio em Situações de Emergência, Compêndio de Especificações Genéricas. Vol. 1, Telecomunicações, Abrigos e Habitações, Abastecimento de Água, Alimentos, Saneamento e Higiene, Manuseamento de Materiais, Fontes de Abastecimento de Energia). Inter-Agency Procurement Services Office, UNDP (Gabinete de Serviços de Aquisição Interinstitucionais, PNUD). Copenhaga.

UNHCR (1997), *Environmental Guidelines. Domestic Energy Needs in Refugee Situations* (Orientações Ambientais. Necessidades Energéticas Internas em Situações de Refugiados) ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1993), *First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees* (Primeira “Workshop” sobre Melhores Respostas em Questões de Abrigos e Meio Ambiente para Refugiados). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women* (Orientações para a Protecção de Mulheres Refugiadas). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1982), *Handbook for Emergencies. Part One: Field Operations* (Manual para Situações de Emergência. Parte Um: Operações no Terreno.). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR, *Handbook for Social Services* (Manual para Serviços Sociais). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1996), *Partnership: A Programme Management Handbook for UNHCR's Partners* (Parceria: Um Guia sobre Gestão de Programas para Parceiros do ACNUR). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1994), *People-Oriented Planning at Work: Using POP to Improve UNHCR Programming* (Planeamento no Trabalho Orientado para

as Pessoas: Utilização do POP para Melhorar os Programas do ACNUR). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR, *Planning Rural Settlements for Refugees* (Planeamento de Povoações Rurais para Refugiados). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1998), *Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making* (Operações em Prol dos Refugiados e Gestão Ambiental: Princípios-chave na Tomada de Decisões). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1995), *Sexual Violence Against Refugees* (Violência Sexual Contra Refugiados). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNHCR (1994), *Shelter and Infrastructure - Camp Planning. Programme and Technical Support Section* (Abrigos e Infra-estruturas - Planeamento de Acampamentos. Secção de Programas e Apoio Técnico). ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

USAID (1994), *Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response* (Guia de Operações no Terreno para Avaliação e Resposta em Situações de Desastre). Office for Disaster Assistance, USAID (Gabinete para Ajuda em Situações de Desastre).

WCRWC UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement* (As Dimensões por Género das Deslocações Internas). Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas). Nova Iorque.

Normas Mínimas em Matéria de Cuidados Médicos

Índice

Introdução	219
1. Análise	223
2. Luta Contra o Sarampo	237
3. Luta Contra Doenças Transmissíveis	242
4. Serviços de Cuidados Médicos	249
5. Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos	254
Apêndice 1: Bibliografia Seleccionada	258
Apêndice 2: Modelo de Lista de Verificação para a Avaliação Inicial da Situação Sanitária	261
Apêndice 3: Modelo de Formulários para Relatório do Controlo Semanal	264
Apêndice 4: Exemplo de Apresentação de um Conjunto de Dados sobre Mortalidade	266
Apêndice 5: Modelo de Formulário de Vacinação Contra o Sarampo	267
Apêndice 6: Modelo de Formulários para Dados sobre a Água, o Saneamento e o Meio Ambiente	268
Apêndice 7: Modelo de Formulário para Notificação de Casos de Violência Sexual	269

Nos Anexos 1 e 2 no final da obra poderá consultar, respectivamente, o glossário geral e uma lista de siglas.

Normas Mínimas em Matéria de Cuidados Médicos

Introdução

As normas mínimas em matéria de Cuidados Médicos são uma expressão prática dos princípios e direitos enunciados na Carta Humanitária. A Carta concentra a sua atenção nos requisitos fundamentais para manter as vidas e a dignidade das pessoas afectadas por catástrofes ou conflitos, segundo o consignado no conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos, no direito humanitário internacional e no direito relativo aos refugiados. É sobre esta base que as organizações humanitárias oferecem os seus serviços. Estas organizações comprometem-se a actuar de acordo com os princípios de humanidade e imparcialidade e com os restantes princípios definidos no Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) na Assistência Humanitária em Situações de Desastre. A Carta Humanitária reafirma a importância fundamental de três princípios-chave:

- o direito à vida com dignidade
- a distinção entre combatentes e não-combatentes
- o princípio de non-refoulement

As normas mínimas dividem-se em duas grandes categorias: aquelas relacionadas directamente com os direitos das pessoas; e aquelas relacionadas com a actuação das organizações que contribuem para que as pessoas usufruam desses direitos. Algumas das normas mínimas combinam ambas as categorias.

1 A importância dos cuidados médicos em situações de emergência

Em situações de emergência, tem sido documentada uma grande perda de vidas por causa de uma maior incidência de doenças e ferimentos. Os desastres naturais (terramotos, inundações, erupções vulcânicas, etc.), as guerras e conflitos armados, bem como os desastres tecnológicos, tendem a acarretar um aumento de mortalidade e de morbidade¹. As doenças responsáveis por tais aumentos também já foram identificadas: sarampo, diarreias (incluindo disenteria e cólera), infecções respiratórias agudas, subnutrição e malária (onde são dominantes). A elevada incidência das doenças deve-se aos factores ambientais a que estão expostas as populações, nomeadamente, o excesso de densidade populacional, quantidade e qualidade insuficientes da água, saneamento deficiente, abrigos inadequados e fornecimento de alimentos insuficiente.

O principal objectivo da prestação de cuidados médicos a uma população afectada por uma situação de desastre é prevenir a mortalidade e morbidade excessivas. Para isso, é indispensável identificar prioridades mediante uma avaliação rápida e actividades de controlo e vigilância contínuas; as intervenções devem responder às prioridades identificadas na avaliação inicial e devem ser tecnicamente acertadas. O planeamento, a execução e o controlo devem ser coordenados entre as organizações participantes.

Deve dar-se prioridade às medidas de cuidados médicos básicos (CMB), incluindo a assistência multisectorial em áreas-chave (água, saneamento, nutrição, alimentação, abrigo). A participação das autoridades sanitárias locais e de membros qualificados da população afectada, incluindo agentes comunitários e visitantes ao domicílio é fundamental para a aplicação das medidas de cuidados médicos básicos. Na maioria das situações de emergência, as mulheres e as crianças são os principais utilizadores dos serviços de cuidados médicos, e é importante recolher as opiniões das mulheres como meio para conseguir que os serviços sejam equitativos, apropriados e acessíveis à população afectada no seu conjunto. As mulheres podem contribuir para a compreensão de factores culturais e costumes que têm repercussão na saúde, assim como das necessidades específicas das pessoas vulneráveis da população afectada. Em consequência, devem participar no planeamento e na prestação dos serviços de cuidados médicos sempre que possível.

2 Guia para este capítulo

O capítulo está dividido em cinco secções (análise, luta contra o sarampo, etc.), cada uma das quais inclui o seguinte:

- **As normas mínimas:** especificam os níveis mínimos a alcançar em cada área.
- **Indicadores-chave:** são “sinais” que permitem verificar se a norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou métodos, utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.
- **Notas de orientação:** incluem referências a aspectos concretos que é preciso ter em consideração ao aplicar a norma em diferentes situações; orientações acerca do melhor modo de resolver dificuldades de ordem prática e aconselhamento sobre questões de carácter prioritário. Também podem incluir comentários sobre questões de especial importância referentes à norma ou aos indicadores, e assinalar problemas, controvérsias ou lacunas no conhecimento actual sobre determinada matéria. Preencher estas lacunas ajudará a melhorar as normas mínimas em matéria de cuidados médicos no futuro.

Nos apêndices deste capítulo é fornecida mais informação útil, incluindo uma bibliografia seleccionada.

A organização do capítulo reflecte a divisão de actividades e responsabilidades que se costuma verificar em situações de emergência. A acção levada a cabo em cada uma das áreas consideradas, contribui para alcançar as metas dos programas de intervenção ao nível das necessidades de saúde prioritárias.

Cada uma das secções está interligada com as outras. Na avaliação sanitária inicial identificam-se necessidades, estabelecem-se prioridades e apresentam-se os dados para iniciar as intervenções de carácter prioritário. Os dados do sistema de informação sanitária ilustram as tendências da morbidade e da mortalidade que servem para detectar novos problemas ou redireccionar recursos. Tanto a avaliação inicial como o sistema de avaliação sanitária servem para identificar problemas de saúde como subnutrição, doenças transmissíveis ou ferimentos, que se abordam e controlam aplicando as normas expostas nas secções correspondentes à luta contra doenças transmissíveis e aos serviços de cuidados médicos. A secção 5, capacidade em matéria de recursos humanos e formação, aplica-se a todo o trabalho e refere-se a questões relacionadas com a capacidade humana necessária para levar a cabo intervenções sanitárias eficazes. O progresso na aplicação das normas numa área determina a importância do progresso noutras áreas. Por

exemplo, um bom sistema de informação sanitária permite identificar os problemas e depois realizar actividades de controlo, preventivas e terapêuticas apropriadas.

Quando necessária é feita referência às normas técnicas de outros sectores para sublinhar a ligação estreita do trabalho num sector com o trabalho noutros sectores e para salientar que o progresso numa área depende do progresso alcançado noutras áreas. Por exemplo, o fornecimento de água potável reduz a diarreia, e o fornecimento de alimentos suficientes e apropriados reduz os problemas nutricionais.

Nota

1. Considera-se que há excesso de mortalidade quando a taxa bruta de mortalidade (TBM) é mais alta do que o nível de mortalidade predominante da população circundante de uma zona de emergência. Nos países em vias de desenvolvimento, uma TBM superior a 1 morte por 10.000 pessoas por dia é a definição clássica de excesso de mortalidade. Este limite deriva da TBM anual verificada na maioria dos países em vias de desenvolvimento, aproximadamente 25 mortes por 1.000 pessoas, o que corresponde a uma taxa diária de 0,6 por 10.000. A taxa de mortalidade predominante nos países desenvolvidos pode variar relativamente à dos países em vias de desenvolvimento, factor a ter em conta na avaliação inicial. Pode não ser viável ou pertinente calcular a TBM quando se trata de um desastre de impacto súbito, a menos que haja um deslocamento de população permanente ou importante.

As Normas Mínimas

1 Análise

Os programas destinados a satisfazer as necessidades das populações afectadas por desastres devem basear-se numa compreensão profunda da situação, incluindo os factores políticos e os factores relacionados com a segurança, bem como da evolução prevista. As pessoas afectadas por desastres, as organizações humanitárias, os doadores e as autoridades locais têm de saber que as intervenções são adequadas e eficazes. Por isso, a análise dos efeitos do desastre e do impacto do próprio programa de cuidados médicos são factores críticos. Se o problema não for identificado e compreendido correctamente, será difícil, ou até impossível, apresentar uma resposta certa.

A aplicação de métodos de análise normalizados em todos os sectores considerados é de grande utilidade para determinar rapidamente as necessidades humanitárias mais graves e para garantir a mobilização dos recursos mais adequados. Nesta secção são apresentadas normas e indicadores acordados para a recolha e análise de informação com o objectivo de determinar necessidades, elaborar programas, controlar e avaliar a sua eficácia e assegurar a participação da população afectada.

A análise começa com uma avaliação inicial imediata que permite determinar a magnitude do desastre e decidir se se deve e como se deve intervir. Prossegue com o controlo, que permite saber em que medida o programa contribui para a satisfação das necessidades existentes e determinar se são necessárias alterações. O sistema de informação sanitária acaba por apresentar dados que podem ser usados para determinar o grau de eficácia global do programa e extrair lições para o futuro.

Para obter um conhecimento profundo dos problemas e conseguir que a assistência humanitária seja prestada de forma coordenada, é fundamental que todos os interessados partilhem a informação e os conhecimentos pertinentes. Registrar e difundir a informação resultante do processo de análise contribui para uma ampla compreensão das consequências adversas para a saúde pública e outras consequências dos desastres, e pode ajudar no

desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção de desastres e atenuação das suas consequências.

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

A avaliação inicial determina com a maior precisão possível os efeitos na saúde de uma situação de desastre, identifica as necessidades em matéria de saúde e estabelece prioridades para os programas de saúde.

Indicadores-chave

- Proceder-se de imediato a uma avaliação inicial segundo os procedimentos internacionalmente aceites, tarefa que deverá ser executada por pessoal com a experiência adequada, incluindo pelo menos um epidemiologista. A recolha de dados começa antes da avaliação no terreno, usando os mapas disponíveis, perfis dos países, etc.
- A avaliação inicial é realizada em cooperação com uma equipa multi-sectorial (água e saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e saúde), as autoridades sanitárias nacionais, mulheres e homens da população afectada e as organizações humanitárias que tencionam dar resposta à situação.
- A informação é recolhida e apresentada de forma a permitir que o processo de tomada de decisões seja coerente e transparente. O apêndice 2 apresenta um modelo de Lista de Verificação para uma Avaliação Inicial da Situação Sanitária. A informação recolhida inclui geralmente:
 - Extensão geográfica do impacto do desastre.
 - Demografia da zona afectada:

População total afectada pelo desastre (se não se dispuser de um censo ou se for impossível fazê-lo, é feita uma estimativa).

Recolhem-se dados sobre a composição por sexo e por idade da população afectada relativamente a pelo menos dois grupos etários (grupo de <5 anos) e (5 e >5 anos); se for possível obter dados relativos à idade mais detalhados, utiliza-se a seguinte distribuição: <1, 1-4, 5-14, 15-44, 45+.

Tamanho médio das famílias ou agregados familiares, incluindo estimativas sobre o número de agregados familiares a cargo de uma mulher ou de uma criança e de mulheres grávidas e mães em fase de amamentação.

- Informação sobre as doenças transmissíveis, os ferimentos e as mortes.
- Presença de riscos contínuos.
- Situação nutricional da população afectada.
- Taxa bruta de mortalidade (TBM) da população total, expressa como o número de mortes por 10.000 habitantes por dia.
- Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (taxa de mortalidade por idade para o grupo etário com menos de 5 anos), expressa como o número de mortes por 10.000 habitantes por dia.
- Taxas de incidência, por idade e por sexo, dos principais problemas e doenças.
- Condições ambientais (acesso a água potável, nível de saneamento actual, disponibilidade e adequação dos abrigos, vectores de doenças, etc.).
- Disponibilidade de alimentos.
- Estado e qualidade das infra-estruturas de saúde local (serviços e pessoal) e dos fornecimentos médicos.
- Estado do sistema de transporte.
- Nível da rede de comunicações.
- Estimativas quanto às necessidades de assistência externa, com base nas conclusões preliminares.

- A TBM diária da população total, bem como a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, são calculadas regularmente (diariamente nas fases iniciais da situação de emergência, se necessário, e depois com menos frequência) para poder detectar mudanças súbitas.
- Em situações de insegurança predominante, a avaliação inicial inclui uma análise dos factores que incidem na segurança pessoal e geral da população afectada.
- A programação e as recomendações da equipa de avaliação inicial apontam desde o início para a prevenção do nível excessivo de mortalidade e morbidade, bem como para a antecipação de futuros problemas de saúde pública resultantes das circunstâncias próprias da situação de emergência. São feitas recomendações acerca da necessidade de assistência externa. Se a mesma for necessária, são apresentadas

recomendações sobre as prioridades, uma estratégia de intervenção e os recursos necessários. São também tidos em consideração os seguintes elementos:

- A estrutura social e política da população, incluindo o fluxo potencial de refugiados.
 - A atenção especial que merecem os grupos de risco.
 - As possibilidades de acesso à população afectada.
 - A insegurança e a violência.
 - Os sistemas de distribuição.
 - As consequências e o impacto ambiental possíveis a longo prazo das intervenções propostas.
- As ameaças concretas à segurança com que se defrontam os grupos vulneráveis, em especial as mulheres e as adolescentes, são tidas em conta na concepção dos programas de saúde.
 - É elaborado um relatório de avaliação inicial, no qual se mencionam as áreas-chave e as recomendações adequadas que são imediatamente disponibilizadas às autoridades nacionais e locais, a representantes de ambos os sexos da população afectada e às organizações humanitárias participantes.

Notas de orientação

1. **Procedimentos de avaliação inicial aceites internacionalmente:** consultar WHO (OMS) (1999).
2. **Indicadores da situação sanitária geral:** durante a fase crítica de uma situação de emergência, a taxa bruta de mortalidade (TBM) da população total e a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos são indicadores muito importantes da situação sanitária geral da população afectada.
3. **Taxas brutas de mortalidade:** para calcular as taxas brutas de mortalidade durante períodos curtos (<1 mês) é utilizado o seguinte método:
 - a) Total de mortes num determinado número de dias.
 - b) Divide-se o total pelo número de dias durante os quais foram recolhidos dados. Isto dá o número médio de mortes por dia.

- c) Divide-se este número pelo tamanho da população afectada.
- d) Multiplica-se por 10.000 para obter a taxa bruta de mortalidade diária.

4. **Rapidez de resposta:** a rapidez de resposta é um aspecto essencial da avaliação inicial, tarefa que deve ser levada a cabo o mais cedo possível após o desastre. Se for necessário, devem ser satisfeitas de imediato e simultaneamente as necessidades mais prementes. Regra geral, deve ser elaborado um relatório no espaço de uma semana a contar da chegada ao local do desastre, embora isso dependa das circunstâncias particulares e da situação em geral.
5. **Participantes na avaliação inicial:** nesta tarefa, devem ser incluídas pessoas capazes de obter informação junto de todos os grupos da população afectada de forma culturalmente aceitável, em especial no que diz respeito à análise de questões relacionadas com o género e às competências linguísticas. O ideal seria que participasse um número equilibrado de homens e mulheres.
6. **Processo de avaliação inicial:** antes de começar o trabalho no terreno, todos os participantes devem chegar a acordo quanto ao procedimento a adoptar para realizar a avaliação inicial, devendo igualmente ser distribuídas as respectivas tarefas específicas.
7. **Recolha de informação:** embora haja algumas situações de emergência em que o conhecimento atempado determina as acções necessárias, a maior parte da assistência humanitária deve basear-se nalguma informação proveniente da avaliação inicial, mesmo que incompleta. Existem várias técnicas diferentes para recolha de informação, pelo que é preciso escolhê-las cuidadosamente, seleccionando as que melhor se enquadram na situação e no tipo de informação necessária. Em geral, é conveniente recolher informação com mais frequência quando a situação evolui mais rapidamente, e quando se dão acontecimentos de especial importância, como novos movimentos da população ou um surto epidémico de diarreia. Embora as avaliações iniciais possam ser mais rápidas e menos rigorosas, a análise melhora à medida que se dispõe de mais tempo e de mais dados através do sistema de informação sanitária. À medida que a situação de emergência estabiliza, é provável que seja disponibilizada mais informação sobre mulheres grávidas e mães a amamentar, pessoas

- deficientes, idosos e menores não-acompanhados e outros grupos de risco. Contudo, devem ser feitos esforços no sentido de reunir informação sanitária sobre as necessidades sanitárias crescentes da população afectada desde o início da resposta à situação de emergência.
8. **Fontes de informação:** é possível compilar informação para o relatório de avaliação inicial a partir de publicações disponíveis, material histórico pertinente, dados relativos à situação anterior à emergência e também a partir de conversas com pessoas idóneas, bem informadas, incluindo os doadores, os funcionários das organizações humanitárias e da administração pública nacional, os especialistas locais, os dirigentes de ambos os sexos da comunidade, os idosos, o pessoal clínico participante, os professores, os comerciantes, etc. Os planos nacionais ou regionais de preparação para casos de desastre também podem constituir uma fonte de grande utilidade. As discussões em grupo com membros da população afectada podem proporcionar informação útil sobre práticas e crenças. Tanto os métodos utilizados para obter informação como os limites da sua fiabilidade devem ser comunicados com clareza. Nunca se deve apresentar a informação de tal forma que dê uma imagem errada da situação real.
9. **Questões implícitas:** o conhecimento dos direitos das pessoas afectadas por desastres, em conformidade com o direito internacional, deve servir de base à avaliação inicial. Tanto esta como a análise posterior devem revelar um conhecimento apropriado dos problemas estruturais, políticos, de segurança, económicos, demográficos e ambientais subjacentes que incidem na zona. É vital ter em conta a experiência prévia e as opiniões das pessoas afectadas ao analisar a dinâmica e o impacto da nova situação de emergência. Por isso mesmo, é preciso contar com a competência técnica e os conhecimentos locais, tanto na recolha de dados como na análise dos recursos, capacidades, vulnerabilidades e necessidades. Devem também ser consideradas as condições de vida actuais e no período antes da situação de emergência da população deslocada e não-deslocada da zona.
10. **Grupos de risco:** devem ser tidas em conta as necessidades dos grupos expostos a danos adicionais, como mulheres, adolescentes, menores não-acompanhados, crianças, idosos e pessoas com deficiências. Há também que determinar os papéis que cabem às pessoas de um e de outro sexo no sistema social.

11. **Áreas de actividade:** embora cada situação de emergência dê origem a necessidades e problemas de saúde particulares, é provável que seja preciso abordar as grandes áreas de actividades que se seguem: controlo de doenças e ferimentos, luta contra doenças transmissíveis, imunização contra o sarampo, alimentos e nutrição, água, saneamento e abrigo. Para além disso, a avaliação inicial deve indicar em que medida são necessários os serviços preventivos, os serviços de cuidados médicos terapêuticos, o envio de casos, a saúde reprodutora, a saúde da mulher e da criança, os serviços comunitários, a educação sanitária, os fornecimentos médicos, o pessoal e os recursos de organização necessários para o estabelecimento e o funcionamento desses serviços de forma interligada e coordenada.

Norma 2 relativa à análise: sistema de informação sanitária - recolha de dados

O sistema de informação sanitária deve recolher com regularidade dados pertinentes sobre população, doenças, ferimentos, condições ambientais e cuidados médicos num formato normalizado, a fim de detectar os principais problemas de saúde.

Indicadores-chave

- O controlo começa ao mesmo tempo que a avaliação inicial, e o ideal é que utilize o sistema de informação sanitária local existente. Nalgumas situações de emergência, pode ser necessário um sistema novo ou paralelo, e isto é determinado pela equipa de avaliação inicial.
- A tarefa de organizar e supervisionar o sistema de controlo é claramente atribuída a uma organização que se encarrega da coordenação entre todos os associados se as autoridades locais não puderem cumprir essa função.
- Nas fases iniciais da situação de emergência, o sistema de informação sanitária concentra-se na demografia, na mortalidade e suas causas, na morbilidade e nas actividades prioritárias (água, saneamento, alimentação, nutrição, abrigo) conforme é especificado na avaliação inicial.
- Os dados sobre a mortalidade são obtidos através dos serviços de cuidados médicos e da comunidade, incluindo os funcionários dos cemitérios, os distribuidores de mortalhas e outros informadores-chave, para avaliar a TBM diária relativamente à população total e à taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos. Também são recolhidos dados sobre mortalidade por causas específicas.

- Os dados sobre morbidade por ferimentos, distúrbios de saúde e doenças, são obtidos através de instalações de saúde que prestam serviços ambulatoriais, centros de nutrição, programas de alimentação e agentes de saúde da comunidade, com o objectivo de calcular as taxas de incidência das causas principais de ferimentos ou doenças e as taxas de incidência por idade e por sexo, bem como para detectar mudanças ou novos problemas de saúde.
- Cada instalação de saúde que presta serviços ambulatoriais preenche os formulários padrão de controlo sobre a mortalidade e a morbidade, proporcionando dados por idade, sexo e causa de morte.
- Na maioria das situações de emergência, os dados sobre os cuidados médicos são obtidos através das organizações participantes, das instalações de saúde locais e dos agentes de saúde da comunidade. Como o tipo de dados a recolher varia em cada situação de emergência, a equipa de avaliação inicial determina as áreas prioritárias relativamente às quais são recolhidos dados, por exemplo, cobertura do programa de alimentação, cobertura da vacinação contra o sarampo, violência sexual, etc.
- A autoridade sanitária local ou a organização com responsabilidade de administrar o sistema de informação sanitária resume e dá a conhecer com regularidade os dados que recebe das instalações de saúde e da comunidade, utilizando formulários padrão e métodos normalizados de compilação, registo e análise de dados.
- Existem definições de casos padrão e formulários de notificação normalizados que se utilizam relativamente a cada uma das doenças a controlar. As definições são simples e claras e adaptadas aos meios de diagnóstico disponíveis.
- As pessoas que trabalham nos locais de notificação recebem formação para a utilização dos formulários de notificação normalizados e das definições de casos padrão. A frequência das notificações é especificada e está adaptada ao tipo e à fase da situação de emergência.
- Existem ou são criados sistemas de comunicação e de logística para difundir e receber os relatórios de controlo e a informação subsequente.
- O sistema de informação sanitária é objecto de avaliação periódica, com o fim de determinar o seu grau de exactidão, exaustividade, simplicidade, flexibilidade e rapidez de resposta.

Notas de orientação

1. O sistema de informação sanitária serve para:

- a) Detectar e reagir rapidamente a problemas de saúde e a epidemias.
- b) Controlar as tendências do estado sanitário e ocupar-se continuamente das prioridades em termos de cuidados médicos.
- c) Avaliar a eficácia das intervenções e da cobertura dos serviços.
- d) Garantir que os recursos estão correctamente dirigidos às áreas e aos grupos mais carenciados.
- e) Avaliar a qualidade das intervenções em matéria de saúde.

2. **Apresentação de relatórios:** consultar o Apêndice 3, modelo de formulários para relatório do controlo semanal, o Apêndice 4, exemplo de apresentação de um conjunto de dados sobre mortalidade, o Apêndice 6, modelo de formulários para dados sobre a água, o saneamento e o meio ambiente, e o Apêndice 7, modelo de formulário para notificação de casos de violência sexual. Consultar, também, os capítulos 1, Abastecimento de Água e Saneamento, e 2, Nutrição.

3. **Definições de casos sintomáticos:** em seguida são apresentados exemplos de definições de casos sintomáticos para uso nalgumas situações de emergência e situações posteriores à emergência.

- **Sarampo:** erupção cutânea generalizada que dura mais de 3 dias, temperatura superior a 38° C e algum dos seguintes sintomas: tosse, secreção intensa de muco nasal, olhos avermelhados.
- **Disenteria:** 3 ou mais defecações líquidas por dia e presença de sangue visível nas fezes.
- **Diarreia comum:** 3 ou mais defecações líquidas por dia.
- **Cólera:** diarreia aguda, abundante e aquosa, acompanhada ou não de vômitos.
- **Infecção Respiratória Aguda (IRA):** tosse ou respiração difícil, >50/minuto em bebés de 2 meses a <1 ano; respiração >40/minuto em crianças de 1-4 anos; e ausência de tiragem torácica, estridor ou sinais de perigo.
- **Subnutrição:** para definições detalhadas, consultar o Apêndice 1 do capítulo 2, Nutrição.

- **Malária:** temperatura superior a 38,5° C e ausência de outras infecções.
 - **Meningite:** súbito acesso de febre superior a 38,9° C e rigidez ou púrpura do pescoço.
4. **Violência sexual:** o número de casos de violência sexual e doméstica notificados aos serviços de cuidados médicos e aos responsáveis pela protecção e segurança deve ser controlado regularmente.

Norma 3 relativa à análise: sistema de informação sanitária - exame dos dados

Os dados do sistema de informação sanitária e as mudanças ocorridas na população afectada devem ser examinados e analisados regularmente com o fim de tomar decisões e dar uma resposta apropriada.

Indicadores-chave

- Durante a fase de emergência, a TBM e as taxas de incidência dos principais problemas de saúde (doenças e ferimentos) são controladas e analisadas regularmente para efeitos de tomada de decisões. No entanto, nalgumas situações de emergência, a equipa de avaliação inicial pode recomendar um ciclo de análise menos frequente
- A informação acerca de problemas sanitários (subnutrição, ferimentos, etc.) é verificada rapidamente e investigada mais a fundo, sendo adoptadas de imediato medidas apropriadas para evitar o nível excessivo de mortalidade devido ao problema ou problemas identificados.
- Os casos isolados de doenças que podem converter-se em epidemias (cólera, sarampo, etc.) e/ou os surtos de doenças transmissíveis são investigados logo que possível e são confirmados. Adoptam-se medidas de luta contra os surtos se tal for indicado, e os casos detectados recebem tratamento apropriado. (Consultar as normas relativas às doenças transmissíveis.)

Norma 4 relativa à análise: sistema de informação sanitária - controlo e avaliação

Os dados recolhidos devem ser utilizados para avaliar a eficácia das intervenções na luta contra as doenças e na preservação da saúde.

Indicadores-chave

- As medidas de eficácia utilizadas na avaliação incluem:
 - A taxa de mortalidade decrescente aponta para menos de 1/10.000/dia.
 - A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos é reduzida para não mais do que 2/10.000/dia.
 - As epidemias/doenças estão controladas.
 - Os ferimentos e o impacto da violência são reduzidos ou eliminados.
 - A cobertura da vacinação contra o sarampo é superior a 95%.
 - Existe acesso a alimentos adequados em quantidade suficiente (consultar o capítulo 2, Nutrição, e o capítulo 3, Ajuda Alimentar).
 - Existe acesso a água adequada em quantidade suficiente (consultar o capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento).
 - Existem instalações de saneamento adequadas disponíveis (consultar o capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento).

Notas de orientação

1. **Objectivo:** o objectivo de uma intervenção de emergência deve ser conseguir o quanto antes uma TBM de <1/10.000/dia e uma taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de <2/10.000/dia.
2. **Integração:** o sistema de informação sanitária deve estar integrado no sistema da comunidade anfitriã e deve contar com instalações sanitárias e agentes de saúde da comunidade. Tanto a população afectada como a comunidade anfitriã participam no sistema de informação sanitária.
3. **Utilização da informação proveniente do controlo:** todas as situações de emergência são instáveis e dinâmicas por definição. Assim, é indispensável dispor regularmente de informação actualizada para assegurar que os programas continuam a ser pertinentes. A informação obtida graças ao controlo contínuo dos programas deve ser incorporada nos exames e avaliações posteriores. Nalgumas circunstâncias, pode ser necessário modificar a estratégia para fazer

face a alterações importantes da situação ou das necessidades.

4. **Pessoas que participam no controlo:** quando o controlo exige consultas, deve-se incluir na tarefa pessoas capazes de obter informação de todos os grupos da população afectada de uma forma culturalmente aceitável, em especial no que respeita ao género e às competências linguísticas. A participação das mulheres deve ser encorajada.
5. **Avaliação posterior:** a avaliação posterior é importante, porque serve para avaliar a eficácia da acção, identificar lições para futuras actividades de preparação, mitigação ou assistência em casos de desastre e fomentar a prestação de contas. A avaliação aqui referida compreende dois processos interligados:
 - a) A avaliação interna do programa, que normalmente é realizada pelo pessoal como parte da análise e do exame sistemáticos da informação proveniente do controlo. A organização humanitária também deve avaliar a eficácia de todos os seus programas relacionados com uma determinada situação de desastre ou comparar os seus programas referentes a diferentes situações.
 - b) A avaliação externa, por seu lado, pode fazer parte de uma actividade de avaliação mais alargada realizada pelas organizações e pelos doadores, e pode ter lugar, por exemplo, após o final da fase crítica da situação de emergência. Ao realizar as avaliações, é importante que as técnicas e os recursos utilizados sejam compatíveis com a escala e a natureza do programa, e que no relatório sejam descritos a metodologia utilizada e os procedimentos seguidos para retirar as conclusões.
6. **Ligações a outros sectores:** as actividades de controlo e avaliação exigem uma estreita cooperação com outros sectores (consultar capítulos sobre Abastecimento de Água e Saneamento, Nutrição, Ajuda Alimentar, Abrigo e Planeamento de Locais de Alojamento), autoridades anfitriãs e organizações humanitárias.

Norma 5 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

Indicadores-chave

- As mulheres e os homens da população afectada pelo desastre devem ser consultados e ser envolvidos na tomada de decisões relacionadas com a avaliação inicial das necessidades e com a concepção e implementação do programa.
- As mulheres e os homens da população afectada recebem informação sobre o programa de assistência e têm a oportunidade de apresentar comentários sobre o programa à organização humanitária.

Notas de orientação

1. **Equidade:** a participação da população afectada pelo desastre na adopção de decisões e na concepção e implementação dos programas contribui para que estes sejam equitativos e eficazes. Deve-se ter especial cuidado para assegurar a participação das mulheres, bem como uma representação equilibrada de ambos os sexos no programa de assistência. A participação no programa de abastecimento de água e saneamento também pode servir para reforçar o sentido de dignidade e de valor das pessoas em momentos de crise. Essa participação gera um sentido de comunidade e de posse que pode contribuir para a segurança pessoal e geral, tanto de quem recebe a assistência, como de quem está encarregado da sua prestação.
2. **A população pode participar nos cuidados médicos de diferentes maneiras:** por exemplo, participando na mobilização social; fornecendo mensagens fundamentais sobre informação sanitária à população afectada; notificando atempadamente possíveis casos de doenças; procedendo à detecção de casos e à realização de sondagens ao domicílio; participando em e apoiando determinadas actividades sanitárias (vacinas, suplemento de vitamina A, tratamentos de rehidratação oral ao domicílio ou em centros comunitários designados, distribuição de preservativos, etc.); prestando assistência nas tarefas de logística nas instalações de saúde (segurança e prevenção de distúrbios) e ajudando nos assuntos relativos à língua e à cultura.
3. **Comités de coordenação:** os comités de coordenação contribuem para promover a participação da população no programa de assistência. Deve-se assegurar que esses comités são verdadeiramente representativos da população afectada, tendo em conta na sua constituição factores como o género, a idade, a etnia e a situação

socioeconómica. Também deverão estar representados dirigentes políticos destacados, dirigentes comunitários de ambos os sexos e líderes religiosos. Os papéis e funções de um comité de coordenação devem ser definidos no momento da sua criação.

4. **Consulta de opiniões:** a participação também pode realizar-se mediante a organização sistemática de consultas de opinião e discussões. Estas poderão ser efectuadas durante a distribuição, visitas ao domicílio ou discussões sobre problemas ou preocupações individuais. As discussões em grupo com membros da comunidade afectada podem proporcionar informação útil sobre as crenças e práticas culturais.

2 Luta Contra o Sarampo

O vírus do sarampo é um dos mais contagiosos e mortíferos que se conhecem. Em situações de emergência, as povoações sobrelotadas e os movimentos populacionais imprevistos constituem um meio ideal para a transmissão rápida e intensa do vírus, que pode provocar níveis elevados de mortalidade e morbidade, especialmente entre as crianças pequenas.

Em situações de emergência, as campanhas de vacinação contra o sarampo devem ser a principal prioridade o mais cedo possível. Com a maior brevidade possível, devem reunir-se no local da situação de emergência os funcionários, as vacinas, o equipamento para preservação e os outros elementos necessários para realizar uma campanha de vacinação massiva. A decisão acerca do momento para iniciar a campanha de vacinação deve basear-se em factores epidemiológicos: por exemplo, se houve alguma campanha massiva recentemente, o grau da cobertura da vacinação contra o sarampo e o número estimado de pessoas susceptíveis na população afectada. Nalguns casos, a equipa de avaliação inicial pode recomendar que se inclua na campanha pessoas com idade até 15 anos ou mais, se houver indícios de uma susceptibilidade elevada nessa faixa etária.

Norma 1 relativa à luta contra o sarampo: vacinação

Nas populações afectadas por situações de desastre, todas as crianças de seis meses a 12 anos de idade devem receber o mais depressa possível uma dose de vacina contra o sarampo e uma dose apropriada de vitamina A.

Norma 2 relativa à luta contra o sarampo: vacinação dos recém-chegados

Os recém-chegados às povoações de pessoas deslocadas devem ser vacinados sistematicamente. Todas as crianças de 6 meses a 12 anos de idade devem receber uma dose de vacina contra o sarampo e uma dose apropriada de vitamina A.

Indicadores-chave

- Foi estabelecida e está a decorrer a coordenação com as autoridades sanitárias locais (Programa Ampliado de Imunização - PAI) e as organizações humanitárias participantes.
- Foram vacinadas mais de 95% das crianças do grupo destinatário (incluindo os recém-chegados). (Consultar no Apêndice 5 deste capítulo um modelo de formulário de vacinação contra o sarampo.)
- Os fornecimentos no local da vacina contra o sarampo correspondem a 140% do grupo destinatário, incluindo 15% que se perde e 25% de reserva; são feitas projecções das necessidades de vacinação para os que cheguem posteriormente e a vacina é obtida caso ainda não esteja disponível.
- Só se utilizam vacinas e seringas auto-destrutíveis que cumpram as especificações da WHO (OMS).
- A preservação é objecto de manutenção e controlo contínuos desde o fabrico da vacina até ao local da vacinação.
- Os fornecimentos no local de seringas auto-destrutíveis correspondem a 125% dos grupos destinatários previstos, incluindo 25% de reserva. Existem seringas suficientes de 5ml para a diluição de frascos de dose múltipla. É necessária uma seringa por cada frasco diluído.
- São utilizadas "caixas de segurança" recomendadas pela WHO (OMS) em número suficiente para guardar as seringas auto-destrutíveis e de diluição antes de serem eliminadas. As caixas são eliminadas de acordo com as recomendações da WHO (OMS).
- Os fornecimentos no local de vitamina A correspondem a 125% do grupo destinatário, incluindo 25% de reserva se a vitamina A deve ser fornecida como parte de uma campanha de vacinação massiva.
- A data da vacinação contra o sarampo é anotada no boletim individual

de saúde de cada criança. Se for possível, são fornecidos boletins individuais de saúde para o registo das vacinações.

- As crianças vacinadas antes dos 9 meses devem voltar a ser vacinadas ao chegar a essa idade.
- As instalações de saúde estão em condições de proceder à vacinação sistemática contra o sarampo dos recém-chegados, caso se trate de pessoas deslocadas, e de determinar quais as crianças que devem voltar a ser vacinadas aos 9 meses.
- São transmitidas mensagens pertinentes na língua local aos grupos de mães à espera de bebé ou ao pessoal que presta assistência sobre os benefícios da vacinação contra o sarampo, os seus possíveis efeitos secundários, a data de repetição da vacinação, se for necessária, e a importância de conservar o boletim individual de saúde.
- Os agentes comunitários realizam uma campanha de informação pública antes de iniciar uma campanha de vacinação massiva.

Notas de orientação

1. **Temperatura:** as vacinas devem ser conservadas à temperatura inferior a 8° C recomendada pelo fabricante para manterem a sua potência.
2. **Boletins individuais de saúde:** devem ser fornecidos boletins individuais de saúde para registar as vacinas contra o sarampo aplicadas, mas talvez nem sempre seja possível dispor desses boletins ou enviá-los numa situação de emergência; a falta de boletins não deve atrasar o desenvolvimento das actividades de vacinação.
3. **Grupo destinatário:** pode ser necessário aumentar a idade do grupo destinatário da vacina contra o sarampo, dos 12 para os 15 anos ou mais nalgumas zonas, se os dados epidemiológicos indicarem que esse grupo é susceptível. Noutros casos, a avaliação inicial pode recomendar um grupo destinatário com idade inferior a 12 anos.
4. **Durante as campanhas de vacinação massiva:** a WHO (OMS) recomenda a integração dos suplementos de vitamina A da seguinte forma: Bebés 6-12 meses: 100.000 Unidades Internacionais (UI) (repetir cada 4-6 meses) Crianças > 12 meses: 200.000 UI (repetir cada 4-6 meses)
5. **Características do pessoal:** a experiência adquirida indica que o pessoal para as actividades de vacinação (incluindo a administração de vitamina A) deve incluir, no mínimo, um supervisor e um responsável

pela logística que possa supervisionar uma ou mais equipas. A equipa descrita a seguir deve ser capaz de vacinar até 500-700 pessoas por hora aproximadamente, embora o número de vacinadores necessários dependa do tamanho da população a imunizar: quatro membros do pessoal para preparar as vacinas; dois para as aplicar; seis encarregados do registo e contagem; e seis encarregados de manter a ordem (prevenção de distúrbios).

Norma 3 relativa à luta contra o sarampo: controlo dos surtos

Deve-se organizar uma resposta sistemática perante cada surto de sarampo entre a população afectada pela situação de desastre e entre a população da comunidade anfitriã.

Indicadores-chave

- Um caso isolado (possível ou confirmado) justifica uma investigação imediata no local que inclui a averiguação da idade e do estado de imunização do caso possível ou confirmado.
- As medidas de luta incluem a vacinação de todas as crianças de 6 meses a 12 anos de idade (ou mais, se idades mais avançadas forem afectadas) e o fornecimento de uma dose apropriada de vitamina A.

Norma 4 relativa à luta contra o sarampo: tratamento de casos

Todas as crianças que contraem o sarampo devem receber cuidados médicos adequados para evitar sequelas graves ou morte.

Indicadores-chave

- Encontra-se em funcionamento um sistema ao nível de toda a comunidade para a detecção activa de casos, valendo-se da definição de casos padrão e do envio de casos de sarampo possíveis ou confirmados.
- Cada caso de sarampo recebe vitamina A e um tratamento apropriado para evitar complicações como a pneumonia, a diarreia, a subnutrição grave e a meningoencefalite que provocam um maior número de mortes.

- O estado nutricional das crianças com sarampo é controlado e, se for necessário, as crianças são inscritas num programa de alimentação suplementar.

Notas de orientação

1. **Vacinas PAI:** como a imunização contra o sarampo é tão importante nas primeiras fases de uma situação de emergência em muitos países, a vacinação não deve ser atrasada. Nalgumas situações de emergência podem ser aplicadas outras vacinas PAI juntamente com a vacina contra o sarampo, desde que a vacinação contra o sarampo não fique pendente até que se disponha dessas outras vacinas PAI. Se apenas se procede à vacinação contra o sarampo, são aplicadas outras vacinas PAI apenas quando tenham sido satisfeitas as necessidades imediatas da população afectada.
2. **Em situações de conflito:** a UNICEF e outras organizações conseguiram algumas vezes o acordo das partes beligerantes para um cessar-fogo temporário, de modo a poder realizar-se uma campanha de vacinação em condições de segurança.
3. **Repetição da vacinação:** quando é indicada uma vacinação massiva contra o sarampo e não se dispõe de registos individuais de vacinação, a imunização de crianças que possam ter recebido previamente a vacina não é nociva. É mais importante voltar a vacinar uma criança do que deixá-la por vacinar e exposta à doença.
4. **No tratamento de casos de sarampo ou tratamento da carência de vitamina A:** a administração de vitamina A contribui para a redução da mortalidade e das sequelas do sarampo. A WHO (OMS) recomenda:
 - Bebés <6 meses: 50.000 UI no primeiro dia; 50.000 UI no segundo dia
 - Bebés 6-12 meses: 100.000 UI no primeiro dia; 100.000 UI no segundo dia
 - Crianças >12 meses: 200.000 UI no primeiro dia; 200.000 UI no segundo dia
5. **Se existirem casos de sarampo na população afectada:** é possível que a doença se manifeste mesmo em crianças que são vacinadas durante o período de incubação.

3 Luta Contra Doenças Transmissíveis

As principais causas de mortalidade e morbidade numa população afectada por uma situação de desastre são o sarampo, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas, a subnutrição e, em áreas onde seja endémica, a malária. Em certas circunstâncias, podem gerar-se surtos de outras doenças transmissíveis, como a meningite meningocócica, a hepatite, a febre tifóide, o tifo e a febre recorrente. As doenças diarreicas e as doenças transmissíveis como a tuberculose tendem a aparecer no início da situação de emergência e podem ser também os primeiros sintomas de HIV/SIDA.

É provável que as autoridades sanitárias locais, incluindo os agentes de saúde da comunidade e os visitantes ao domicílio, estejam na primeira linha da luta contra doenças transmissíveis, quando os recursos o permitam, e actuem em concertação com as instalações de saúde e as organizações participantes. A população afectada desempenha um papel importante na prevenção e no controlo das doenças, mediante a aplicação e o cumprimento de práticas correctas de saúde pública. A prevenção é uma prioridade-chave na luta contra doenças transmissíveis, pelo que a execução satisfatória das actividades de outros sectores como a água, o saneamento, a nutrição, a alimentação e o abrigo, é de importância vital. O excesso de densidade populacional, a contaminação da água, o saneamento deficiente e a baixa qualidade das habitações são factores que contribuem para a rápida propagação das doenças. A subnutrição, particularmente das crianças pequenas, aumenta a susceptibilidade às doenças e favorece as taxas de mortalidade elevadas.

Também é importante considerar que medidas podem ser necessárias para o controlo e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV. As medidas que se adoptem dependerão da informação epidemiológica disponível respeitante à população afectada e à natureza da situação de desastre.

Norma 1 relativa à luta contra doenças transmissíveis: controlo

O aparecimento de doenças transmissíveis deve ser controlado.

Indicadores-chave

- A unidade ou a organização encarregada do controlo e da luta contra as doenças é identificada de forma clara e todos os participantes na situação de emergência sabem para onde devem enviar as notificações sobre casos de doenças transmissíveis possíveis ou confirmados.
- Funcionários com experiência em epidemiologia e na luta contra as doenças fazem parte da unidade ou da organização de controlo e luta contra as doenças.
- É mantido um controlo permanente para detectar rapidamente as doenças transmissíveis e reagir ao aparecimento de surtos.

Norma 2 relativa à luta contra doenças transmissíveis: investigação e controlo

As doenças que possam dar lugar a epidemias devem ser investigadas e controladas, de acordo com as normas e padrões aceites internacionalmente.

Indicadores-chave

- Na avaliação inicial são identificadas as doenças que podem dar lugar a epidemias; existem protocolos normalizados para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, que são partilhados de forma adequada com as instalações de saúde e com os agentes de saúde da comunidade/visitantes ao domicílio.
- Pessoal qualificado investiga as notificações de casos e os rumores de aparecimento de doenças.
- O diagnóstico é confirmado.
- Adoptam-se medidas contra o aparecimento de surtos, entre as quais:
 - Atacar a origem, mediante a redução das fontes de infecção para evitar a propagação da doença a outros membros da comunidade. Dependendo da doença, isto pode implicar o diagnóstico e tratamento

- imediatos de casos (por ex., cólera), o isolamento de casos (febres hemorrágicas virulentas, ébola) e o controlo dos reservatórios para animais (por ex., peste).
- Proteger grupos susceptíveis com o objectivo de reduzir o risco de infecção: imunização (por ex., meningite e sarampo); melhor nutrição, e em certas circunstâncias, profilaxia química para grupos de alto risco (por ex., durante um surto de malária, pode ser conveniente submeter as mulheres grávidas a esse tipo de profilaxia); fornecimento de sangue inócuo e de preservativos para evitar as infecções sexualmente transmitidas e o HIV.
 - Interromper a transmissão para reduzir ao mínimo a propagação da doença, mediante o melhoramento da higiene ambiental e pessoal (no caso de todas as doenças transmitidas por via fecal-oral), da educação sanitária, da luta antivectorial (febre amarela e dengue), e da desinfecção e esterilização (por ex., hepatite B, ébola).
- Pessoal de apoio qualificado (agentes de saúde, visitantes ao domicílio) participa nas medidas de luta ao nível da comunidade, transmitindo mensagens de prevenção e ocupando-se do tratamento adequado dos casos (administração de tratamentos de rehidratação oral (TRO) e medicamentos, cumprimento do tratamento prescrito, acompanhamento ao domicílio, etc.), em conformidade com as directrizes acordadas.
 - A informação pública e as mensagens de promoção da saúde relativamente à prevenção das doenças fazem parte das actividades de luta.
 - Os dirigentes da comunidade e os agentes de saúde da comunidade/visitantes ao domicílio facilitam o acesso aos grupos de população e difundem mensagens de prevenção básicas.
 - Apenas se utilizam medicamentos que figuram na Lista de Medicamentos Essenciais da WHO (OMS).

Notas de orientação

1. **Normas e padrões aceites internacionalmente:** consultar WHO (OMS) (1997), incluída na bibliografia seleccionada, sob o título "Sistema de Informação Sanitária".
2. **Rumores:** é comum que nas populações afectadas por situações de desastre, incluindo as de refugiados, circulem notícias e rumores acerca de surtos de doenças; cada vez que isto suceda, será preciso comprovar a sua veracidade.

3. **Determinação da existência de uma epidemia:** entende-se por "epidemia" um número excessivo de casos de uma doença em comparação com a experiência prévia para uma determinado local, época e população. Por vezes, pode ser difícil decidir se existe ou não uma epidemia, pelo que devem ser estabelecidos (pela unidade de controlo) critérios para definir limites de grau de epidemia para as doenças em que é possível fazê-lo. Como em relação a muitas doenças não é possível definir um limite de grau de epidemia, toda a epidemia possível ou confirmada deve ser notificada à unidade encarregada do controlo e da luta contra as doenças.
4. **Instalar um laboratório clínico não é uma prioridade na maioria das situações de emergência:** a maioria dos casos serão diagnosticados clinicamente e o tratamento será presuntivo ou sintomático. Será necessário identificar alguns agentes infecciosos, bem como recolher material de amostra para análise e envio a um laboratório de referência. A unidade encarregada do controlo e da luta contra as doenças pode determinar a necessidade destes procedimentos.
5. **Luta contra as doenças diarreicas:** as doenças diarreicas são uma causa importante de mortalidade entre as populações afectadas por situações de desastre, principalmente devido ao excesso de densidade populacional, à falta de água e à insuficiência de higiene e saneamento, que facilitam a transmissão dessas doenças. Como o tratamento da diarreia comum se baseia na prevenção da desidratação mediante tratamentos de rehidratação oral (TRO), os cuidados médicos básicos de uma zona afectada por uma situação de desastre devem incluir uma rede de pontos de administração de TRO. Como o estado nutricional deficiente contribui para aumentar o grau de letalidade da doença, todas as crianças com diarreia devem ser examinadas para determinar se padecem de subnutrição e ser tratadas em conformidade. O fornecimento de água segura em quantidade suficiente, a construção de latrinas, a distribuição de sabão e o planeamento apropriado das povoações para evitar o excesso de densidade populacional, são os meios mais eficazes para lutar contra a morbidade e a mortalidade relacionadas com a diarreia.¹
6. **Luta contra as infecções respiratórias agudas (IRA):** nos países em vias de desenvolvimento, 25-30% das mortes de crianças menores de 5 anos são provocadas por IRA, e 90% delas são atribuídas unicamente à pneumonia. O tratamento adequado dos casos é o

elemento central da prevenção de mortes por pneumonia. A WHO (OMS) e a UNICEF elaboraram um método de diagnóstico clínico, baseado na observação da respiração da criança, que pode ser utilizado para o reconhecimento atempado de casos numa população de refugiados. O cotrimoxazol continua a ser o medicamento mais conveniente no tratamento ambulatorio da pneumonia, porque é fácil de administrar e relativamente económico.

7. **Prevenção do HIV:** na fase grave posterior ao desastre devem ser tomadas medidas para reduzir ao mínimo o risco de infecção. A natureza do desastre e o estado epidemiológico das pessoas afectadas determinarão que intervenções no âmbito do HIV/SIDA são necessárias e possíveis de realizar. A resposta básica a todas as situações de emergência deve apontar para a manutenção do respeito pelos direitos individuais das pessoas infectadas por HIV ou SIDA e para a prevenção da transmissão nosocomial do HIV (transmissão que ocorre na própria instalação de saúde). A intervenção deve assegurar as transfusões de sangue inócuo, o acesso a preservativos, a disponibilidade de materiais e equipamento necessários para as precauções gerais; assim como a informação, a educação e as comunicações pertinentes.²
8. **Luta contra a disenteria:** na América Latina, no sul da Ásia e na África Central, um dos principais problemas de saúde pública é a infecção por *S dysenteriae* tipo 1 (Sd1). Infelizmente, a Sd1 demonstrou a sua extraordinária capacidade para desenvolver resistência aos antibióticos. Nalgumas zonas, o único agente antimicrobiano eficaz contra a Sd1 actualmente é a ciprofloxacina (regime de 5 dias), o que complica ainda mais o tratamento dos pacientes e aumenta os custos até níveis que podem tornar impossível a sua utilização em grande escala.
9. **Luta contra a cólera:** são observados com frequência surtos de cólera nalguns locais da Ásia e de África. Quando a doença é tratada de forma adequada, as taxas de letalidade podem manter-se abaixo de 1% durante os surtos que se declarem em situações relativas a refugiados. O controlo dos surtos baseia-se na detecção activa e no tratamento apropriado dos casos. Os pacientes muito desidratados recebem tratamento intravenoso. Os casos ligeiros de cólera tratam-se com TRO. Um tratamento curto com antibióticos pode reduzir a duração da doença e a WHO (OMS) continua a recomendá-lo para

pacientes com desidratação grave. A transmissão da cólera é reduzida através de um manuseamento adequado dos detritos e de um tratamento adequado da água (com cloro). Nunca se recorreu à vacinação massiva para controlar os surtos de cólera e todos concordam que a vacinação teria muito pouco ou nenhum impacto, uma vez declarado o surto (estratégia de reacção) e absorveria recursos de outras actividades de luta indispensáveis.

10. **Luta contra o sarampo:** o sarampo continua a ser uma das principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo. Embora o Programa Alargado de Imunização (PAI) tenha conseguido níveis gerais de cobertura satisfatórios nalguns países, esses níveis variam muito em diferentes regiões do mundo. Os surtos podem declarar-se em acampamentos e noutros sítios muito povoados onde uma concentração de indivíduos susceptíveis é um importante factor de risco de transmissão do vírus. As taxas de mortalidade elevadas devem-se ao estado nutricional deficiente, à carência de vitamina A e à exposição intensa ao vírus devido à densidade populacional excessiva. A taxa de mortalidade elevada devida ao sarampo pode ser evitada, e a imunização massiva, acompanhada da distribuição de vitamina A, é uma prioridade absoluta em todas as situações de emergência.
11. **Luta contra a malária:** a malária, provocada pelo *plasmodium falciparum*, continua a ser o principal perigo para a saúde nas zonas tropicais de todo o mundo. Mesmo para as populações deslocadas de uma zona muito endémica, a prevenção da malária baseia-se na protecção individual com mosquiteiros impregnados e na protecção colectiva mediante a luta antivectorial. A distribuição em grande escala de mosquiteiros impregnados com insecticida pode ter um efeito importante na transmissão da malária, ao reduzir a população de mosquitos e criar um efeito de escudo, beneficiando assim até as pessoas que não utilizam mosquiteiros. A profilaxia química massiva não é recomendável, porque é muito difícil de implementar e de controlar em grande escala, e também porque pode acelerar o desenvolvimento de resistência aos medicamentos. Em princípio, a estratégia ideal é tratar os casos com parasitemia confirmada, embora isto poucas vezes seja possível na prática. Quando não se dispõe de laboratórios e em zonas muito endémicas, o tratamento deve ser administrado exclusivamente sobre bases clínicas. A terapia deve

ajustar-se ao programa de luta contra a malária do país anfitrião, mas deve estar adaptada às características epidemiológicas da população afectada. É preferível que isto seja feito após a conclusão da fase de emergência, quando se podem avaliar melhor as tendências epidemiológicas.

12. **A respeito da luta contra doenças mais raras ou menos graves:** consultar as referências bibliográficas no Apêndice 1 deste capítulo, em particular Médecins Sans Frontières (1997).
13. **Resistência aos medicamentos:** alguns casos, será preciso realizar estudos para avaliar a resistência aos medicamentos.
14. **Enterro dos mortos:** consultar a nota de orientação 5, na norma 2 relativa ao manuseamento dos detritos sólidos, no capítulo 1, Abastecimento de Água e Saneamento.

Notas

1. As notas sobre a luta contra as doenças diarreicas, incluindo a disenteria e a cólera, as IRA, o sarampo e a malária são adaptadas e modificadas da obra de C. Paquet e G. Hanquet, *Control of Infectious Diseases in Refugee and Displaced Populations in Developing Countries* (Controlo de Doenças Infecciosas em Populações Deslocadas e de Refugiados em Países em Vias de Desenvolvimento), publicada no Bulletin Institut Pasteur, 1998, 96, 3-14.
2. Adaptado de *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings* (Orientações para Intervenções no âmbito do HIV em Situações de Emergência), publicado por UNAIDS (ONUSIDA), 1996, reimpressão em 1998.

4 Serviços de Cuidados Médicos

Norma 1 relativa aos serviços de cuidados médicos: cuidados médicos apropriados

Os cuidados médicos de emergência das populações afectadas por uma situação de desastre devem basear-se numa avaliação inicial e em dados procedentes de um sistema de informação sanitária em funcionamento, e servir para reduzir o nível excessivo de mortalidade e morbidade graças a cuidados médicos apropriados.

Indicadores-chave

- As intervenções são concebidas para atacar as principais causas dos níveis excessivos de mortalidade, doenças e ferimentos que tenham sido identificados.
- Se possível, as autoridades sanitárias locais dirigem o esforço em matéria de cuidados médicos e as organizações humanitárias participantes utilizam e fortalecem as instalações de saúde locais. Se isso não for possível, uma organização externa será responsável por esse esforço, colaborando com as instalações existentes que podem precisar de um apoio substancial e coordenando as actividades das organizações participantes.
- Todas as organizações humanitárias participantes concordam em coordenarem a sua acção com a da autoridade sanitária principal escolhida no momento da avaliação inicial.
- O sistema de cuidados médicos está em condições de dar resposta a uma procura de serviços elevada.
- O sistema de cuidados médicos é suficientemente flexível para se adaptar às mudanças assinaladas pela sistema de informação sanitária.

Norma 2 relativa aos serviços de cuidados médicos: redução da morbidade e da mortalidade

Os cuidados médicos em situações de emergência devem ajustar-se aos princípios dos cuidados médicos básicos (CMB) e devem ser orientados para os problemas de saúde que provocam um nível excessivo de morbidade e mortalidade.

Indicadores-chave

- As intervenções no âmbito dos cuidados médicos de emergência são levadas a cabo através do sistema de CMB em vigor, caso exista. O sistema de CMB inclui os seguintes níveis:
 - Nível familiar.
 - Nível comunitário, incluindo os agentes de saúde da comunidade e os visitantes ao domicílio.
 - As instalações sanitárias periféricas (dispensário, posto de saúde e clínica).
 - Instalações de saúde centrais (centro médico).
 - Hospital de referência.
- As intervenções no âmbito dos cuidados médicos são levadas a cabo ao nível apropriado de CMB. Nem todas as situações de emergência necessitam de todos os níveis de cuidados médicos e na avaliação inicial pode-se determinar quais são os mais convenientes. Se não existe um sistema de cuidados médicos local, são criados apenas os níveis necessários para evitar o nível excessivo de mortalidade e morbilidade.
- Os cuidados médicos de emergência, incluindo o tratamento de doenças e de ferimentos, são prestados principalmente ao nível da comunidade. Alguns tratamentos têm lugar em instalações de saúde e um pequeno número de casos graves são enviados a centros de referência.
- As características do pessoal em cada nível do sistema de CMB são adequadas para satisfazer as necessidades da população e só são utilizados os níveis necessários para reduzir o nível excessivo de mortalidade e morbilidade.
- Os profissionais da saúde da população afectada são integrados, tanto quanto possível, nos cuidados médicos. São seleccionados agentes de apoio da comunidade, que reflectem o perfil cultural e de género da população determinado na avaliação inicial.
- Todos os prestadores de serviços de cuidados médicos devem aceitar o recurso a procedimentos normalizados relativamente às técnicas de diagnóstico e tratamento das principais doenças prioritárias que provocam um nível excessivo de mortalidade e morbilidade.
- Os novos Equipamentos Médicos de Emergência (1/10.000 habitantes) são utilizados para iniciar a intervenção, mas os pedidos para satisfazer as necessidades posteriores de medicamentos são feitos conforme a Lista de Medicamentos Essenciais recomendada pela WHO (OMS).
- Os Pacotes de Serviços Iniciais Mínimos são usados desde o início da intervenção para satisfazer as necessidades da população ao nível da saúde reprodutora.

- As doações de medicamentos não solicitadas que não se ajustem às directrizes para doações de medicamentos não são usadas e os fármacos são eliminados em condições de segurança adequadas.
- São ensinadas e postas em prática precauções gerais para evitar e limitar a propagação das infecções.
- O transporte adequado dos pacientes até às instalações de referência é organizado.

Notas de orientação

1. **Disponibilidade de serviços de cuidados médicos:** a população afectada e, quando há pessoas deslocadas, também a população anfitriã, devem dispor de cuidados médicos de emergência. Ao levar a cabo as intervenções, é preciso ter em conta a geografia, a etnia, a língua e as características de género das populações afectadas.
2. **Os cuidados médicos prestados nos diferentes níveis do sistema de CMB normalmente incluem o seguinte:**
 - **Nível familiar:** a própria família, os parentes próximos ou os agentes de saúde da comunidade prestam alguns cuidados médicos preventivos e terapêuticos, como a administração de medicamentos ou de tratamentos de rehidratação oral.
 - **Nível comunitário:** recolha de dados; TRO, cumprimento dos tratamentos, visitas médicas e detecção de casos; envio de pacientes às instalações pertinentes; divulgação/educação ao nível da saúde, informação.
 - **Nível periférico:** serviços ambulatoriais de primeiro nível; TRO; curativos; envio de pacientes ao nível superior; obtenção de dados; vacinações.
 - **Nível de instalações de saúde centrais:** diagnósticos; departamento ambulatorio (primeiro nível e referência); curativos e injeções; TRO; serviço de urgências; partos sem complicações, actividades ligadas à saúde reprodutora (incluindo planeamento familiar, cuidados materno-infantis, serviços de maternidade sem riscos e tratamento e orientação relativamente à violência sexual e à violência baseada no género, a infecções sexualmente transmissíveis e ao HIV/SIDA); pequenas cirurgias; farmácia; controlo sanitário; hospitalização de nível básico; envio de pacientes ao hospital; eventualmente: laboratório, transfusões; vacinação contra o sarampo.
 - **Nível do hospital de referência:** cirurgia, principais urgências de obstetrícia; laboratório de referência.

3. **A morbidade e a mortalidade neonatal e materna devem ser evitadas da seguinte maneira:** estabelecendo serviços pré-natais que permitam uma preparação para urgências de obstetria; disponibilizando e distribuindo equipamentos para partos em boas condições de higiene; garantindo que nos centros de saúde são disponibilizados equipamentos da UNICEF para parteiras tradicionais ou materiais de emergência do FNUAP para cuidados médicos no âmbito da saúde reprodutora. Os responsáveis pelos cuidados médicos devem planear a prestação de cuidados médicos completos ao nível da saúde reprodutora, escolhendo lugares para a futura prestação desses cuidados.
4. **Características do pessoal:** as características do pessoal podem variar entre diferentes níveis do sistema CMB. Os dados que se seguem baseiam-se em orientações gerais retiradas de Médecins Sans Frontières, Refugee Health, an Approach to Emergency Situations (Médicos Sem Fronteiras, Saúde dos Refugiados, uma Abordagem a Situações de Emergência):
- **Nível comunitário:** 1 visitante ao domicílio por 500-1.000 habitantes; 1 parteira tradicional por 2.000 habitantes; 1 supervisor por 10 visitantes ao domicílio; 1 supervisor principal.
 - **Nível de instalações de saúde periféricas (para 10.000 habitantes, aproximadamente):** entre 2 e 5 trabalhadores, com um mínimo de 1 agente de saúde qualificado com base em 1 pessoa por 50 consultas diárias; 1 pessoa formada localmente para a administração de TRO, curativos e registo de pacientes, etc.
 - **Nível de instalações de saúde centrais (para 50.000 habitantes, aproximadamente):** 1 médico para diagnósticos; 1 agente de saúde por 50 consultas/dia; 1 agente de saúde para cada 20-30 camas (turnos de 8 horas); 1 encarregado de TRO; 1 ou 2 pessoas para a farmácia; 1 ou 2 pessoas para curativos/injecções/esterilização. Pessoal não clínico: 1 ou 2 empregados de escritório; 1 a 3 guardas (turnos de 8 horas); pessoal de limpeza.
 - **Nível do hospital de referência:** variável: pelo menos 1 médico; 1 enfermeira(o) por cada 20-30 camas (turnos de 8 horas).
5. **O Pacote de Serviços Iniciais Mínimos (PSIM):** o PSIM tem como objectivo evitar e tratar as consequências da violência sexual, reduzir a transmissão do HIV, evitar o nível excessivo de morbidade e mortalidade neonatal e materna e planear a prestação de cuidados

médicos completos ao nível da saúde reprodutora. O PSIM deve ser implementado por funcionários devidamente formados desde o início da intervenção de emergência. A sua implementação deve ser coordenada com outras organizações e outros sectores, devendo incluir: notificação aos serviços de cuidados médicos de casos de violência sexual, bem como disponibilização de fornecimentos para as precauções gerais (luvas, roupa de protecção e condições para a eliminação de objectos afiados), quantidades suficientes de preservativos para a população afectada e equipamentos para partos em boas condições de higiene.

6. **Precauções gerais:** as precauções gerais para evitar e limitar a propagação das infecções devem incluir medidas para reduzir a transmissão do HIV. É possível que o pessoal clínico tenha de receber formação ou reciclagem nesta área. (Consultar também a norma 2 relativa à luta contra doenças transmissíveis: investigação e controlo, nota de orientação 7, prevenção do HIV.)
7. **Fortalecimento dos cuidados médicos locais:** durante e após a situação de emergência, as organizações humanitárias devem procurar fortalecer os serviços de cuidados médicos locais em vez de criar serviços paralelos. (Consultar a norma 3 relativa à capacidade e formação em matéria de recursos humanos: capacidade local).
8. **Utilização das instalações médicas:** os factores que afectam o uso e a assistência das instalações médicas devem ser tidos em consideração. Podem ser factores culturais e, em situações de conflito, factores relacionados com preocupações em matéria de segurança. Embora a prestação imparcial de cuidados médicos tenha de ser considerada como um acto neutral, as facções beligerantes nem sempre assim o entendem, e as instalações de saúde podem chegar a ser alvo de ataques. Sempre que possível, a escolha da localização e do pessoal para as instalações deve ter em conta esses factores.

Nota

Deve-se assinalar que os membros da Caritas Internationalis não podem subscrever a nota de orientação 7 da secção relativa à luta contra doenças transmissíveis relacionada com o uso de preservativos; nem a nota de orientação 5 da secção de serviços de cuidados médicos, relativa ao Pacote de Serviços Iniciais Mínimos (PSIM).

5 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Todos os aspectos da assistência humanitária dependem da qualificação, dos conhecimentos e do empenho dos funcionários e voluntários que exercem a sua actividade em condições difíceis e por vezes de insegurança. As exigências a que estão sujeitos são consideráveis e para que possam levar a cabo o seu trabalho de forma a atingir níveis mínimos de qualidade, é necessário que tenham uma experiência e uma formação adequadas e que sejam dirigidos e apoiados de forma correcta pela organização a que pertencem.

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de cuidados médicos são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequadas para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Indicadores-chave

- Todos os funcionários a exercerem actividades num programa de cuidados médicos estão informados dos objectivos das actividades que executam e dos métodos para as levar a cabo.
- Os funcionários com responsabilidades técnicas e de direcção têm apoio para fundamentar as suas decisões e verificar o seu cumprimento.
- As avaliações, a concepção de programas e a tomada das principais decisões técnicas são da responsabilidade de funcionários com as qualificações técnicas necessárias (epidemiologia, água, saneamento, alimentação, nutrição, abrigo, especialização em cuidados médicos) e com experiência em situações de emergência.

- Os funcionários e os voluntários envolvidos no controlo (como parte dos processos de avaliação inicial, controlo ou revisão) recebem instruções detalhadas e são supervisionados regularmente.
- Os funcionários responsáveis pela luta contra doenças transmissíveis e pelas intervenções em termos de cuidados médicos na população afectada possuem experiência ou formação prévias e são supervisionados regularmente no que respeita à utilização dos protocolos, directrizes e procedimentos para tratamentos recomendados.
- Os funcionários e os voluntários estão a par das questões de género que dizem respeito à população afectada. Sabem como apresentar relatórios sobre incidentes que envolvem violência sexual.
- A introdução de novos produtos ou equipamento clínico é acompanhada de uma explicação detalhada e sujeita a supervisão.
- O pessoal do programa de vacinação tem capacidade comprovada para aplicar o programa, incluindo o aconselhamento das pessoas sobre as vacinas, seus efeitos secundários e outra informação pertinente.
- Os procedimentos em matéria de cuidados médicos destinados a grupos específicos são realizados em conformidade com orientações e protocolos claros e apresentados por escrito.
- O tratamento das doenças ou lesões graves é supervisionado por um profissional de saúde com experiência e qualificações adequadas, que recebeu formação específica nesse campo.
- Os agentes de saúde, nutrição e/ou apoio que têm contacto com pessoas que padecem de subnutrição leve ou com quem lhes presta assistência (ao domicílio, em centros de alimentação, em dispensários, etc.), têm capacidade comprovada para prestar o aconselhamento e o apoio adequados.
- O pessoal de saúde tem capacidade comprovada para aconselhar as mães e as pessoas que as assistem no que toca à alimentação apropriada dos bebés e das crianças pequenas, bem como sobre outras práticas de carácter prioritário.

Norma 2 da capacidade: apoio

Os membros da população afectada pelo desastre devem receber apoio para se adaptarem ao seu novo ambiente e para poderem aproveitar ao máximo a assistência prestada.

Indicadores-chave

- Os encarregados da assistência recebem informação sobre as actividades de prevenção prioritárias como a necessidade de vacinação, utilização do sabão, mosquiteiros e latrinas, e comportamentos que favorecem uma boa saúde.
- Todos os membros da população afectada pela situação de emergência recebem informação sobre a disponibilidade dos agentes de saúde da comunidade, dos visitantes ao domicílio e sobre a localização dos centros e serviços de cuidados médicos.

Norma 3 da capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de cuidados médicos devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Indicadores-chave

- Na implementação de intervenções ao nível da saúde participam os profissionais de saúde locais, os agentes de saúde, os dirigentes e os homens e mulheres da população afectada.
- O pessoal compreende a importância de fortalecer as capacidades dos sistemas de saúde locais a fim de obter benefícios a longo prazo.
- No decurso do programa de assistência humanitária aproveita-se e fortalece-se a base de conhecimentos especializados dos colaboradores e das instituições locais e da população afectada.
- É dada formação aos agentes de apoio da comunidade.

Notas de orientação

1. **Consultar:** ODI/ People In Aid (1998) (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid), Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária).

2. **Ligação com a Nutrição:** consultar também, no capítulo 2, Nutrição, a norma 1 relativa à capacidade em matéria de recursos humanos e formação.
3. **Características do pessoal:** os funcionários e os voluntários devem revelar capacidades à altura das suas respectivas missões. Além disso, devem estar ao corrente dos principais aspectos das convenções dos direitos humanos, do direito humanitário internacional e dos Princípios Orientadores para Deslocações Internas (consultar a Carta Humanitária).

É importante que seja proporcionada formação e apoio como parte de preparação para situações de emergência de forma a garantir a disponibilidade dos funcionários para desenvolverem um trabalho de qualidade. Uma vez que muitos países não estão preparados para situações de emergência, as organizações humanitárias devem seleccionar pessoal qualificado e competente antes deste ser destacado para uma situação de emergência.

As organizações humanitárias devem assegurar um equilíbrio entre o número de mulheres e homens nas equipas de emergência quando estas são destacadas para o terreno.

Apêndice 1

Bibliografia Seleccionada

Avaliação Inicial da Situação Sanitária

IFRC (1997), *Handbook for Delegates. Needs Assessment, Targeting Beneficiaries* (Manual para Delegados de Saúde. Avaliação das Necessidades, Selecção de Beneficiários). International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho). Genebra.

MSF (1996), *Evaluation Rapide de l'Etat de Santé d'une Population Déplacée ou Réfugiée* (Avaliação Rápida do Estado de Saúde de uma População Deslocada ou Refugiada). Médicos sem Fronteiras. Paris.

RHR Consortium (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools* (Ferramentas no Terreno para Avaliação das Necessidades dos Refugiados em Termos de Saúde Reprodutora). Reproductive Health for Refugees Consortium (Consórcio de Saúde Reprodutora para Refugiados). Nova Iorque.

WHO (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies* (Protocolos de Avaliação Sanitária Rápida em Situações de Emergência). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

UNHCR (1994), *People-Oriented Planning at Work: Using POP to Improve UNHCR Programming* (Planeamento no Trabalho Orientado para as Pessoas: Utilização do POP para Melhorar os Programas do ACNUR). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra. Sistema de Informação Sanitária

WHO (1997), *Communicable Disease Surveillance Kit* (Equipamento de Controlo de Doenças Transmissíveis). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1999), *Recommended Surveillance Standards* (Normas de Controlo Recomendadas) (WHO/CDS/ISR/99.2). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

Luta Contra o Sarampo

WHO (1997), *Immunization in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines* (Imunização na Prática. Um Manual para Agentes de Saúde Que Aplicam Vacinas). Macmillan. Londres.

WHO (1998), *Integration of Vitamin A Supplementation With Immunization: Policy and Programme Implications* (Integração do Suplemento de Vitamina A Com a Imunização: Implicações Políticas e Programáticas) (WHO/EPI/GEN/98.07). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1996), *Safety of Injections in Immunization Programs. WHO Recommended*

Policy (Segurança das Injecções nos Programas de Imunização. Política Recomendada pela OMS). (WHO/EPI/LHIS/96.05). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1997), *Surveillance of Adverse Events Following Immunization* (Controlo de Acontecimentos Adversos Posteriores à Imunização). (WHO/EPI/TRAM/93.02 Rev.1). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

Luta Contra Doenças Transmissíveis

Benenson, A S (1995), *Control of Communicable Diseases in Man* (Controlo das Doenças Transmissíveis no Homem). American Public Health Association (Associação de Saúde Pública Norte-Americana). Washington, DC. 16ª edição.

UNAIDS (1998), *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings* (Orientações para Intervenções no âmbito do HIV em Situações de Emergência). ONUSIDA. Genebra.

Serviços de Cuidados Médicos

MSF (1993), *Clinical Guidelines, Diagnostic and Treatment Manual* (Manual de Orientações Clínicas, Diagnósticos e Tratamento). Médicos sem Fronteiras. Paris.

MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations* (Saúde dos Refugiados, Uma Abordagem a Situações de Emergência). Macmillan. Londres.

Perrin, P (1996), *War and Public Health. Handbook on War and Public Health* (Guerra e Saúde Pública. Manual sobre Guerra e Saúde Pública). Comité Internacional da Cruz Vermelha. Genebra.

UNDP/IAPSO (1999), *Emergency Relief Items, Compendium of Basic Specifications* (Artigos de Auxílio em Situações de Emergência, Compêndio de Especificações Básicas). United Nations Development Programme (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas). Nova Iorque.

UNFPA (1998), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations* (O Equipamento para Saúde Reprodutora em Situações de Emergência). United Nations Population Fund Emergency Relief Operations (Fundo para a População das Nações Unidas - Operações de Auxílio em Situações de Emergência). Genebra.

UNHCR (1999), *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual* (Saúde Reprodutora em Situações de Refugiados: Um Manual para Organizações Internacionais no Terreno). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

UNCHR (1996), *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response* (Violência Sexual Contra Refugiados: Orientações sobre Prevenção e Resposta). ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

WCRWC (1999), *Sexual Violence in the Kosovo Crisis: A Synopsis of UNHCR Guidelines for Prevention and Response* (Violência Sexual na Crise do Kosovo: Uma

Sinopse das Orientações sobre Prevenção e Resposta da ACNUR). Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas). Nova Iorque.

WHO (1999), *Guidelines for Drug Donations* (Orientações para Doações de Medicamentos) (WHO/EDM/PAR/99.4) OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1999), *Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies* (Orientações para Eliminação Segura de Fármacos Não Solicitados Durante e Após Situações de Emergência) (WHO/EDM/PAR/99.2). OMS - Organização Mundial de Saúde.

WHO (1998) *HIV/AIDS and Health Care Personnel: Policies and Practices* (HIV/SIDA e Pessoal Clínico: Políticas e Práticas). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1998), *The New Emergency Health Kit 1998. Lists of Drugs and Medical Supplies for 10,000 people for approximately three months* (O Novo Equipamento de Saúde para Situações de Emergência. Listas de Medicamentos e Fornecimentos Médicos para 10.000 pessoas por aproximadamente três meses). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

UNHCR/WHO(1996), *Guidelines for Drug Donations* (Orientações para Doações de Medicamentos). ACNUR/OMS - Organização Mundial de Saúde e Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Genebra.

WHO (1998), *Essential Drugs. WHO Model List* (revised in December 1997), WHO Drug Information Vol 12, No 1 (Medicamentos Essenciais. Lista Modelo da OMS (revista em Dezembro de 1997), Informação da OMS sobre Medicamentos, Vol. 12, Nº 1). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

WHO (1997), *WHO Drug Information. Recommended INN list. International Non-proprietary Names for Pharmaceutical Substances*. Vol I-III (Informação da OMS sobre Medicamentos. Lista de NNI Recomendados. Lista de Nomes Não-Patenteados para Substâncias Farmacêuticas. Vol I-III). OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra.

Recursos Humanos

Overseas Development Institute/ People In Aid (1998), *People In Aid: Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel* (Pessoas em Missões de Ajuda: Código de Práticas Adequadas para a Gestão e Apoio de Pessoal de Ajuda Humanitária). ODI/ People In Aid (Instituto de Desenvolvimento Ultramarino/ People in Aid). Londres.

Questões de Género

WRCWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement* (As Dimensões por Género das Deslocações Internas). Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas). Nova Iorque

Apêndice 2

Modelo de Lista de Verificação para a Avaliação Inicial da Situação Sanitária

(Adaptada de CDC (1992), *Famine-Affected, Refugee, and Displaced Populations: Recommendations for Public Health Issues* (Populações Afectadas pela Fome, Refugiados e Populações Deslocadas: Recomendações para Questões de Saúde Pública). MMWR (RR-13), Julho.)

Preparação

- Obter a informação disponível sobre a população afectada pelo desastre e os recursos de ministérios e organizações do país anfitrião.
- Obter os mapas e as fotografias aéreas disponíveis.
- Obter das organizações internacionais dados sobre a situação demográfica e sanitária.

Avaliação no Terreno

- Determinar o total da população afectada pelo desastre e a proporção de crianças com <5 anos.
- Determinar a composição da população por idade e sexo.
- Identificar os grupos expostos a maiores riscos.
- Determinar o tamanho médio dos agregados familiares e fazer uma estimativa quanto ao número de agregados familiares a cargo de uma mulher ou de uma criança.

Informação Sanitária

- Se houver refugiados, identificar os principais problemas de saúde no país de origem.
- Se não houver refugiados, identificar os principais problemas de saúde na zona afectada pelo desastre.
- Identificar as fontes anteriores de cuidados médicos.
- Determinar as crenças e tradições importantes em relação à saúde.
- Determinar as características da estrutura social existente e as dimensões psico-sociais da situação.
- Determinar as virtudes e o alcance dos programas de saúde pública locais no país de origem das pessoas.

Estado Nutricional

- Determinar a prevalência de subnutrição proteíno-energética na população com <5 anos.
- Averiguar qual era a situação nutricional anterior.
- Determinar as práticas hierárquicas de atribuição de alimentos que afectem o estado de nutrição das mulheres e dos diferentes grupos sociais e etários.
- Determinar a prevalência de carências de micronutrientes na população com <5 anos.

Taxas de Mortalidade

- Calcular a taxa de mortalidade geral (taxa bruta de mortalidade - TBM).
- Calcular a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (taxa de mortalidade por idades correspondente às crianças menores de 5 anos).
- Calcular as taxas de mortalidade por causas específicas.

Morbilidade

- Determinar as taxas de incidência, por idade e sexo, dos problemas de saúde e das doenças principais que têm importância para a saúde pública, incluindo a violência sexual/violações.

Condições ambientais

- Determinar as condições climáticas; identificar as características geográficas; apurar a epidemiologia das doenças locais; avaliar o acesso à população afectada; avaliar o grau de insegurança e de violência.
- Avaliar os fornecimentos de alimentos locais, regionais e nacionais (quantidade, qualidade, tipos), os sistemas de distribuição, a coordenação e os serviços das organizações existentes, a logística do transporte e armazenamento de alimentos, os programas de alimentação, e o grau de acesso aos fornecimentos locais.
- Avaliar os abrigos existentes e a disponibilidade de materiais locais para construir abrigos, as condições de acesso, a superfície de terra disponível e os sítios onde se pode construir, a topografia e as condições de escoamento; a existência de cobertores, roupa, utensílios de uso doméstico, combustível e dinheiro.
- Identificar e avaliar as fontes de água, a sua quantidade e qualidade e as condições de transporte e armazenamento.

- Avaliar as condições de saneamento, incluindo as práticas de evacuação de excrementos, o uso de sabão, a existência de vectores e de ratas e os locais para enterrar os mortos.

Recursos disponíveis

- Identificar e avaliar os cuidados médicos locais, incluindo: o acesso aos serviços, o pessoal clínico, os intérpretes, os tipos de serviços/estruturas, a água, a refrigeração, os geradores disponíveis nas instalações e as existências de medicamentos e de vacinas.

Logística

- Avaliar os meios de transporte e comunicação, o combustível, o armazenamento dos alimentos, as existências de vacinas e outros fornecimentos.

Apêndice 3

Modelo de Formulários para Relatório do Controlo Semanal

(Os formulários reais devem ser estabelecidos com base nas conclusões e recomendações da avaliação inicial)

Local: _____ Data: de _____ até _____

1. População afectada pela situação de desastre

A. População total no início da semana: _____

B. Nascimentos esta semana: _____

Mortes esta semana: _____

C. Chegadas esta semana (*se aplicável*): _____

Partidas esta semana: _____

D. População total no final da semana: _____

E. População total com < 5 anos de idade: _____

2. Mortalidade

Número de Mortes	0-4 anos		5+ anos		Total
	Sexo masc.	Sexo fem.	Sexo masc.	Sexo fem.	
Doença diarreica					
Doença respiratória					
Subnutrição					
Sarampo					
Malária					
Factores relacionados com a maternidade					
Outros-desconhecidos					
Total por idade e sexo					
Total < 5 anos					

Taxa média de mortalidade total: Sexo Masc. _____

Sexo Fem. _____ Total _____

(Mortes/10.000 membros da população total/média diária semanal) por idade e sexo

Taxa média de mortalidade de menores de cinco anos:

Sexo Masc. _____ Sexo Fem. _____ Total _____

(Mortes/10.000 menores de cinco anos/média diária semanal)

3. Morbilidade

Sintomas principais - diagnóstico	0-4 anos		5+ anos		Total
	Sexo masc.	Sexo fem.	Sexo masc.	Sexo fem.	
Diarreia-desidratação					
Febre com tosse					
Febre com arrepios /malária					
Sarampo					
Traumatismo/acidente					
Suspeita de meningite					
Suspeita de cólera					
Outros/desconhecidos					
Total					

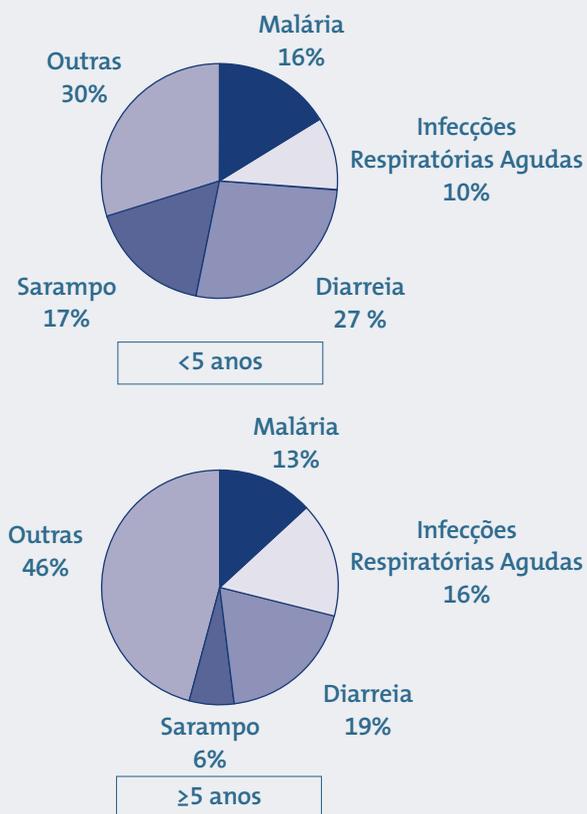
4. Comentários:

(Tenha em conta que estes formulários podem incluir dados de morbilidade e mortalidade por idade para uso do sistema de informação sanitária. Devem utilizar-se os seguintes grupos etários: <1, 1-4, 5-14, 15-44, 45+.)

Apêndice 4

Exemplo de Apresentação de um Conjunto de Dados sobre Mortalidade

Mortalidade proporcional entre refugiados moçambicanos no Malawi, 1987-89



Fonte: MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations* (Saúde dos Refugiados, Uma Abordagem a Situações de Emergência). Macmillan. Londres.

Apêndice 5

Modelo de Formulário de Vacinação contra o Sarampo

Local _____ Apresentado _____
 De ____/____/____ Até ____/____/____
 Data/Mês/Ano Data/Mês/Ano

- Campanha de vacinação massiva contra o sarampo
 Sim Não
- Vacinação de rotina contra o sarampo em instalações de cuidados médicos
 Sim Não
- Cobertura da vacinação contra o sarampo



Nº vacinados	Campanha massiva A		Vacinação de rotina B		Cobertura acumulada da vacinação contra o sarampo*
	Nº esta semana	Nº acumulado	Nº esta semana	Nº acumulado	
< 5 anos					
5 anos					
TOTAL					

*Cálculo da cobertura acumulada: A+B/população destinatária

Comentários: _____

N.B. Este formulário também pode ser utilizado para outras campanhas de vacinação massiva. Basta mudar o nome.

Fonte: MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations* (Saúde dos Refugiados, Uma Abordagem a Situações de Emergência). Macmillan. Londres.

Apêndice 6

Modelo de Formulários para Dados sobre a Água, o Saneamento e o Meio Ambiente

(Tenha em conta que estes formulários devem adaptar-se à situação específica e seguir as recomendações da avaliação inicial).

Local _____ Apresentado por _____

De ____ / ____ / ____ Até ____ / ____ / ____

• Água

	Nº de litros/dia	População	Nº de litros/pessoa/dia	Objectivo
Abastecimento de Água				

	Nº de pontos de abastecimento de água	População	Nº de pessoas/ponto de abastecimento	Objectivo
Approvisionnement en eau				

• Saneamento

	Nº de latrinas	População	Nº de pessoas/latrina	Objectivo
Latrines				

• Densidade ocupacional (espaço-pessoa)

	Superfície em m²	População	m² por pessoa	Objectivo
Densidade ocupacional				

Comentários : _____

Fonte: MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations* (Saúde dos Refugiados, Uma Abordagem a Situações de Emergência). Macmillan. Londres.

Apêndice 7

Modelo de Formulário para Notificação de Casos de Violência Sexual

(Tenha em conta que este formulário deve ser adaptado a cada situação específica.)

CONFIDENCIAL

Formulário de Relatório sobre Incidente de Violência Sexual

Acampamento : _____ Data de Nascimento : _____

Data : _____

1. Pessoa Afectada

Código* : _____ Data de Nascimento : _____ Sexo : _____

Morada : _____

Estado Civil : _____

Se for Menor: Código/Nome dos Pais/Tutor : _____

2) Relatório do Incidente :

Local : _____ Data : _____ Hora : _____

Descrição do incidente (especificar o tipo de violência sexual) :

Pessoas envolvidas :

3. Medidas Tomadas

Foi feito um exame médico sim não Por quem : _____

Principais conclusões e tratamento indicado : _____

O Pessoal de Segurança foi notificado : sim não

Em caso negativo, razões apresentadas : _____

Em caso afirmativo, medidas tomadas : _____

Foi dado aconselhamento psico-social : sim não

Por quem a quais as medidas tomadas : _____

4. Medidas Posteriores Propostas

5. Plano de Acompanhamento

Acompanhamento médico : _____

Aconselhamento psico-social : _____

Procedimentos legais : _____

* Devem ser utilizados números de código em vez de nomes para garantir a confidencialidade da informação.

1 Glossário de Termos-Chave

Este glossário define termos-chave no contexto da Carta Humanitária e das Normas Mínimas de Resposta Humanitária em Situação de Desastre.

Agente Humanitário

Uma organização que assegura a prestação de assistência humanitária.

Ajuda imparcial

Assistência que é prestada tendo em conta exclusivamente as necessidades existentes, sem distinções por motivos de raça, religião, nacionalidade, sexo, idade ou incapacidade física ou mental.

Assistência humanitária

Provisão dos serviços e requisitos essenciais para satisfazer as necessidades da população em termos de água, saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e cuidados médicos.

Autoridades locais

Governo ou dirigentes reconhecidos como entidades detentoras do poder no país ou na região onde se encontra a população afectada pelo desastre.

Desastre

Uma situação em que as pessoas se vêem privadas dos meios normais de apoio a uma vida com dignidade, em consequência de uma catástrofe de origem natural ou humana.

Género

O género compreende os papéis, as atitudes e os valores socialmente definidos segundo o sexo, que as comunidades e as sociedades estabelecem como sendo adequados a pessoas de um ou outro sexo. O género não descreve as características sexuais biológicas através das quais são identificadas pessoas do sexo feminino e pessoas do sexo masculino.

Governo Anfitrião

Governo do país no qual é prestada a assistência humanitária.

Grupos de risco

Pessoas consideradas como sendo particularmente vulneráveis.

Indicadores

‘Sinais’ que permitem verificar se uma norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou métodos, utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.

Interessados

Todos aqueles afectados por, ou que podem afectar, a prestação de assistência humanitária.

Norma mínima

O nível mínimo (de qualidade de serviço) que deve ser alcançado na assistência humanitária.

Organização humanitária

Uma organização não governamental local ou internacional, órgão das Nações Unidas ou instituição doadora, cujas actividades asseguram a prestação de assistência humanitária.

O princípio humanitário

Prevenção e alívio do sofrimento humano, protecção da vida e da saúde e respeito pela dignidade humana.

Pessoal

Funcionários de organizações humanitárias.

Pessoas/População afectadas por desastres

Todas as pessoas cuja vida ou cuja saúde se encontra ameaçada por um desastre, quer se encontrem deslocadas ou na sua zona de residência.

Prestação de Contas

A responsabilidade de demonstrar aos interessados - que são, em primeiro lugar, as pessoas afectadas por um desastre - que a ajuda humanitária obedece às normas acordadas.

Transparência

Abertura e facilidade de acesso das organizações humanitárias, dos seus sistemas e da sua informação.

Violência sexual

Todas as formas de ameaça, agressão, violência doméstica, interferência e exploração de carácter sexual, incluindo a prostituição involuntária, o estupro estatutário e os abusos sem danos físicos ou penetração.

2 Siglas

ACC/SCN:

United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition - CAC/SCN: Comité Administrativo das Nações Unidas para a Coordenação/ Subcomissão para a Nutrição

ACT:

Action by Churches Together (Acção Conjunta das Igrejas)

ALNAP:

Active Learning Network for Accountability in Practice (Rede Activa de Formação para Responsabilização na Prática)

CDC:

Centers for Disease Control and Prevention (Centros para Controlo e Prevenção de Doenças)

DAC:

Development Assistance Committee (OECD) - CAD: Comité de Assistência para o Desenvolvimento (OCDE)

FAO:

Food and Agriculture Organization – FAO: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

IAPSO:

Inter-Agency Procurement Services Office (UNDP) (Gabinete de Serviços de Aquisição Interinstitucionais)

ICRC:

International Committee of the Red Cross – CICV: Comité Internacional da Cruz Vermelha

INFCD:

International Nutrition Foundation for Developing Countries (Fundação Internacional de Nutrição para os Países em Vias de Desenvolvimento)

LWF:

The Lutheran World Federation (FLM: Federação Luterana Mundial)

MISP:

Minimum Initial Service Package – (Pacote de Serviços Iniciais Mínimos)

MSF:

Médecins Sans Frontières – MSF: Médicos Sem Fronteiras

NCHS:

National Centre for Health Statistics (Centro Nacional de Estatísticas sobre Saúde)

NGO:

Non-governmental organisation - ONG: Organização não-governamental

OCHA:

UN Office for Coordination of Humanitarian Affairs (Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários)

OECD:

Organization for Economic Cooperation and Development - OCDE: Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OFDA:

Office of Foreign Disaster Assistance (USAID) (Gabinete de Ajuda em Situações de Desastre no Estrangeiro)

PTSS:

Programme and Technical Support Section (UNHCR) (Secção de Programas e Apoio Técnico)

SCHR:

Steering Committee for Humanitarian Response (Comité Directivo para a Resposta Humanitária)

UNDP:

United Nations Development Programme – PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UNDRO:

United Nations Disaster Relief Organization (Organização das Nações Unidas para o Auxílio em Situações de Desastre)

UNEP:

United Nations Environment Programme – PNUA: Programa das Nações Unidas para o Ambiente

UNHCR:

United Nations High Commissioner for Refugees – ACNUR: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

UNICEF:

United Nations Children's Fund - UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID:

United States Agency for International Development (Organização Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional)

WCRWC:

Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas)

WFP:

World Food Programme - PMA: Programa Mundial para a Alimentação

WHO:

World Health Organization - OMS: Organização Mundial de Saúde

WMO:

World Meteorological Organization - OMM: Organização Meteorológica Mundial

1 Glossário de Termos-Chave

Este glossário define termos-chave no contexto da Carta Humanitária e das Normas Mínimas de Resposta Humanitária em Situação de Desastre.

Agente Humanitário

Uma organização que assegura a prestação de assistência humanitária.

Ajuda imparcial

Assistência que é prestada tendo em conta exclusivamente as necessidades existentes, sem distinções por motivos de raça, religião, nacionalidade, sexo, idade ou incapacidade física ou mental.

Assistência humanitária

Provisão dos serviços e requisitos essenciais para satisfazer as necessidades da população em termos de água, saneamento, nutrição, alimentação, abrigo e cuidados médicos.

Autoridades locais

Governo ou dirigentes reconhecidos como entidades detentoras do poder no país ou na região onde se encontra a população afectada pelo desastre.

Desastre

Uma situação em que as pessoas se vêem privadas dos meios normais de apoio a uma vida com dignidade, em consequência de uma catástrofe de origem natural ou humana.

Género

O género compreende os papéis, as atitudes e os valores socialmente definidos segundo o sexo, que as comunidades e as sociedades estabelecem como sendo adequados a pessoas de um ou outro sexo. O género não descreve as características sexuais biológicas através das quais são identificadas pessoas do sexo feminino e pessoas do sexo masculino.

Governo Anfitrião

Governo do país no qual é prestada a assistência humanitária.

Grupos de risco

Pessoas consideradas como sendo particularmente vulneráveis.

Indicadores

‘Sinais’ que permitem verificar se uma norma foi cumprida. Constituem um meio de avaliar e dar a conhecer o impacto, ou os resultados, dos programas, bem como a eficácia do processo, ou métodos, utilizados. Os indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos.

Interessados

Todos aqueles afectados por, ou que podem afectar, a prestação de assistência humanitária.

Norma mínima

O nível mínimo (de qualidade de serviço) que deve ser alcançado na assistência humanitária.

Organização humanitária

Uma organização não governamental local ou internacional, órgão das Nações Unidas ou instituição doadora, cujas actividades asseguram a prestação de assistência humanitária.

O princípio humanitário

Prevenção e alívio do sofrimento humano, protecção da vida e da saúde e respeito pela dignidade humana.

Pessoal

Funcionários de organizações humanitárias.

Pessoas/População afectadas por desastres

Todas as pessoas cuja vida ou cuja saúde se encontra ameaçada por um desastre, quer se encontrem deslocadas ou na sua zona de residência.

Prestação de Contas

A responsabilidade de demonstrar aos interessados - que são, em primeiro lugar, as pessoas afectadas por um desastre - que a ajuda humanitária obedece às normas acordadas.

Transparência

Abertura e facilidade de acesso das organizações humanitárias, dos seus sistemas e da sua informação.

Violência sexual

Todas as formas de ameaça, agressão, violência doméstica, interferência e exploração de carácter sexual, incluindo a prostituição involuntária, o estupro estatutário e os abusos sem danos físicos ou penetração.

2 Siglas

ACC/SCN:

United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition - CAC/SCN: Comité Administrativo das Nações Unidas para a Coordenação/ Subcomissão para a Nutrição

ACT:

Action by Churches Together (Acção Conjunta das Igrejas)

ALNAP:

Active Learning Network for Accountability in Practice (Rede Activa de Formação para Responsabilização na Prática)

CDC:

Centers for Disease Control and Prevention (Centros para Controlo e Prevenção de Doenças)

DAC:

Development Assistance Committee (OECD) - CAD: Comité de Assistência para o Desenvolvimento (OCDE)

FAO:

Food and Agriculture Organization – FAO: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

IAPSO:

Inter-Agency Procurement Services Office (UNDP) (Gabinete de Serviços de Aquisição Interinstitucionais)

ICRC:

International Committee of the Red Cross – CICV: Comité Internacional da Cruz Vermelha

INFCD:

International Nutrition Foundation for Developing Countries (Fundação Internacional de Nutrição para os Países em Vias de Desenvolvimento)

LWF:

The Lutheran World Federation (FLM: Federação Luterana Mundial)

MISP:

Minimum Initial Service Package – (Pacote de Serviços Iniciais Mínimos)

MSF:

Médecins Sans Frontières – MSF: Médicos Sem Fronteiras

NCHS:

National Centre for Health Statistics (Centro Nacional de Estatísticas sobre Saúde)

NGO:

Non-governmental organisation - ONG: Organização não-governamental

OCHA:

UN Office for Coordination of Humanitarian Affairs (Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários)

OECD:

Organization for Economic Cooperation and Development - OCDE: Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OFDA:

Office of Foreign Disaster Assistance (USAID) (Gabinete de Ajuda em Situações de Desastre no Estrangeiro)

PTSS:

Programme and Technical Support Section (UNHCR) (Secção de Programas e Apoio Técnico)

SCHR:

Steering Committee for Humanitarian Response (Comité Directivo para a Resposta Humanitária)

UNDP:

United Nations Development Programme – PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UNDRO:

United Nations Disaster Relief Organization (Organização das Nações Unidas para o Auxílio em Situações de Desastre)

UNEP:

United Nations Environment Programme – PNUA: Programa das Nações Unidas para o Ambiente

UNHCR:

United Nations High Commissioner for Refugees – ACNUR: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

UNICEF:

United Nations Children's Fund - UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID:

United States Agency for International Development (Organização Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional)

WCRWC:

Women's Commission for Refugee Women and Children (Comissão das Mulheres para Crianças e Mulheres Refugiadas)

WFP:

World Food Programme - PMA: Programa Mundial para a Alimentação

WHO:

World Health Organization - OMS: Organização Mundial de Saúde

WMO:

World Meteorological Organization - OMM: Organização Meteorológica Mundial

3 Agradecimentos

Projecto Esfera

Equipa

Presidente do Comité de Direcção do Projecto - Nicholas Stockton, Oxfam, Reino Unido

Coordenador de Projecto - Peter Walker, FICV, Suíça

Director de Projecto, Fase I - Susan Purdin, Suíça

Director de Projecto, Fase II - Nan Buzard, Suíça

Assistente de Projecto, Fase II - Catherine Blum, Suíça

Director da Formação, Fase II - Sean Lowrie, Reino Unido

Comité de Direcção do Projecto

James K Bishop, *InterAction*, EUA * Peter Hawkins, Aliança *Save the Children*, Reino Unido * Graham Miller, CARE Internacional, Suíça * Jean-Marie Kindermans, MSF Internacional, Bélgica * Rebecca Larson, Federação Luterana Mundial (ACI), Suíça * Gianni Ruffini, VOICE, Bélgica * Nancy Lindborg, *Mercy Corps International*, EUA * Miriam Lutz, Acção Conjunta das Igrejas (ACI), Suíça * Gerald Martone, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Joel McClellan, CDRH, Suíça * Pierre Perrin, CICV, Suíça * Ed Shenkenberg, ICVA, Suíça * Karel Zelenka, Caritas Internationalis, Cidade do Vaticano

Doadores

Para além das contribuições das organizações membros do CDRH e da *InterAction*, através de uma doação da Fundação Ford, as seguintes entidades financiaram o Projecto Esfera:

Organismo Australiano para o Desenvolvimento Internacional (*AusAID - Australian Agency for International Development*) * Ministério Belga para o Desenvolvimento * Organismo Canadano para o Desenvolvimento Internacional (*CIDA - Canadian International Development Agency*) * Organismo Dinamarquês de Ajuda ao Desenvolvimento Internacional

(*DANIDA - Danish International Development Assistance*) * Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (*DFID - United Kingdom Department for International Development*) * Agência Humanitária da Comunidade Europeia (*ECHO - European Community Humanitarian Office*) * Divisão de Ajuda Humanitária do Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos * Organismo Sueco para a Cooperação e Desenvolvimento Internacional (*Sida - Swedish International Development Cooperation Agency*) * Ministério dos Negócios Estrangeiros da Nova Zelândia * Organismo Suíço para o Desenvolvimento e a Cooperação (*SDC - Swiss Agency for Development and Cooperation*) * Organismo Norte-americano para a População, Refugiados e Migrações (*US-BPRM - United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration*) * Agência para o Desenvolvimento Internacional e Assistência em Situações de Desastre (*US-OFDA - United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance*)

Capítulo 1: Abastecimento de Água e Saneamento

Responsável pelo Sector: John Adams, Oxfam GB

John Adams e o Projecto Esfera agradecem o contributo para este capítulo do grupo de assessores a seguir mencionados:

Riccardo Conti, Comité Internacional da Cruz Vermelha, Suíça * Eric Drouart, Acção Contra a Fome, França * Jeff Eames, CARE Internacional Reino Unido, Reino Unido * Denis Heidebroek, MSF Holanda, Países Baixos * Richard Luff, Oxfam GB, Reino Unido * Uli Jaspers, Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Suíça * Daniel Mora-Castro, Departamento de Programas e Apoio Técnico, ACNUR, Suíça * Claude Rakotomalala, Departamento de Programas e Apoio Técnico, ACNUR, Suíça * Paul Sherlock, Oxfam GB, Reino Unido

Outros contributos:

Astier Almedom, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido * Andy Bastable, Oxfam, Reino Unido * Eveline Bolt, Centro Internacional de Água e Saneamento IRC, Holanda * Paul Borsboom, *SAWA, Agro Business*, Holanda * Bernard Broughton, *Relief Development Services Pty*, Austrália * Sandy Cairncross, Escola de Higiene e Medicina

Tropical de Londres, Reino Unido * Art Carlson, Comité Internacional de Auxílio, Ruanda * M T Chanyowedza, *Christian CARE* (ACI), Zimbabwe * Desmond Chavasse, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido * Riccardo Conti, CICV, Suíça * Sara Davidson, *People In Aid*, Reino Unido * Tom de Veer, consultor independente, Holanda * Florence Descacq, ACF - *Côte d'Ivoire*, França * Ben Fawcett, Instituto de Estudos de Irrigação, Universidade de Southampton, Reino Unido * Suzanne Ferron, consultora independente, Reino Unido * Tim Foster, *RedR International*, Suíça * Pierre Fourcassier, ACF - *Côte d'Ivoire*, França * Banteyehun Haile, Comité Norte-americano para os Refugiados, Ruanda * Alden Hendersen, Departamento de Estudos de Saúde, CDC, Centro Nacional para a Saúde Ambiental, EUA * Robert Hodgson, Universidade de Exeter, Reino Unido * Mark Hogan, *Concern Worldwide*, Irlanda * Sarah House, Grupo de Desenvolvimento para Água e Engenharia, Universidade de Tecnologia de Loughborough, Reino Unido * Modhakiru Katakweba, Oxfam, Tanzânia * Vincent Koch, Oxfam Reino Unido e Irlanda, Angola * Bobby Lambert, RedR, Reino Unido * Sue Lim, DRA, Holanda * Peter Lochery, CARE, EUA * Woldu Mahary, Oxfam, Reino Unido * Duncan Mara, Departamento de Engenharia Civil, Universidade de Leeds, Reino Unido * Laura Marks, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Tom McAloon, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Bob Reed, Grupo de Desenvolvimento para Água e Engenharia, Universidade de Tecnologia de Loughborough, Reino Unido * Philippe Rey, CICV, Suíça * Les Roberts, consultora independente, EUA * David Saunders, Centro Internacional de Água e Saneamento IRC, Holanda * Stefan Spang, CICV, Suíça * Madeleine Thomson, Grupo de Investigação MALSAT, Escola de Medicina Tropical de Liverpool, Reino Unido * Roger Yates, Oxfam, Tanzânia * MSF Bélgica

Capítulo 2: Nutrição

Responsável pelo Sector: Lola Gostelow, SCF UK

Investigador para o Sector: Anna Taylor, SCF UK

Lola Gostelow e o Projecto Esfera agradecem às seguintes pessoas o seu importante contributo para este capítulo: Ken Bailey, Organização Mundial de Saúde, Suíça * Rita Bhatia, ACNUR, Suíça * Annalies Borrel, *Concern Worldwide*, Irlanda * Anne Callanan, Programa Mundial para a Alimentação, Itália * Pieter Djikhuizen, Programa Mundial para a Alimentação, Itália * Michael Golden, Universidade de Aberdeen, Reino

Unido * Yvonne Grellety, Acção Contra a Fome, França * Susanne Jaspars, consultora independente, Reino Unido * Marion Kelly, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Reino Unido * Clare Schofield, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido * John Seaman, *Save the Children Fund*, Reino Unido * Jeremy Shoham, consultor independente, Reino Unido * Arnold Timmer, ACNUR, Suíça * Saskia van der Kam, MSF Holanda, Holanda * Zita Weise-Prinzo, Organização Mundial de Saúde, Suíça * Helen Young, Oxfam GB, Reino Unido

Outros contributos:

Carla Abou-Zahr, OMS, Suíça * Lesley Adams, Oxfam GB * Tahmid Ahmed, ICDDR, Bangladesh * David Alnwick, UNICEF * A M M Anisul Anwal, Ministério da Saúde e Segurança Social, Bangladesh * Iqbal Anwar, *Radd MCH FP Centre* Bangladesh * Judith Appleton, consultora independente, Reino Unido * Selena Bajraktarevic, UNICEF, Bósnia * Theresa Banda, Ministério da Saúde, Malawi * Hilary Baroi, Programa de Desenvolvimento Social da Igreja do Bangladesh, Bangladesh * George Beaton, consultor independente, Canadá * Nathan Belete, *World Vision* * Chris Besse, *Merlin*, Reino Unido * Aminul Haque Bhuyan, Universidade de Dhaka, Bangladesh * John Borton, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Dominique Bounie, Instituto da Alimentação e Agricultura de Lille, França * Francesco Branca, Instituto Nacional da Nutrição, Itália * Andre Briend, INSERM, França * Vincent Brown, *Epicentre*, França * Kate Bruck, *Dr Cynthia's Clinic*, Tailândia * Judy Bryson, *Africare*, EUA * Ann Burgess, consultora independente, Reino Unido * Brent Burkholder, CDC, EUA * Christine Cambrezy, PMA, Somália * Kathy Carter, Instituto para a Saúde da Criança, Reino Unido * Jenny Cervinskis, *Micronutrients Initiative*, Canadá * Gene Charoonruk e Uraiporn Chittchang, Universidade de Mahidol, Tailândia * Françoise Chome, *Sustain*, EUA * Ian Christopholos, SIDA, Suécia * Ed Clay, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * William Clay, FAO, Itália * Graeme Clugston, OMS, Suíça * Karen Codling, UNICEF, Tailândia * Bruce Cogill, IMPACT * Marc Cohen, *Bread for the World Institute* * Steve Collins, consultor independente, Reino Unido * Suzanne Cotter, OMS, Bósnia * Joanne Csete, UNICEF, EUA * Ariane Curdy, CICV, Suíça * Helena Dalton, Comité Internacional de Auxílio, Tailândia * Frances Davidson, Departamento de Nutrição do USAID, EUA * Austin Davis, LSE/MSF, Reino Unido * Danielle Deboutte, OMS/EHA, Suíça *

Vicki Denman, CRS, EUA * Pat Disket, Universidade de Cranfield, Reino Unido * Rhoda Eliasi, Conselho Nacional para a Economia, Malawi * Mendez England, FFP, EUA * Linda Ethangatta, UNICEF OLS, Quênia * Margie Ferris-Morris, anteriormente USAID, EUA * Anna Ferro-Luzzi, Instituto Nacional da Nutrição, Itália * Lourdes Fidalgo, Ministério da Saúde, Moçambique * Aida Filipovic, Instituto para a Saúde Pública, Sarajevo * Wilma Freire, PAHO, EUA * David Garms, FFP/ USAID, EUA * Veronique Genaille, ACNUR, Quênia * Yvonne Grellety, ACF, França * Laura Guimond, Programa Internacional para a Sobrevivência das Crianças do *Mercy Corps*, EUA * Alistair Hallam, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * John Hammock, Universidade de Tufts, EUA * Steven Hansch, Grupo de Políticas para os Refugiados, EUA * Pirko Heinonen, UNICEF, Somália * Jeya Henry, Universidade Oxford Brookes, Reino Unido * Hege Hetzberg, NORAD, Noruega * Moazzem Hossain, *Save the Children UK*, Bangladesh * Janet-Marie Huddle, *World Vision*, Canadá * Zahidul Islam, Programa de Saúde Grameen, Bangladesh * Safia Jama, UNICEF, Somália * Omanic Jasna, Instituto para a Saúde Pública, Bósnia * Linley Karlton, Universidade de Uppsala, Suécia * Lawson Kasamale, Cruz Vermelha, Malawi * Judit Katona-Apte, PMA, Itália * Kathy Krasovec, USAID * Fred Kuhila, Programa de Combate à SubNutrição, Zâmbia * Natehalai (Kitty) Lanmg, ARC TRAT, Tailândia * Bruce Laurence, *Merlin*, Reino Unido * Bernt Lindtjorn, Universidade de Bergen, Noruega * Dr Luecha, Departamento de Saúde, Tailândia * Mary Lung'aho, CRS, EUA * Jane Macaskill, Nairobi/Somália * Sharon MacDonall, Departamento de Nutrição do CDC, EUA * Kandarasee Malanong, Ministério de Saúde Pública, Tailândia * Gabrielle Maritim, Universidade de Nairobi, Quênia * David Marsh, *Save the Children US*, EUA * Rabia Mathai, FICV, Bangladesh * Fedai Mawlar, Sociedade de Serviços de Saúde Voluntários, Bangladesh * Jenny McMahan, CICV, Quênia * Judiann McNulty, CARE * Cathy Mears, consultora independente, Reino Unido * David Meek, *World Vision*, EUA * Andrea Menefee, Comité Internacional de Auxílio, Tailândia * Zahra Mirghani, ACNUR, Tanzânia * Sheikh Mohiuddin, Hospital Ad-din, Bangladesh * Alain Moren, RNSP, Bélgica * Saul Morris, IFPR * Yasmine Motarjemi, OMS, Suíça * Ellen Muehlhoff, FAO, Itália * Chizuru Nishida, OMS, Suíça * Eric Noji, OMS, Suíça * Ted Okada, *Food for the Hungry International*, EUA * Ben Okech, Ministério da Saúde, Quênia * Omawale Omawale, UNICEF, DPRK * Projecto OMNI, USAID * Fiona O'Reilly, Rede de Nutrição em Situações de Emergência, Irlanda *

Christophe Paquet, *Epicentre*, França * Abe Parvanta, CDC, EUA * Chris and Monika Pearson, Universidade de Uppsala, Suécia * Nina Pillai, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Rachel Pinniger, Universidade de Tribhuvan, Nepal * Claudine Prudhon, ACF, França * Randy Purviance, ADRA, EUA * Sonya Rabenack, ACC/SCN, Suíça * Shah Mahfuzur Rahman, Instituto para a Saúde Pública, Bangladesh * Anne Ralte, IMPACT, EUA * Emma Roberts, *TEAR Fund*, Reino Unido * Anna de Roos, ECHO, Bangladesh * Aileen Robertson, Agência Regional Europeia da OMS, Dinamarca * S K Roy, ICDDR, Bangladesh * Terrence T J Ryan, Gestão de Ajuda Alimentar, EUA * Serge Rwamasirabo, USAID Ruanda * Abdus Sabur, *Save the Children UK*, Bangladesh * Erminio Sacco, PMA, Somália * Helen Samatebele, Programa de Combate à SubNutrição, Zâmbia * Andy Seal, Instituto para a Saúde da Criança, Reino Unido * Mary Serdula, CDC, EUA * Louise Serunjogi, Universidade Makere, Uganda * Dr Shazahan, Instituto Helen Keller, Bangladesh * S Shao, Centro de Alimentação e Nutrição da Tanzânia, Tanzânia * Catherine Siandwazi, Secretariado Regional de Saúde da Commonwealth, Tanzânia * Sangsom Sinawat, Ministério da Saúde Pública, Tailândia * Jose Solis, PAHO, EUA * Bernhard Staub, Serviços Cristãos de Assistência a Refugiados de Tanganyika, Tanzânia * Anne Swindale, IMPACT, EUA * Kerry Sylvester, consultora independente, Moçambique * Judith Tagwira, Ministério da Saúde, Zimbábue * M Q K Talukder, Instituto da Mãe e da Criança, Bangladesh * Haile Selassi Tekie, Sociedade de Auxílio de Tigray, Etiópia * Andy Tembon, SCF UK, Ruanda * Aster Tesfaye, Apoio Jesuíta aos Refugiados, Etiópia * Andrew Tomkins, Instituto para a Saúde da Criança, Reino Unido * Michael Toole, Centro de Investigação Médica MacFarlane Burnet, Austrália * Benjamin Torun, INCAP, Guatemala * Stuart Turner, *World Vision*, Reino Unido * Daniel Valle, Cruz Vermelha, EUA * Albertine van der Veen, consultora independente, Países Baixos * Michel van Herp, MSF Internacional, Bélgica * Fabienne Vautier, MSF Bélgica * Anna Verster, OMS/EMRO, Egípto * M A Wahed, ICDDR, Bangladesh * Jane Wallace, ACC/SCN, Suíça * Boonyuen Warasai, Ministério da Saúde Pública, Tailândia * Fiona Watson, Instituto para a Saúde da Criança, Reino Unido * Katy Watt, Consultora Nutricionista, Reino Unido * Elizabeth Westaway, Universidade de Cardiff, Reino Unido * Carole Williams, Consultora Nutricionista, Reino Unido * Ruka Abdillahi Yacoub, UNICEF, Sudão * Oliver Yambi, UNICEF, Quênia * Tayech Yimer, *Save the Children UK*, Etiópia

Capítulo 3: Ajuda Alimentar

Responsável pelo Sector: Harlan Hale, CARE, EUA

Harlan Hale e o Projecto Esfera agradecem às seguintes pessoas o seu importante contributo para este capítulo:

Rita Bhatia, ACNUR, Suíça * Delphine Borione, Programa Mundial para a Alimentação, Itália * Analies Borrel, *Concern Worldwide*, Irlanda * Rick Brennan, Centro de Excelência em Gestão de Situações de Desastre* Lola Gostelow, *Save the Children Fund*, Reino Unido * Charles Kelly, consultor independente * Isabelle Le Normand, Acção Contra a Fome, França * Thomas J Ryan, Gestão de Ajuda Alimentar, EUA * Anne Ralte, consultora do USAID, EUA * Anna Taylor, *Save the Children Fund*, Reino Unido

Outros contributos:

Ibrahim (Abe) Parvanta, CDC, EUA * Lesley Adams, consultora independente * Rennata Becker, Acção Agrícola Alemã* François Belanger, *Epicentre*, França * Bob Bell, CARE * Mark Bowden, *Save the Children*, Reino Unido * Ann Callanan, PMA, Itália * Thoric Cederstrom, *Save the Children*, EUA * Jendra Cekan, CRS * Willian Clay, Nutrição-FAO * Bruce Cogill, Projecto Impact USAID * Jim Cornelius, CFGB * Annegre de Roos, consultora independente * Serge Depotter, MSF Internacional, Bélgica * Agnes Dhur, CICV, Suíça * Tim Frankenberger, CARE, EUA * Georg Frerks, Universidade Agrícola, Wageningen, Holanda * Michael Golden, Universidade de Aberdeen, Reino Unido * Jennifer Graef, FAM, EUA * Yvonne Grellety, ACF, França * Dave Hagen, USAID/FFP-ER * Steve Hansch, consultor independente * David J. Garms, USAID, EUA * Susan Jaspars, consultora independente, Reino Unido * Al Kehler, CFGB * Marion Kelly, DFID, Reino Unido * Anders Ladekarl, Conselho Dinamarquês para os Refugiados, Dinamarca* Lauren Landis, SCF, EUA * Francoise Ledru, VOICE, Bélgica * Sean Lowrie, CARE, Canadá * Mary Lung'aho, Serviços de Ajuda Católicos, EUA * Frances Mason, ACF, França * Paul Maurie Boulanger, AEDES * Catherine Mears, consultora independente, Reino Unido * Walter Middleton, *World Vision* * Chizuru Nishida, OMS * Mario Ochoa, ADRA * Stefan Peterson, MSF/ Universidade Upsala, Suécia * Veronique Priem, MSF, França * Bill Ralston, CIDA * Jeremy Shoham, ENN/RNIS/LSHTM, Reino Unido * Piet Spaarman, Caritas, Holanda * Stein Stoa, Conselho Norueguês para

os Refugiados, Noruega * Jo Thomas, *Concern Worldwide*, Irlanda * Marge Tsitouris, CARE * Bernd V Dreesmann, *EuronAid*, Holanda * Albertien van der Veen, consultora independente, Holanda * Michel van Herp, MSF Internacional, Bélgica * Saskia van der Kam, MSF Holanda * Rudy von Bernuth, *Save the Children*, EUA * Jane Wallace, ACC/SCN * Shaun Walsh, FHI * Jackie Wood, CARE, Canadá * Helen Young, Oxfam, Reino Unido * Auxílio das Igrejas Unidas da Holanda (ACI) * Rede Global de Segurança Alimentar

Capítulo 4: Abrigo e Planeamento de Locais de Alojamento

Responsável pelo Sector: Philip Wijmans, Federação Luterana Mundial (ACI), Cambodja

Investigador para o Sector: Tom Corsellis, Universidade de Cambridge, Reino Unido

Philip Wijmans e o Projecto Esfera agradecem às seguintes pessoas o seu importante contributo para este capítulo:

Ad Hordijk, *Matrix Consultants for Development*, Países Baixos * Gatachew Jembere, Federação Luterana Mundial (ACI), Zâmbia * Barend Leeuwenberg, MSF Holanda, Países Baixos * John Nduna, Federação Luterana Mundial (ACI), Tanzânia * Brian Neldner, Federação Luterana Mundial (ACI), Austrália * Wolfgang Neumann, ACNUR, Suíça * Todd Stowell, Federação Luterana Mundial (ACI), Nepal * Elizabeth Umlas, ACNUR, Suíça * Gerro Vonk, MSF Holanda, Países Baixos

Outros contributos:

Krister Åkesson, Auxílio da Igreja da Suécia (ACI), Suécia * Jaap Aantjes, FLM (ACI), Ruanda * Richard Agullas, ELCSA- FLM, África do Sul * Allen Armstrong, FLM (ACI), Nepal * Inu Arya, FLM (ACI), Cambodja * Dirk Bakker (ZA), ICCO (ACI), Holanda * Henk Bakker, ICCO (ACI), Holanda * John Barrett, AIT, Tailândia * Krishan Batra, UNDP/IAPSO, Dinamarca* Andrew Chalinder, UNICEF, Botswana * Arno Coerver, FLM (ACI), Mauritània * John Cosgrave, *InterWorks Europe*, Irlanda * Howard Dalzell, *Concern Worldwide*, Irlanda * John Damerell, FLM (ACI), Angola * Rudelmar de Faria, FLM (ACI), El Salvador * Martin Dillon, FLM (ACI), Uganda * Paevo Faerm, FLM (ACI), Etiópia * Tim Foster, *RedR International*,

Suíça* Dennis Frado, Organismo Luterano para a Comunidade Mundial, EUA * Laura Gibbons, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Hannelore Hensle, *Bread for the World Projects* (ACI), Alemanha * Mark Hogan, *Concern Worldwide*, Irlanda * Hossein Kalali, Universidade de Genebra/Cooperação Suíça para o Desenvolvimento, Suíça * Kroslak, FLM, Rússia * Sean Lowrie, Unidade de Emergência CARE, Canadá * Ingela Lundborg, Auxílio da Igreja da Suécia (ACI), Suécia * Meena-Mbvumbe, FLM (ACI), Malawi * Jim Mason, FLM (ACI), Quênia * Cyrus Mechkat, Universidade de Genebra/Cooperação Suíça para o Desenvolvimento, Suíça * Pamela Meggitt, Serviço Luterano para o Desenvolvimento, Swazilândia * Enos Moyo, ELCSA- FLM (ACI), África do Sul * Babar Mumtaz, Unidade de Planeamento do Desenvolvimento, *University College London*, Reino Unido * Gail Neudorf, CARE, Quênia * Hermine Nikolaison, FLM (ACI), Croácia * *Stichting Oecomenische Hulp*, Auxílio das Igrejas Unidas da Holanda (ACI), Holanda * Patrick Oger, MSF * Lars Olsson, OMS, Suíça * Duane Poppe, FLM (ACI), Tanzânia * William Power, *Concern Worldwide*, Irlanda * Eric Ram, *World Vision International*, Suíça* Joe Riverson, *World Vision International*, Libéria * Craig Sanders, ACNUR, Suíça* Tapio Saraneva, *Finnchurchaid* (ACI), Finlândia * Don Schramm, Centro de Controlo de Desastres da Universidade de Wisconsin-Madison, EUA * Sarah Scott, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * David Shearer, Instituto de Estudos Estratégicos, Reino Unido * Paul Sitnam, FLM (ACI), Angola * Rudi Slooff, OMS, Suíça * Atle Sommerfeldt, Auxílio da Igreja da Noruega (ACI), Noruega * Bernard Staub, FLM (ACI), Bósnia * Mamane Sukati, Serviço Luterano para o Desenvolvimento Mundial, Swazilândia * John Svendsen, UNDP-IAPSO, Dinamarca* Jens Tang, Meteorologista, Dinamarca* Gerrit ten Velde, FLM (ACI), Moçambique * Reinier Thiadens, ACNUR, Suíça* Paul Thomson, Centro de Controlo de Desastres da Universidade de Wisconsin-Madison, EUA * Jan v Bentum, ICCO, Holanda * Koenraad Van Brabant, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * John Watt, FICV, Suíça* Jacques Willemse, Auxílio das Igrejas Unidas da Holanda (ACI), Holanda * Henk Zomer, Auxílio das Igrejas Unidas da Holanda (ACI), Holanda * MSF Holanda * Auxílio Mundial Luterano do Canadá (ACI), Canadá * DanChurchAid (ACI), Dinamarca* Auxílio Cristão (ACI) * Igreja Evangélica Luterana na América (ACI), EUA * *Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe* (Associação Protestante para a Cooperação no Desenvolvimento), Alemanha * FLM (ACI), Haiti * FLM (ACI), Índia * FLM (ACI), Jerusalém * FLM (ACI), Quênia * PLWF/ FLM (ACI), Peru * Leo Siliamaa, FLM (ACI), Zimbabwe

Capítulo 5: Cuidados Médicos

Responsáveis pelo Sector: Joachim Kreysler FICV, Suíça e Jean Roy, CDC/FICV, EUA e Suíça

Joachim Kreysler, Jean Roy e o Projecto Esfera querem agradecer às seguintes pessoas o seu importante contributo para este capítulo:

Sue Chowdhury, Oxfam GB, Reino Unido * Carole Collins, Oxfam GB, Reino Unido * Danielle Deboutte, Organização Mundial de Saúde, Suíça * Myriam Henkens, MSF Bélgica, Bélgica * Sandra Krause, Comité Norte-americano para os Refugiados, EUA * Bruce Laurence, *Merlin*, Reino Unido * Jean Long, *Concern Worldwide*, Irlanda * Serge Male, ACNUR, Suíça* Eric Noji, Organização Mundial de Saúde, Suíça* Jean Marc Olive, Organização Mundial de Saúde, Suíça* Pierre Perrin, Comité Internacional da Cruz Vermelha, Suíça * Stefan Seebacher, Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Malásia * Harald Siem, Acção de Emergência e Humanitária, Organização Mundial de Saúde, Suíça* Ronald Waldman, Universidade de Columbia, EUA

Outros contributos:

Andrea Ammon, Instituto Robert Koch, Alemanha * Thomas Baker, Cruz Vermelha, EUA * Rita Bhatia, ACNUR, Suíça* Vincent Brown, *Epicentre*, França * Brent Burkholder, CDC, EUA * Gilbert Burnham, Escola Superior de Higiene e Saúde Pública Johns Hopkins, EUA * Kate Burns, ACNUR, Suíça* Manuel Carballo, ICMHC, Suíça * Christine Chevalier, MSF Suíça * Maire Connolly, OMS/ICA, Suíça * Alphonse da Silva, AMP, França * Claude de Ville de Goyet, PAHO/OMS, EUA * Flavio del Ponti, Política Suíça de Socorro em Situações de Desastre, Suíça * Pat Disket, Universidade de Cranfield, Reino Unido * Kolude Doherty, ACNUR, Suíça * Mohamed Dualeh, ACNUR, Suíça * Marcel Dubouloz, HDCA, Suíça * Marcel Furic, *Caritas Internationalis*, Suíça * Anne Golaz, CDC, EUA * Lola Gostelow, *Save the Children*, Reino Unido * Brian Gushulak, *IOM Medical Services*, Suíça * Harlan Hale, CARE, EUA * Hilde Haug, UNFPA, Suíça * Nobuhide Hayashi, AMDA, Quênia * Jean Herve Bradol, MSF, França * Mark Hogan, *Concern*, Irlanda * Kjura Inomzoda, Sociedade do Crescente Vermelho, Tajiquistão * Hector Jalipa, *World Vision* - Somália, Quênia * Nenad Javornik, Croácia * Robert Kesala, Delegado Regional de Saúde FICV, Zimbabwe * Jean-Marie Kindermans, MSF Internacional, Bélgica * Renee Kotz, Cruz Vermelha Norte-americana,

EUA * Nance Kytlo, USAID, Suíça, Suíça* Mary Lange, US BPRM, Suíça* Rebecca Larson, Federação Luterana Mundial (ACI), Suíça * Jennifer Leaning, Medicina e Sobrevivência Global, EUA * Philippe Leborgne, ACF, França * Maura Lennon, GOAL, Irlanda * Annie Lloyd, Oxfam, Reino Unido * Jean-Dominique Lormond, MSF Internacional, Suíça* William Lysterly, USAID, EUA * Alexander Malyavan, UNICEF, Suíça * Michael Marx, Universidade de Heidelberg, Alemanha * Jean Paul Menu, OMS, Suíça * Eric Mercier, UNICEF, EUA * Nancy Mock, Universidade de Tulane, EUA * Alain Moren, *Epicentre*, França * Cleopas Msuya, Delegado Regional de Saúde FICV, Quênia * Jayne Mutonga, AMREF, Quênia * Geir Nergard, Delegação Regional FICV, Kazaquistão * David Newberry, CARE, EUA * Ishmael Noko, Federação Luterana Mundial (ACI), Suíça* Michael Pelly, FICV, Suíça * Lyle Petersen, Instituto Robert Koch, Alemanha * Mit Philips (delegado em Kinshasa), MSF, Bélgica * Daniel Pierotti, UNFPA, Suíça* Jean Pierre Revel, FICV, Suíça * Peter Poore, *Save the Children*, Reino Unido * Eric Ram, *World Vision International*, Suíça * Arthur Reingold, Universidade da Califórnia em Berkeley, EUA * Remi Russbach, Fundação de Genebra para a Protecção da Saúde na Guerra, Suíça* Hakan Sandbladh, FICV, Suíça * Khalid Shibib, OMS, Suíça * Ola Skuken, FICV, Delegação da Somália, Quênia * Barbara Smith, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Paul Spiegel, Universidade de Johns Hopkins, EUA * Robert Steinglass, BASICS, EUA * Philippe Stoeckel, *Association pour l'Aide à la Médecine Préventive* (Associação para o Apoio à Medicina Preventiva), França * Peter Strebel, Centros para Controlo e Prevenção de Doenças, EUA * Michael Toole, Centro de Investigação Médica Macfarlane Burnet, Austrália * Maarten Van Cleeff, *Royal Tropical Institute*, Países-Baixos * Laetitia Van Haren, Grupo de Políticas para os Refugiados, Suíça* Carlos Wandscheer, Médicos do Mundo, França * Ralph Watts, ADRA, EUA * Christopher Wood, AMREF, Quênia * Brad Woodruff, Centros para Controlo e Prevenção de Doenças, EUA * Takako Yasukawa, Programa de Emergência e Intervenção Humanitária da OMS, Suíça

Outros contributos

Mike Aaronson, *Save the Children Fund*, Reino Unido * Imadulddin Abdulrahim Agência Islâmica Africana de Auxílio, Etiópia * Susanta Adhikari, Comissão Cristã para o Desenvolvimento (ACI), Bangladesh * Gilberto Aguirre, Conselho das Igrejas Evangélicas (ACI), Nicarágua *

Juana Albornoz G. Fraternidade Cristã da Igreja do Chile (ACI), Chile * Kate Alley, UNICEF, Suíça* Mary Anderson, Projecto Capacidades Locais para a Paz , EUA * Tim Andrews, *World Vision*, Guiné * Oldrich Andrysek, FICV * Jennifer Ashton, ACNUR, Suíça* Marie-Pierre Auger, ECHO, Guiné * Helen Awan, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Tom Baker, Cruz Vermelha Norte-americana * Rebecca Bardach, Comité Norte-americano para os Refugiados, Sarajevo * Mikael Barfod, ECHO, Bélgica * David Bassiouni, UNOCHA, EUA * Luntan Bayarmaa, FICV * Dana Beegun, *InterAction*, EUA * Claude Belleau, UNV, Suíça* Judy Benjamin, Comissão das Mulheres para as Crianças e Mulheres Refugiadas, EUA * Jon Bennet, Conselho Norueguês para os Refugiados * Choloka Beyani, Oxfam, Reino Unido * Helen Bishop, *Concern Universal*, Guiné * Dounia Bitar, ACNUR, Suíça* Richard Blewitt, Cruz Vermelha Britânica, Reino Unido * Lucie Blok, MSF, Suíça* Myra Blyth, Conselho Mundial de Igrejas (ACI), Suíça* Ian Bray, Oxfam, Reino Unido * Marie Breton-Ivy, Federação Luterana Mundial (ACI), Suíça * Rachel Brett, Representação Quaker nas Nações Unidas, Suíça * Lucy Brown, Cruz Vermelha Norte-americana * William Brownfield, Organismo Norte-americano para a População, Refugiados e Migrações, Suíça * David Bryer, Oxfam, Reino Unido * Margie Buchanan-Smith, *ActionAid*, Reino Unido * Skip Burkle, Centro de Excelência da Universidade do Hawai , EUA * Polly Byers, USAID, EUA * Edmund Cain, UNDP, EUA * Sara Canna, FICV, Suíça* David Cardan, UNOCHA, Guiné * Kevin Carew, Comité Norte-americano para os Refugiados, Sarajevo * Andrew Carl, Recursos de Conciliação, Reino Unido * Chris Carr, FICV, Suíça * Rob Carr, UNICEF, EUA * Nils Cartensen, ACI, Suíça* Matthew Carter, CAFOD, Reino Unido * Louisa Chan, OMS, Suíça * David Church, VOICE, Bélgica * Roger Clark, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Reino Unido * Maureen Connelly, ACNUR, Suíça * Peggy Creese, UNICEF, Suíça * Diane Crocombe, Oxfam, Reino Unido * Chris Cushing, *UN Staff College*, Itália * Marc D'Silva, Serviços de Ajuda Católicos, Guiné * Gary Dahl, Comité Norte-americano para os Refugiados, Tailândia * James Darcy, Oxfam, Reino Unido * Steve Davey, FICV * Sara Davidson, *People In Aid*, Reino Unido * Will Day, CARE, Reino Unido * Gloria De Sagarra, ACNUR, Suíça * Sean Deely, FICV, Suíça * Sarah Degnan Kambou, Etiópia * Flavio Del Ponte, Socorro Suíço em Situações de Desastre, Suíça * Penny Panayiota Deligiannis, *Diaconia Agapes* (ACI), Albânia * Kerry Demuz, Oxfam, Sri Lanka * Gregorie De Sacy, *Solodarites*, Sarajevo * Mary Diaz, Comissão

das Mulheres para as Crianças e Mulheres Refugiadas, EUA * Deborah Doane, Cruz Vermelha Britânica, Reino Unido * Karen Donovan, consultora independente, Reino Unido * Bernard Doyle, ACNUR, Suíça * Joelle Dubois, Oxfam, Bélgica * Jon Ebersole, CETI, Suíça * Jan Eijkenaar, ECHO, Bélgica * Hussein El Obeid, Comissão de Ajuda Humanitária, Sudão * Judy El-Bushra, *Acord*, Reino Unido * Cirre Emblen, Cruz Vermelha Norte-americana * Paul Emes, FICV, Suíça * Liz Eyster, ACNUR, Suíça * Christine Forgière, Direitos e Humanidade, Reino Unido * Salamo Fulivai, YWCA, Fidji * Sarah Galietsky, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Michael Golden, Universidade de Aberdeen, Reino Unido * Elena Gonzalez-Romero, ECHO, Bélgica * Lorelei Goodyear, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Brewster Grace, Representação Quaker nas Nações Unidas, Suíça * Sean Greenaway, ECHO, Bélgica * Andres Griekspoor, MSF, Suíça * Martin Griffiths, UNOCHA, EUA * Birte Hald, *Danchurchaid/Folkekirkens Nødhjælp* (ACI), Dinamarca * Teresa Hanley, Cruz Vermelha Britânica, Reino Unido * Caroline Harford, Delegação da Cruz Vermelha/Crescente Vermelho, Rússia * Julia Hausermann, Direitos e Humanidade, Reino Unido * Robert Hayward, Auxílio Cristão(ACI), Reino Unido * Ralph Hazleton, CARE Internacional, Suíça* Pirkko Heinonen, UNICEF, África Oriental * Daniel Helle, CICV * Peter Henderson, USAID, EUA * Peter Herby, CICV * Maurice Herson, Oxfam, Reino Unido * Rudolph Hinz, Federação Luterana Mundial (ACI), Suíça * Michael Hoffman, Cruz Vermelha Norte-americana, EUA * Mary Hope Schwoebel, *InterAction*, EUA * Nap Hosang, Universidade da Califórnia em Berkeley, EUA * Shamsul Huda, Associação das Agências de Desenvolvimento no Bangladesh, Bangladesh * Janet Hunt, ACFOA, Austrália * Salvatore Ippolito, ACNUR, Suíça * Bernard J Vrban, Delegação da Cruz Vermelha/Crescente Vermelho, Sarajevo * Safia Jama, UNICEF, África Oriental * Riad Jarjour, Conselho de Igrejas do Médio Oriente (ACI), Chipre * Samardic Jasna, Delegação da Cruz Vermelha/Crescente Vermelho, Sarajevo * Rome Johan Ketlers, Caritas Internacional * Sally Johnson, Oxfam, Reino Unido * Gerry Jones, Cruz Vermelha Norte-americana, EUA * Ivan Joseph, Caritas, Índia * Kristin Kalla, consultora independente, EUA * Mukesh Kapila, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Reino Unido * Geshe Karrenbrock, ACNUR, Suíça * Innocent Kaseke, *Christian Care* (ACI), Zimbabue * Lex Kassenberg, CARE Internacional, Bélgica * Chris Kaye, UNOCHA, Suíça* Jim Kelly, Serviços de Ajuda Católicos, Sarajevo * Randolph Kent,

consultor independente, EUA * Michael Kiernan, *InterAction*, EUA * Suzanne Kindervatter, *InterAction*, EUA * Andrew Kishindo, AACC (ACI), Quênia * Alimamy Koroma, Conselho de Igrejas (ACI), Serra Leoa * Michele Kuhn, CICV * Sasi Kumar, Oxfam, Sudão * Peter R Kunze, ADRA, Suíça* Jane Kusin, *Royal Tropical Institute*, Holanda * Sarah Lachat, FICV * Philip Lam, Conselho Cristão de Hong Kong (ACI), China * Warren Lancaster, Cruz Vermelha Britânica, Reino Unido * Natalia Langlais, Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Reino Unido * Jones Laviwa, Acção das Igrejas no Auxílio e Desenvolvimento (ACI), Malawi * Nick Leader, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Françoise Ledru, VOICE, Bélgica * Gail Lerner, Conselho Mundial de Igrejas, EUA * Iain Levine, Representação da Amnistia Internacional nas Nações Unidas, EUA * Reynold Levy, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Tan Li Ying, *Amity Foundation*, China * Claire Light, Oxfam, Reino Unido * Santhe Loizos, *InterAction*, EUA * Jean Long, *Trinity College*, Irlanda * Barbara Luckhurst, RedR International, Reino Unido * Paula Lynch, Organismo Norte-americano para a População, Refugiados e Migrações, EUA * Joanna Macrae, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Kirsi Madi, UNICEF, Suíça* Jok Madut Jok, Universidade da Califórnia em Los Angeles, EUA * Gianni Magazzeni, ACNUR, Suíça * John Magrath, Oxfam GB * Kaanaeli Makundi, Federação Luterana Mundial (ACI), Suíça * Juan Manuel Acena, Movimento pela Paz, Desarmamento e Liberdade, Espanha * Gabrielle Martim, Universidade de Nairobi, Quênia * Simon Maxwell, Instituto de Desenvolvimento Ultramarino, Reino Unido * Monique McClellan, consultora independente, Suíça * Peter McDermott, UNICEF, Suíça* Therese McGinn, Universidade de Columbia, EUA * John McGrath, Oxfam, Reino Unido * Jennie Meadows, *Save the Children Fund*, Reino Unido * Bob Medrala, CCSDPT, Tailândia * Anita Menghetti, USAID, EUA * J K Michael, Auxílio da Igreja para a Acção Social (ACI), Índia * Larry Minear, Universidade de Brown, EUA * Dahawi, Ministério do Planeamento Social, Sudão * John Mitchell, Cruz Vermelha Britânica, Reino Unido * Barbara Monahan, CARE, EUA * Moises Moraga, Acção Médica Cristã(ACI), Nicarágua * Nicholas Morris, ACNUR, Suíça* Pat Morris, *InterAction*, EUA * Jeremy Mortimer, FICV, Suíça * Mutawa Musyimi, Conselho Nacional de Igrejas (ACI), Quênia * Doris Mwangi, Equipa de Urgência da Biodiversidade * Andrew Natsios, *World Vision Relief and Development*, EUA * Gawher Nayeem Wahra, Oxfam, Bangladesh * Paula Nersesian, BASICS, EUA *

Wolfgang Neumann, ACNUR, Suíça * Kathleen Newland, *Carnegie Endowment for International Peace*, EUA * Ackbar Noor, ICVA, Sarajevo * Emmanuel Nsabimana, Conselho de Igrejas (ACI), Ruanda * Mary O'Reilly, Comité Norte-americano para os Refugiados, Uganda * Ron Ockwell, consultor independente, França * Xavier Ortegat, VOICE, Bélgica * Karen Otsea, IPAS, EUA * Robert Painter, UNOCHA, Guiné * Dragana Pandurevi, Red Barnet, Sarajevo * David Pardoe, Cruz Vermelha Canadiana * Jeffrey Pereira, Caritas, Bangladesh * Katherine Perkins, Organismo Norte-americano para a População, Refugiados e Migrações, EUA * Karen Perrin, *Handicap International*, Sarajevo * Sue Pfiffner, FICV * Ian Piper, FICV * William Power, Concern, Irlanda * Marion Pratt, USAID, EUA * Zoran Radic, Comité Internacional de Auxílio, Sarajevo * K Rajaratnam, Igrejas Evangélicas Luteranas Unidas (ACI), Índia * White Rakuba, Conselho de Igrejas (ACI), África do Sul * Angela Raven-Roberts, UNICEF, EUA * Stephen Richards, Comité Internacional de Auxílio, EUA * Marie-Jeanne Richiardione, FICV, Suíça * Cyril Ritchie, *InterAid International*, Suíça * Peterson, Instituto Robert Koch, Alemanha * Lloyd Rollins, UMCOR (ACI), EUA * Berta Romero, *InterAction*, EUA * Giovanni Rufini, VOICE, Bélgica * Sharon Rusu, ACNUR, Suíça * Frank Rwakabwohe, Igreja do Uganda, Uganda * Serge Rwamashirabo, USAID, Ruanda * Salomon S Sanny, *Association Beninoise de Lutte Contre La Faim et La Misère du Peuple* (Associação do Benin de Luta Contra a Fome e a Miséria do Povo), República do Benin * Muhodzic Sanela, PMA, Sarajevo * Baldo Santo Lucherini, Caritas, Chile * David Shearer, Instituto para Estudos Estratégicos, Suíça * Ed Shenkenberg, CICV, Suíça * Shoko Shimosawa, ACNUR, Suíça * Christine Simon, Segurança Alimentar Regional EU/CE, Costa do Marfim * Hugo Slim, Universidade Oxford Brookes, Reino Unido * Gavic Smilijka, Centro para as Vítimas da Tortura, Sarajevo * Thomas Soderman, Cruz Vermelha Sueca * Holly Solberg, CARE, EUA * Jacques Stroun, CICV * Meinrad Studer, CICV * Jane Swan, *InterAction*, EUA * Brita Sydhoff, Conselho Norueguês para os Refugiados, Suíça * Julia Taft, Organismo Norte-americano para a População, Refugiados e Migrações, EUA * Nermina Tankovic, Projecto Esfera, Bósnia/Reino Unido * Yousef Tariq, Conselho Irlandês para os Refugiados * John Telford, consultor independente, Irlanda * Niall Tobis, *Trocaire*, Irlanda * Susan Toole, Comissão das Mulheres para as Crianças e Mulheres Refugiadas, EUA * Luc Trouillard, Caritas Internacional * Herman Van Aken, *Dutch Interchurch Aid/Stichting Oecumenische Hulp* (ACI), Holanda * Sergio Veira de

Mello, UNOCHA, EUA * Rudy Von Bernuth, *Save the Children Fund*, EUA * Carlo Von Flue, CICV * Margareta Wahlstrom, FICV, Suíça * Bill Warnock, *World Vision*, Sarajevo * John Watt, FICV, Suíça * Peter Webber, CARE, Guiné * George Weber, FICV, Suíça * Merri Weinger, OMS, Suíça * Hannah Weiss, Projecto Esfera, EUA/Suíça * Thomas Weiss, Universidade de Brown, EUA * Monica Wernette, UNAIDS, Suíça * Joe William, Caritas, Sri Lanka * Chandran Williams, YGRO Ltd., Sri Lanka * Roy Williams, USAID, EUA * June Wyer, Conselho Mundial de Igrejas (ACI), Reino Unido * Robert Yallop, CARE, Austrália * Jennifer Yumie Song, Projecto Esfera, EUA/Coreia * Anthony Zwi, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido * Médicos do Mundo, França, Costa do Marfim, Espanha, EUA * AMREF, Quênia, EUA * *Canadian Food Grains Bank*, Canadá * *Church World Service* (ACI), EUA * DROP, Índia * ENDA-Tiers Monde, Senegal * Auxílio das Igrejas Unidas da Hungria (ACI), Hungria * KWAHO, Quênia * Escola de Economia de Londres * Ministério da Saúde, Benin * Ministério da Saúde, Tanzânia * Ministério da Água, Zâmbia * Centro Nacional de Gestão em Situações de Desastre, Índia * Conselho Económico Nacional, Malawi * Comité das Organizações Não Governamentais (NGOCC), Zâmbia * Auxílio da Igreja Norueguesa (ACI), Noruega * SMSF, Zaire * Companhia das Águas e Esgotos, Gana

Organismos que participaram no Projecto Esfera

Comité Directivo de Resposta Humanitária

CARE Internacional (CARE Austrália, CARE Áustria, CARE Canadá, CARE Dinamarca, CARE França, CARE Alemanha, CARE Itália, CARE Japão, CARE Noruega, CARE Reino Unido, CARE EUA) * *Caritas Internationalis* * Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho * Aliança Internacional *Save the Children* * Médicos Sem Fronteiras Internacional (MSF Bélgica, MSF França, MSF Holanda, MSF Espanha, MSF Reino Unido, MSF EUA) * Oxfam * Federação Luterana Mundial (ACI) * Aliança *Save the Children* * Conselho Mundial de Igrejas (ACI)

Membros *InterAction*

Acção Contra a Fome * Agência Internacional Adventista para o Desenvolvimento e Auxílio * Fundação Africana de Investigação e

Medicina * *Africare* * Fundação Aga Khan EUA * *American Friends Service Committee* * *American Jewish Joint Distribution Committee, Inc* * Serviço Judeu Norte-americano Internacional * Auxílio Norte-americano aos Refugiados do Próximo Oriente * Cruz Vermelha Norte-americana, Departamento de Serviços Internacionais * Comité Norte-americano para os Refugiados * *Ananda Marga Universal Relief Team* * Aliança Mundial Baptista (ACI) * CARE * *Catholic Medical Mission Board, Inc* * Serviços de Ajuda Católicos - USCC * Fundação para a Saúde da Criança * *Children's Survival Fund, Inc* * Fundo Cristão para a Criança * Comité Cristão Reformista de Auxílio Mundial * *Church World Service, Inc (ACI)* * Conselho das Federações Judias * *Counterpart International, Inc* * *Direct Relief International* * Médicos do Mundo * Médicos Sem Fronteiras EUA / MSF-EUA * Igreja Episcopal dos EUA (ACI) * Fundo Episcopal para o Auxílio Mundial (ACI) * *Food for the Hungry International* * Amigos da Libéria * *Grassroots International* * *Interchurch Medical Assistance, Inc* * *International Aid, Inc* * *International Executive Service Corps* * *International Medical Corps* * Caridade Cristã Ortodoxa Internacional (ACI) * Comité Internacional de Auxílio * Agência Islâmica Africana de Auxílio EUA * Latter-day Saint Charities * Serviços de Ajuda Luteranos(ACI) * *MAP International* * *Mercy Corps International* * *National Peace Corps Association* * *OIC International* * *Operation EUA* * *Oxfam America* * *Planning Assistance* * *Points of Light Foundation* * *Refugees International* * *Relief International* * Departamento de Serviços Mundiais do Exército de Salvação * *Save the Children* * *Service and Development Agency, Inc* * Fundação SHARE: Construindo um Novo El Salvador Hoje * *Solar Cookers International* * Comité de Serviços Unitários Universalistas * *United Israel Appeal* * Comité de Apoio dos Metodistas Unidos (ACI) * Comité Norte-americano para os Refugiados * Comité Norte-americano para a UNICEF * Voluntários na Assistência Técnica * Organismo para o Auxílio Internacional * *World Vision Relief and Development*

Comité Internacional da Cruz Vermelha

Membros VOICE

Osterreichisches Hilfswerk International * *SOS Kinderdorf International* * *World Vision-GEV* * *Caritas Secours International* * *Handicap International Bureau De Liaison* * *Oxfam Solidarité en Belgique* * *ASF Dansk Folkehjælp* * *Danchurchaid (ACI)* * Conselho Dinamarquês para

os Refugiados * *Suemen World Vision* * Acção Contra a Fome * Ajuda Médica Internacional * ATLAS * *France Libertés* * Médicos do Mundo Internacional * Farmacêuticos Sem Fronteiras * *Secours Catholique/Caritas France* * *Secours Populaire Français* * *Triangle "Generation Humanitaire"* * Agência Adventista de Desenvolvimento e Solidariedade * *Arbeiter-Samartiter-Bund Deutschland E V* * *Caritas Deutsche* * *Deutsche Welthungerhilfe E V* * *Diakonie Emergency Aid (ACI)* * *Johanniter-Unfall-Hilfe E V* * *Malteser Hilfsdienst E V* * *Medico International E V* * *World Vision Deutschland E V* * *Concern Worldwide* * GOAL * Trocaire * *World Vision Ireland* * *Associazione Amici dei Bambini* * *Associazione Volontari per il Servizio Internazionale-Milano* * *Centro Regionale d'Intervento per la Cooperazione-CRIC* * *Cesvi-Cooperazione e Sviluppo* * *Comitato Collaborazione Medica* * *Coordinamento delle Organizzazioni Non Governative per la Cooperazione Inernazionale allo Sviluppo* * *Comitato di Cordinamento delle Organizzazioni per il Servizio Volontario* * *Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli* * *Comitato Italiano Permanente Emergenze Oltremare* * *Cooperazione Internazionale* * *Intersos* * *Movimento Laici Americo Latina* * *Movimondo* * *Volontari Nel Mondo-FOCSIV* * *Caritas-NL* * Agência Holandesa de Auxílio e Reabilitação * Auxílio das Igrejas Unidas da Holanda (ACI) * *Memisa Medicus Mundi* * *World Vision Nederland* * *ZOA Refugee Care* * *Norwegian People's Aid* * Assistência Médica Internacional * *Caritas* * *Medicus Mundi Navarra* * Movimento pela Paz, Desarmamento e Liberdade * Paz e Terceiro Mundo * *Caritas-Sverige* * *Lutherhjälpen Church Of Sweden Aid (ACI)* * *PMU Interlife* * *Star of Hope International* * Acção Conjunta das Igrejas (ACI) * Federação Luterana Mundial (ACI) * *ActionAid* * CAFOD * Auxílio Cristão Reino Unido (ACI) * *Concern Universal* * *Health Unlimited* * *Helpage International* Reino Unido * *Mercy Corps International/Scottish European Aid* * *Oxfam GB* * *Save the Children Fund UK* * *Tear Fund UK* * *World Vision UK* * Comité Internacional de Auxílio

Membros do ICVA

ActionAid * Agência Adventista para o Desenvolvimento e Auxílio, Internacional * Gabinete Afegão para a Coordenação das ONGs * Acção Africana Humanitária * Associação Africana para Alfabetização e Educação de Adultos * Conferência das Igrejas de toda a África (ACI) * *Amel Association* * Comité Conjunto Norte-americano de Distribuição * Fundação da Anatólia para o Desenvolvimento * Instituto Asiático para o

Desenvolvimento Rural * Coligação Asiática de ONGs para a Reforma Agrária e Desenvolvimento Rural * Associação Latino-americana das Organizações de Promoção * Associação Latino-Americana para os Direitos Humanos * Associação Nacional de Centros de Investigação, Promoção Social e Desenvolvimento * Associação Regional para as Migrações Forçadas * Associação do Benin de Luta Contra a Fome e a Miséria do Povo * Associação das Agências de Desenvolvimento do Bangladesh * Associação para Quintas Sarva Seva * Associação para o Desenvolvimento Social * Associação das Agências Voluntárias para o Desenvolvimento Rural * Conselho Australiano para o Desenvolvimento Ultramarino * Conselho Britânico para os Refugiados * Conselho Canadano para a Cooperação Internacional * Conselho Canadano para os Refugiados * CARE Internacional * CARE EUA * Associação Chinesa de Apoio aos Refugiados * *Christian Children's Fund, Inc.* * Associação Cristã para o Auxílio e Desenvolvimento (ACI) * *Church World Service* (ACI) * Confederação das ONGs Ambientais e de Desenvolvimento da África Central * Conselho das Organizações Não-governamentais de Apoio ao Desenvolvimento * Conselho de Educação de Adultos da América Latina * Conselho das Instituições de Desenvolvimento * Convergência de Organismos Cívicos para a Democracia * Coordenação de ONGs e Cooperativas para o Acompanhamento da População Afectada pelo Conflito Armado Interno * Conselho Dinamarquês para os Refugiados * Diakonia (ACI) * EMO-BARAKA, *Union Pour la Promotion du Paysan* * Encontro de Entidades Não-Governamentais para o Desenvolvimento * Centro da Igreja Episcopal nos EUA (ACI) * *Equilibre Suisse* * Associação Europeia das Organizações Não Governamentais para a Ajuda Alimentar e o Auxílio em Situações de Emergência * Federação dos Organismos Não Governamentais da Nicarágua * *Feed the Children International* * Fórum das Organizações Voluntárias Africanas para o Desenvolvimento * Fundação Augusto Cesar Sandino * União Geral das Sociedades Voluntárias * *Gonoshahajjo Sangstha* * *Handicap International* * *Human Appeal International* * Instituto da Juventude e Desenvolvimento da Índia * *Individuell Manniskohjelp* * *InterAction* * *Inter-Africa Group* * *InterAid International* * Comissão Católica Internacional para as Migrações * Organização Internacional Islâmica de Auxílio * Comité Internacional de Auxílio * Serviço Social Internacional * Agência Islâmica de Auxílio * Apoio Jesuíta aos Refugiados * Fórum Libanês das ONGs * Fórum LINK-NGO * Serviços Luteranos para a Imigração e Refugiados * Federação

Luterana Mundial (ACI) * Conselho Maurício dos Serviços Sociais * Conselho Nacional de ONGs do Sri Lanka * Organização dos Países-Baixos para a Cooperação no Desenvolvimento Internacional * Comité de Coordenação das Organizações Não Governamentais * Conselho Norueguês para os Refugiados * Organização para o Desenvolvimento Industrial, Espiritual e Cultural Internacional * PACS/PRIES/Instituto Políticas Alternativas para o Cone Sul * ONGs de Desenvolvimento Internacional das Filipinas * Fundo *Queen Alia* para o Desenvolvimento Social * Rede Africana para o Desenvolvimento Íntegro * Fundação Paquistanesa para o Desenvolvimento Rural * *Lanka Jathika Sarvodaya Shramadana Sangamaya Inc* * *Secours Populaire Français* * União Geral das Mulheres Sudanesas * Associação Voluntária para a Saúde da Índia * Conselho Mundial das Igrejas (ACI) * *World University Service*/Serviço Universitário Mundial * *World Vision International* * Yayasan Indonesia Sejahtera

Membros associados do ICVA

Programa de Estudos sobre os Refugiados, Universidade de Oxford * *Caritas Internationalis* * Comité Internacional da Cruz Vermelha * Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho * Médicos do Mundo * Médicos Sem Fronteiras Internacional

4 *Resumo das Normas* *Mínimas*

Esta secção apresenta um quadro geral das normas mínimas aplicáveis relativamente a cada um dos cinco sectores considerados nos capítulos 1 a 5: abastecimento de água e saneamento, nutrição, ajuda alimentar, abrigo e planeamento de alojamentos e cuidados médicos. Cada capítulo contém indicadores, notas de orientação e outras informações pertinentes, indispensáveis para facilitar a interpretação e a aplicação das normas.

Normas Mínimas em Matéria de Abastecimento de Água e Saneamento

1 Análise

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Todas as decisões relativas ao programa devem basear-se numa compreensão profunda da situação de emergência e numa análise precisa dos riscos e das necessidades em matéria de saúde relacionados com o abastecimento de água e saneamento.

Norma 2 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento do programa de abastecimento de água e saneamento, a sua eficácia para fazer frente aos problemas de saúde relacionados com a água e o saneamento, e as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Norma 3 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

2 Abastecimento de Água

Norma 1 relativa ao abastecimento de água: acesso à água e quantidade disponível

Todas as pessoas devem ter acesso seguro a uma quantidade de água suficiente para beber, cozinhar e para a higiene pessoal e doméstica. Os locais públicos de abastecimento de água devem estar suficientemente perto dos abrigos para possibilitar o consumo da quantidade mínima de água indispensável.

Norma 2 relativa ao abastecimento de água: qualidade da água

A água no local de abastecimento deve ter bom sabor e ser de qualidade suficiente para ser bebida e para a sua utilização na higiene pessoal e doméstica sem riscos significativos para a saúde, ocasionados por doenças transmitidas pela água ou pela contaminação química ou radiológica verificada a curto prazo.

Norma 3 relativa ao abastecimento de água: instalações e bens para o consumo de água

As pessoas devem dispor de instalações e bens adequados para recolher, armazenar e utilizar quantidades suficientes de água para beber, cozinhar e para a higiene pessoal, bem como para que a água potável se mantenha segura até ao momento de ser consumida.

3 Evacuação de Excrementos

Norma 1 relativa à evacuação de excrementos: número de latrinas e acesso

As pessoas devem dispor de um número suficiente de latrinas, situadas suficientemente perto das suas casas para terem um acesso rápido, seguro e aceitável em qualquer momento do dia e da noite.

Norma 2 relativa à evacuação de excrementos: concepção e construção

As pessoas devem ter acesso a latrinas concebidas, construídas e mantidas de tal modo que sejam higiénicas, seguras e cómodas.

4 Luta Antivectorial

Norma 1 relativa à luta antivectorial: protecção pessoal e familiar

As pessoas devem dispor de meios para se protegerem dos vectores causadores de doenças e dos animais nocivos quando se considere que estes representam um perigo importante para a saúde e para o bem-estar.

Norma 2 relativa à luta antivectorial: medidas de protecção física, ambiental e química

O número de vectores causadores de doenças e de animais nocivos que representam um risco para a saúde e o bem-estar humanos deve ser mantido a um nível aceitável.

Norma 3 relativa à luta antivectorial: prática adequada na aplicação de métodos químicos de luta antivectorial

As medidas de luta antivectorial com recurso a pesticidas são aplicadas em conformidade com as normas internacionais acordadas para garantir a protecção adequada do pessoal, das pessoas afectadas pelo desastre e do meio-ambiente local, bem como para evitar a criação de resistência aos pesticidas.

5 Gestão dos Detritos Sólidos

Norma 1 relativa à gestão dos detritos sólidos: recolha e eliminação

As pessoas devem viver num meio que esteja aceitavelmente isento de contaminação por detritos sólidos, incluindo detritos médicos.

Norma 2 relativa à gestão dos detritos sólidos: contentores/ poços para detritos sólidos

As pessoas devem dispor de meios para eliminarem os seus detritos domésticos de maneira conveniente e eficaz.

6 Escoamento

Norma 1 do escoamento: obras de escoamento

As pessoas devem viver num meio que esteja aceitavelmente isento do risco de erosão hídrica e de águas paradas, incluindo as águas da chuva e das cheias, as águas de uso doméstico e as águas das instalações médicas já utilizadas.

Norma 2 relativa ao escoamento: instalações e ferramentas

As pessoas devem dispor de meios (instalações, ferramentas, etc.) para eliminar de maneira conveniente e eficaz as águas de uso doméstico e as águas já utilizadas dos pontos de abastecimento de água, e para proteger os seus abrigos e outras instalações familiares ou colectivas das inundações e da erosão.

7 Fomento da Higiene

Norma 1 relativa ao fomento da higiene: hábitos de higiene e uso das instalações

Todos os sectores da população afectada devem estar cientes das principais práticas de higiene que implicam maiores riscos para a saúde e ser capazes de modificá-las. Contarão com informação e recursos adequados para utilizar as instalações de abastecimento de água e saneamento com o objectivo de proteger a sua saúde e a sua dignidade.

Norma 2 relativa ao fomento da higiene: implementação do programa

Em todas as instalações e recursos fornecidos serão tidas em conta as vulnerabilidades, as necessidades e as preferências de todos os sectores da população afectada. Os utilizadores devem participar na gestão e manutenção das instalações de higiene, quando apropriado.

8 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de abastecimento de água e saneamento são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Normas Mínimas em Matéria de Nutrição

1 Análise

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Todas as decisões relativas ao programa devem basear-se numa compreensão profunda da situação em matéria de nutrição e das condições que podem criar riscos de subnutrição.

Norma 2 relativa à análise: resposta

Se for necessária uma intervenção em matéria de nutrição, deve-se poder contar com uma clara descrição do(s) problema(s) e com uma estratégia documentada para a resposta.

Norma 3 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento e a eficácia do programa de nutrição, bem como as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Norma 4 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

2 Apoio Geral à População em Matéria de Nutrição

Norma 1 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: fornecimento de nutrientes

As necessidades nutricionais da população devem ser satisfeitas.

Norma 2 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: qualidade e segurança dos alimentos

Os alimentos distribuídos devem ser de qualidade satisfatória e devem ser manipulados de forma segura para estarem aptos para o consumo humano.

Norma 3 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: aceitabilidade dos alimentos

Os alimentos fornecidos devem ser apropriados e aceitáveis para toda a população.

Norma 4 relativa ao apoio geral em matéria de nutrição: manipulação e segurança dos alimentos

Os alimentos devem ser armazenados, preparados e consumidos de maneira apropriada e segura, tanto ao nível do agregado familiar como da comunidade.

3 Apoio Nutricional aos que Sofrem de Subnutrição

Norma 1 relativa ao apoio nutricional específico: subnutrição moderada

Os riscos para a saúde pública relacionados com a subnutrição moderada são reduzidos.

Norma 2 relativa ao apoio nutricional específico: subnutrição grave

A mortalidade, a morbilidade e o sofrimento relacionados com a subnutrição grave são reduzidos.

Norma 3 relativa ao apoio nutricional específico: carências de micronutrientes

As carências de micronutrientes são corrigidas.

4 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Norma 1 da capacidade: competência

As intervenções no âmbito da nutrição são implementadas por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Norma 2 da capacidade: apoio

Os membros da população afectada pelo desastre devem receber apoio para se adaptarem ao seu novo ambiente e para poderem aproveitar ao máximo a assistência prestada.

Norma 3 da capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de nutrição devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Normas Mínimas em Matéria de Ajuda Alimentar

1 Análise

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Antes de tomar quaisquer decisões relativas ao programa, existe uma compreensão profunda das condições essenciais que podem criar riscos de insegurança e necessidade de ajuda alimentar.

Norma 2 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento e a eficácia do programa de ajuda alimentar, bem como as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Norma 3 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

2 Necessidades

Norma relativa às necessidades

A cesta de alimentos e as rações são concebidas para que compensem a diferença entre as necessidades de alimentos da população afectada e os alimentos que esta pode obter através das suas próprias fontes.

3 Selecção de beneficiários

Norma relativa à selecção de beneficiários

Os beneficiários da ajuda alimentar devem ser seleccionados tendo em conta as suas necessidades de alimentos e/ ou a sua vulnerabilidade em relação à insegurança alimentar.

4 Gestão dos Recursos

Norma relativa à gestão dos recursos

A gestão, o acompanhamento e a prestação de contas dos produtos e fundos dos programas de ajuda alimentar serão feitos em conformidade com um sistema transparente e verificável.

5 Logística

Norma relativa à Logística

As organizações devem ter a capacidade técnica e organizacional necessária para se ocupar da compra, recepção, transporte, armazenamento e distribuição dos produtos alimentares de forma segura, eficaz e eficiente.

6 Distribuição

Norma relativa à distribuição

O método de distribuição de alimentos deve ser equitativo e adequado às condições locais. Os beneficiários devem ser informados da razão a que têm direito e da sua justificação.

7 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de ajuda alimentar são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Norma 2 relativa à capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de ajuda alimentar devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Normas Mínimas em Matéria de Abrigo e Planeamento dos Locais de Alojamento

1 Análise

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

Todas as decisões relativas ao programa devem basear-se numa compreensão profunda da situação de emergência e numa análise precisa das necessidades das pessoas em matéria de abrigo, roupa e artigos domésticos.

Norma 2 relativa à análise: controlo e avaliação

O funcionamento do programa de abrigo e planeamento dos locais de alojamento e as alterações do contexto geral, devem ser controlados e avaliados.

Norma 3 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

2 Habitação (Abrigo)

Norma 1 relativa à habitação: condições de residência

As pessoas devem dispor de espaço coberto suficiente para se proteger dos efeitos adversos do clima. Devem gozar de condições adequadas de calor, ar fresco, segurança e privacidade para garantir a sua dignidade, saúde e bem-estar.

3 Roupa

Norma relativa à roupa

As pessoas afectadas pela situação de desastre devem ter roupas e cobertores em quantidade suficiente para se proteger dos efeitos adversos do clima e garantir a sua dignidade, segurança e bem-estar.

4 Artigos Domésticos

Norma 1 relativa aos artigos domésticos: artigos para uso doméstico e apoio à subsistência

As famílias devem ter acesso a utensílios de uso doméstico, sabão para a higiene pessoal e ferramentas de trabalho para garantir a sua dignidade e bem-estar.

Norma 2 relativa aos artigos domésticos: preocupações ambientais

São fornecidos fogões de cozinha e utensílios que permitam economizar combustível, e a sua utilização é fomentada.

5 Selecção e Planeamento de Locais de Alojamento

Norma 1 relativa aos locais de alojamento: selecção do local de alojamento

O local de alojamento deve ser apropriado para albergar o número de pessoas envolvidas.

Norma 2 relativa aos locais de alojamento: planeamento dos locais de alojamento

O planeamento dos locais de alojamento atribui espaço suficiente às zonas onde se albergam os agregados familiares e favorece a segurança e o bem-estar das pessoas. Assegura também o fornecimento efectivo e eficaz de serviços e acesso interno.

Norma 3 relativa aos locais de alojamento: segurança

A selecção e o planeamento dos locais de alojamento devem permitir que toda a população afectada desfrute de um grau suficiente de liberdade e segurança pessoal.

Norma 4 relativa aos locais de alojamento: preocupações ambientais

O local de alojamento é planeado e administrado de modo a que os danos para o meio ambiente sejam reduzidos ao mínimo.

6 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de abrigo e alojamento são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Norma 2 da capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de abrigo e alojamento devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

Normas Mínimas em Matéria de Cuidados Médicos

1 Análise

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

A avaliação inicial determina com a maior precisão possível os efeitos na saúde de uma situação de desastre, identifica as necessidades em matéria de saúde e estabelece prioridades para os programas de saúde.

Norma 2 relativa à análise: sistema de informação sanitária - recolha de dados

O sistema de informação sanitária deve recolher com regularidade dados pertinentes sobre população, doenças, ferimentos, condições ambientais e cuidados médicos num formato normalizado, a fim de detectar os principais problemas de saúde.

Norma 3 relativa à análise: sistema de informação sanitária - exame dos dados

Os dados do sistema de informação sanitária e as mudanças ocorridas na população afectada devem ser examinados e analisados regularmente com o fim de tomar decisões e dar uma resposta apropriada.

Norma 4 relativa à análise: sistema de informação sanitária - controlo e avaliação

Os dados recolhidos devem ser utilizados para avaliar a eficácia das intervenções na luta contra as doenças e na preservação da saúde.

Norma 5 relativa à análise: participação

A população afectada por um desastre deve ter a oportunidade de participar na concepção e implementação do programa de assistência.

2 Luta Contra o Sarampo

Norma 1 relativa à luta contra o sarampo: vacinação

Nas populações afectadas por situações de desastre, todas as crianças de seis meses a 12 anos de idade devem receber o mais depressa possível uma dose de vacina contra o sarampo e uma dose apropriada de vitamina A.

Norma 2 relativa à luta contra o sarampo: vacinação dos recém-chegados

Os recém-chegados às povoações de pessoas deslocadas devem ser vacinados sistematicamente. Todas as crianças de 6 meses a 12 anos de idade devem receber uma dose de vacina contra o sarampo e uma dose apropriada de vitamina A.

Norma 3 relativa à luta contra o sarampo: controlo dos surtos

Deve-se organizar uma resposta sistemática perante cada surto de sarampo entre a população afectada pela situação de desastre e entre a população da comunidade anfitriã.

Norma 4 relativa à luta contra o sarampo: tratamento de casos

Todas as crianças que contraem o sarampo devem receber cuidados médicos adequados para evitar sequelas graves ou morte.

3 Luta Contra Doenças Transmissíveis

Norma 1 relativa à luta contra doenças transmissíveis: controlo

O aparecimento de doenças transmissíveis deve ser controlado.

Norma 2 relativa à luta contra doenças transmissíveis: investigação e controlo

As doenças que possam dar lugar a epidemias devem ser investigadas e controladas, de acordo com as normas e padrões aceites internacionalmente.

4 Serviços de Cuidados Médicos

Norma 1 relativa aos serviços de cuidados médicos: cuidados médicos apropriados

Os cuidados médicos de emergência das populações afectadas por uma situação de desastre devem basear-se numa avaliação inicial e em dados procedentes de um sistema de informação sanitária em funcionamento, e servir para reduzir o nível excessivo de mortalidade e morbidade graças a cuidados médicos apropriados.

Norma 2 relativa aos serviços de cuidados médicos: redução da morbidade e da mortalidade

Os cuidados médicos em situações de emergência devem ajustar-se aos princípios dos cuidados médicos básicos (CMB) e devem ser orientados para os problemas de saúde que provocam um nível excessivo de morbidade e mortalidade.

5 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

Norma 1 da capacidade: competência

Os programas de cuidados médicos são implementados por funcionários com qualificações e experiência adequados para o cumprimento dessas tarefas e que são dirigidos e apoiados de forma correcta.

Norma 2 da capacidade: apoio

Os membros da população afectada pelo desastre devem receber apoio para se adaptarem ao seu novo ambiente e para poderem aproveitar ao máximo a assistência prestada.

Norma 3 da capacidade: capacidade local

Nos programas de emergência em matéria de cuidados médicos devem-se utilizar e desenvolver as capacidades e as competências locais.

5 Código de Conduta Relativo ao Auxílio em Casos de Desastre para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (NGOs)

Elaborado em conjunto pela Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e pelo CICV¹

Objectivo

O objectivo deste Código de Conduta é preservar as nossas normas de comportamento. Não trata dos detalhes das operações, como por exemplo a forma de calcular as rações alimentares ou de estabelecer um acampamento de refugiados. O seu objectivo é, essencialmente, manter os elevados níveis de independência, eficácia e resultados que procuram alcançar as organizações não-governamentais (ONGs) e o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho nas suas intervenções em situações de desastre. É um código de carácter voluntário, a respeitar por todas as organizações não-governamentais que o subscrevam, movidas pelo desejo de manter as normas nele estabelecidas.

Nota

1. Patrocinadores: Caritas Internationalis*, Catholic Relief Services (Serviços Católicos de Auxílio)*, Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho*, Aliança Internacional Save the Children *, Federação Luterana Mundial*, Oxfam*, The World Council of Churches (Conselho Mundial de Igrejas)*, Comité Internacional da Cruz Vermelha. (* membros do Comité Directivo para a Resposta Humanitária)

Em caso de conflito armado, este Código de Conduta será interpretado e aplicado em conformidade com o direito humanitário internacional.

O Código de Conduta é apresentado primeiro. Nos três anexos seguintes é descrito o ambiente de trabalho que gostaríamos de ver criado pelos Governos Anfitriões, pelos Governos Doadores e pelas Organizações Intergovernamentais de modo a facilitar a prestação eficaz de assistência humanitária.

Definições

ONGs: ONGs (Organizações Não-Governamentais) refere-se aqui a todas as organizações, tanto nacionais como internacionais, constituídas separadamente do governo do país em que foram fundadas.

ONGHs: Para efeitos deste documento, o termo Organizações Não-Governamentais de Carácter Humanitário (ONGHs) foi criado para designar os membros do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho - o Comité Internacional da Cruz Vermelha, a Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Sociedades Nacionais que a constituem - e as ONGs acima definidas. Este Código refere-se em particular às organizações não-governamentais de carácter humanitário que se ocupam da prestação de assistência em situações de desastre.

OIGs: OIGs (Organizações Intergovernamentais) refere-se aqui às organizações constituídas por dois ou mais governos. Assim, engloba todas as organizações das Nações Unidas e as organizações regionais.

Desastres: Um desastre é um acontecimento calamitoso que provoca perdas de vidas humanas, enorme sofrimento e angústia, e prejuízos materiais em grande escala.

O Código de Conduta

Princípios de Conduta para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) em Programas de Resposta Humanitária em Situações de Desastre

1 Em primeiro lugar está o dever humanitário

O direito a receber e a oferecer assistência humanitária constitui um princípio humanitário fundamental que assiste a todos os cidadãos de todos os países. Na qualidade de membros da comunidade internacional, reconhecemos a nossa obrigação de prestar assistência humanitária onde quer que seja necessária. Daí a importância do livre acesso às populações afectadas no cumprimento dessa responsabilidade. A principal motivação da nossa resposta em situações de desastre é aliviar o sofrimento humano entre aqueles que estão menos preparados para suportar as consequências de um desastre. A ajuda humanitária que prestamos não responde a interesses partidários nem políticos e não deve ser interpretada nesse sentido.

2 A assistência prestada não está condicionada pela raça, pela religião ou pela nacionalidade dos beneficiários, nem por qualquer outro tipo de distinção. A ordem de prioridade da assistência é estabelecida unicamente em função das necessidades existentes

Sempre que possível, a prestação de auxílio deverá fundamentar-se numa avaliação minuciosa das necessidades das vítimas do desastre e da capacidade de fazer frente a essas necessidades com os meios disponíveis no local. Na totalidade dos nossos programas, reflectimos as considerações pertinentes relativamente à proporcionalidade. O sofrimento humano deve ser aliviado onde quer que exista; a vida tem tanto valor numa parte do país, como noutra qualquer. Por conseguinte, a assistência que prestarmos será definida em função do sofrimento que se propõe mitigar. Ao aplicar esta abordagem, reconhecemos o papel fulcral que desempenham as mulheres nas comunidades expostas a desastres, e garantimos que nos nossos programas de assistência esse papel é apoiado e não reduzido. A

implementação de tal política universal, imparcial e independente só será efectiva se nós e os nossos associados pudermos dispor dos recursos necessários para proporcionar essa assistência equitativa e ter igual acesso a todas as vítimas de desastres.

3 A assistência não será utilizada para favorecer uma determinada posição política ou religiosa

A assistência será prestada de acordo com as necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Independentemente do direito de filiação política ou religiosa que assiste a todas as organizações não-governamentais de carácter humanitário, afirmamos que a assistência que prestarmos não obriga de modo algum os beneficiários a subscrever esses pontos de vista. Não fazemos depender a promessa, a prestação ou a distribuição de assistência da adesão ou da aceitação de uma determinada doutrina política ou religiosa.

4 Tudo faremos para não actuar como instrumentos de política governamental externa

As organizações não-governamentais de carácter humanitário são organizações que actuam independentemente dos governos. Assim, formulamos as nossas próprias políticas e estratégias para a execução de actividades e não procuramos pôr em prática a política de nenhum governo, que só aceitamos na medida em que coincida com a nossa própria política independente. Nem nós, nem os nossos funcionários aceitaremos conscientemente - ou por negligência - ser utilizados para recolher informação de carácter político, militar ou económico que interesse particularmente aos governos ou a outros órgãos e que possa servir para fins diferentes dos estritamente humanitários, nem actuaremos como instrumentos da política externa de governos doadores. Utilizaremos a assistência recebida para satisfazer as necessidades existentes, sem que a motivação para a prestar seja a vontade de desfazer-se de produtos excedentários ou a intenção de servir os interesses políticos de um determinado doador. Valorizamos e encorajamos a doação voluntária de fundos e serviços por parte de pessoas interessadas em apoiar o nosso trabalho e reconhecemos a independência de acção promovida por essa motivação voluntária. A fim de proteger a nossa independência, procuraremos não depender de uma única fonte de financiamento.

5 Respeitaremos a cultura e os costumes locais

Tudo faremos para respeitar a cultura, as estruturas e os costumes das comunidades e dos países em que trabalhamos.

6 Procuraremos fomentar a capacidade de resposta em situações de desastre utilizando as capacidades e os meios disponíveis ao nível local

Mesmo em situações de desastre, todas as pessoas e comunidades possuem capacidades, bem como vulnerabilidades. Sempre que possível, procuraremos fortalecer esses meios e capacidades empregando funcionários locais, comprando materiais locais e negociando com empresas locais. Sempre que possível, trabalharemos em associação com organizações não-governamentais locais de carácter humanitário no planeamento e implementação de actividades e, quando necessário, cooperaremos com as estruturas governamentais. Concederemos prioridade elevada à coordenação adequada das nossas intervenções em situações de emergência. Este papel será desempenhado da melhor maneira nos países em causa por quem participe mais directamente nas operações de auxílio, incluindo os representantes das organizações competentes das Nações Unidas.

7 Serão encontradas formas para fazer participar os beneficiários dos programas na administração da assistência de auxílio

A assistência em situações de desastre nunca deve ser imposta aos beneficiários. O auxílio mais eficaz e a reabilitação mais duradoura podem ser alcançados mais facilmente quando os beneficiários participam na elaboração, na gestão e na implementação do programa de assistência. Iremos esforçar-nos para obter a plena participação da comunidade nos nossos programas de auxílio e reabilitação.

8 A assistência de auxílio terá por objectivo reduzir a vulnerabilidade futura a situações de desastre, bem como satisfazer as necessidades básicas

Todas as operações de auxílio têm influência no desenvolvimento a longo prazo, seja no sentido positivo ou negativo. Tendo isto presente, procuraremos implementar programas de auxílio que reduzam de modo concreto a vulnerabilidade dos beneficiários perante futuros desastres e

contribuam para criar modos de vida sustentáveis. Prestaremos particular atenção aos problemas ambientais na elaboração e na gestão de programas de auxílio. Procuraremos também reduzir ao mínimo as repercussões prejudiciais da assistência humanitária, evitando suscitar a dependência a longo prazo dos beneficiários relativamente à assistência externa.

9 Assumimos a prestação de contas perante aqueles que procuramos ajudar e perante as pessoas ou instituições de quem aceitamos recursos

Muitas vezes, funcionamos como vínculo institucional entre quem deseja prestar assistência e quem dela necessita durante as situações de desastre. Por conseguinte, devemos prestar contas a ambas as partes. Todas as nossas relações com os doadores e com os beneficiários reflectem uma atitude de abertura e transparência. Reconhecemos a necessidade de apresentar relatórios sobre as nossas actividades, tanto do ponto de vista financeiro como no que se refere à eficácia. Reconhecemos a obrigação de garantir uma supervisão adequada da distribuição da assistência e de realizar avaliações regulares sobre o impacto do auxílio em situações de desastre. Procuraremos também informar de maneira aberta sobre as repercussões do nosso trabalho e sobre os factores que as limitam ou as melhoram. Os nossos programas serão baseados em elevadas normas de conduta profissional e especialização, de forma a minimizar o desperdício de recursos valiosos.

10 Nas nossas actividades de informação, divulgação e publicidade reconheceremos as vítimas de desastres como seres humanos dignos e não como objectos sem esperança

Nunca deve perder-se o respeito pelas vítimas dos desastres, as quais devem ser consideradas como parceiros em pé de igualdade. Ao informar o público, deveremos apresentar uma imagem objectiva da situação de desastre e realçar as capacidades e aspirações das vítimas e não apenas a sua vulnerabilidade e os seus receios. Embora procuremos cooperar com os meios de comunicação social para suscitar uma maior resposta pública, não permitiremos que as exigências internas ou externas de publicidade se sobreponham ao princípio de maximização da assistência humanitária global. Evitaremos competir com outras organizações de auxílio para captar a atenção dos meios de comunicação social em situações em que isso possa prejudicar o serviço prestado aos beneficiários ou a sua segurança e a dos nossos funcionários.

O Ambiente de Trabalho

Tendo acordado unilateralmente respeitar o Código de Conduta acima exposto, apresentamos de seguida algumas directrizes indicativas que descrevem o ambiente de trabalho que gostaríamos de ver criado pelos governos doadores, pelos governos anfitriões e pelas organizações intergovernamentais - principalmente as organizações das Nações Unidas - a fim de facilitar a participação eficaz das organizações não-governamentais de carácter humanitário nos esforços de auxílio em situações de desastre.

Estas directrizes são apresentadas a título de orientação. Não se revestem de um carácter jurídico obrigatório e não esperamos que os governos e as organizações intergovernamentais expressem a sua aceitação mediante a assinatura de um documento, embora essa possa vir a ser uma meta futura. Apresentamos estas directrizes animados por um espírito de abertura e cooperação de maneira a que os nossos associados saibam qual o tipo de relação ideal que desejamos estabelecer com eles.

Anexo I : Recomendações aos governos de países afectados por desastres

1 Os governos deverão reconhecer e respeitar o carácter independente, humanitário e imparcial das organizações não-governamentais de carácter humanitário

As organizações não governamentais de carácter humanitário são organismos independentes. Os governos de países beneficiários deverão respeitar a sua independência e a sua imparcialidade.

2 Os governos de países beneficiários deverão facilitar o acesso rápido das organizações não-governamentais de carácter humanitário às vítimas dos desastres

Para que as organizações não-governamentais de carácter humanitário possam actuar plenamente de acordo com os seus princípios humanitários, deverá ser-lhes concedido o acesso rápido e imparcial às vítimas, com o objectivo de prestar assistência humanitária. Como parte do exercício da sua responsabilidade soberana, o governo anfitrião não deverá bloquear essa assistência, e terá de aceitar o carácter imparcial e apolítico do trabalho das organizações não-governamentais de carácter humanitário. Os governos dos

países beneficiários deverão facilitar a entrada rápida dos funcionários de auxílio humanitário, em particular mediante a derrogação de requisitos para a concessão de vistos de trânsito, entrada e saída, ou a simplificação do procedimento para a sua rápida obtenção. Os governos deverão conceder permissão para que os aviões que transportem fornecimentos e funcionários de auxílio possam sobrevoar o seu território e nele aterrar durante a fase de urgência da operação de auxílio.

3 Os governos deverão facilitar o fluxo oportuno dos artigos de auxílio e a circulação da informação durante as situações de desastre

Os fornecimentos e o equipamento de auxílio chegam a um país unicamente com o fim de aliviar o sofrimento humano e não para permitir a obtenção de benefícios ou ganhos comerciais. Em condições normais, esses fornecimentos deverão circular livremente e sem restrições e não estarão sujeitos à apresentação de facturas ou certificados de origem referendados por consulados, nem de licenças de importação e exportação, ou qualquer outra restrição, nem a direitos de importação, taxas de aterragem ou direitos portuários.

O governo do país afectado deverá facilitar a importação temporária do equipamento de auxílio necessário, incluindo veículos, aviões ligeiros e equipamento de telecomunicações, mediante a supressão temporária de restrições em matéria de autorizações ou certificados. Da mesma forma, uma vez finalizada uma operação de auxílio, os governos não deverão impor restrições à saída do equipamento importado.

Para facilitar as comunicações numa situação de emergência, convém que o governo do país afectado atribua certas frequências de rádio que as organizações de auxílio possam utilizar para as comunicações nacionais e internacionais que sejam necessárias durante a situação de desastre, e que dê a conhecer previamente essas frequências à comunidade que trabalha para dar resposta a essa situação. Os funcionários de auxílio deverão ser autorizados a utilizar todos os meios de comunicação necessários para as operações de auxílio.

4 Os governos procurarão proporcionar um serviço coordenado de informação e planeamento

O planeamento geral e a coordenação de esforços de auxílio cabem, em última instância, ao governo do país anfitrião. O planeamento e a coordenação

podem ser melhorados de maneira significativa se forem facultadas às organizações não-governamentais de carácter humanitário as informações oportunas sobre as necessidades de auxílio, bem como sobre os sistemas estabelecidos pelo governo para o planeamento e desenvolvimento das operações de auxílio e sobre os possíveis riscos em matéria de segurança. Pede-se aos governos que proporcionem essa informação às organizações não-governamentais de carácter humanitário.

Para facilitar a coordenação e a utilização eficazes dos esforços em matéria de auxílio, pede-se igualmente aos governos que, antes da ocorrência de um desastre, designem um ponto de contacto especial através do qual as organizações não-governamentais de carácter humanitário que intervenham para prestar assistência possam comunicar com as autoridades nacionais.

5 Auxílio em situações de desastre, motivado por conflitos armados

No caso de conflitos armados, as operações de auxílio serão governadas pelas disposições relevantes constantes no direito humanitário internacional.

Anexo II : Recomendações aos governos doadores

1 Os governos doadores deverão reconhecer e respeitar o carácter independente, humanitário e imparcial das organizações não-governamentais de carácter humanitário

As organizações não governamentais de carácter humanitário são organismos independentes. Os governos doadores deverão respeitar a sua independência e a sua imparcialidade e não usar as organizações não-governamentais de carácter humanitário com o intuito de promover quaisquer objectivos políticos ou ideológicos.

2 Os governos doadores deverão proporcionar fundos com a garantia de que respeitarão a independência das operações

As organizações não-governamentais de carácter humanitário aceitam fundos e assistência material dos governos doadores em conformidade com os mesmos princípios pelos quais se regem para os entregarem às vítimas dos desastres, ou seja, baseando-se para a sua acção unicamente nos critérios de humanidade e independência. No que se refere à sua implementação, as actividades de auxílio cabem, em última instância, à organização não-

governamental de carácter humanitário, e serão levadas a cabo de acordo com a política dessa organização.

3 Os governos doadores deverão empregar o seu poder de influência para ajudar as organizações não-governamentais de carácter humanitário a obter o acesso às vítimas de desastres

Os governos doadores deverão reconhecer a importância de aceitar um certo nível de responsabilidade no que toca à segurança e à liberdade de acesso dos funcionários da organização não-governamental de carácter humanitário às zonas sinistradas. Deverão estar dispostos a interceder por via diplomática, se necessário, perante os governos beneficiários relativamente a essas questões.

Anexo III : Recomendações às organizações intergovernamentais

1 As organizações intergovernamentais reconhecerão as organizações não-governamentais de carácter humanitário nacionais e estrangeiras como associadas de valor

As organizações não-governamentais de carácter humanitário estão dispostas a trabalhar com as Nações Unidas e com outras organizações intergovernamentais para prestar uma melhor assistência em situações de desastre. Obedecem a um espírito de associação que respeita a integridade e a independência de todos os associados. As organizações intergovernamentais devem respeitar a independência e a imparcialidade das organizações não-governamentais de carácter humanitário. As organizações das Nações Unidas deverão consultar as organizações não-governamentais de carácter humanitário na preparação de planos de auxílio.

2 As organizações intergovernamentais ajudarão os governos anfitriões a estabelecer um sistema geral de coordenação para o auxílio nacional e internacional em situações de desastre

Segundo o seu mandato, não costuma caber às organizações não-governamentais de carácter humanitário a coordenação geral exigida pela intervenção internacional em situações de desastre. Essa responsabilidade cabe ao governo anfitrião e às autoridades competentes das Nações Unidas.

Pede-se a estas entidades que proporcionem esse serviço no momento oportuno e de maneira eficaz, com o objectivo de ajudar o Estado afectado e a comunidade nacional e internacional a fazerem face ao desastre. De qualquer maneira, as organizações não-governamentais de carácter humanitário farão todos os esforços necessários para garantir a coordenação eficaz dos seus próprios serviços.

No caso de conflitos armados, as operações de auxílio serão governadas pelas disposições relevantes constantes no direito humanitário internacional.

3 As organizações intergovernamentais devem proporcionar às organizações não-governamentais de carácter humanitário as mesmas medidas de protecção da sua segurança proporcionadas às organizações das Nações Unidas

Sempre que se disponibilizem serviços de segurança para as organizações intergovernamentais, o seu alcance será alargado às organizações não-governamentais de carácter humanitário que actuem como suas associadas para as operações, quando tal for solicitado.

4 As organizações intergovernamentais devem assegurar às organizações não-governamentais de carácter humanitário o mesmo acesso a informação pertinente proporcionado às organizações das Nações Unidas

Pede-se às organizações intergovernamentais que partilhem todas as informações oportunas para a resposta efectiva à situação de desastre com as organizações não-governamentais de carácter humanitário a actuar como suas associadas nas operações de auxílio.

- abastecimento de água
 acesso 30, 31, 34, 52, 225, 300
 animais 32, 62
 assistência externa 22
 avaliação 26, 27-28, 299
 avaliações iniciais 20, 21-22, 23-25, 58-59, 299
 bibliografia 65-66
 cemitérios 47
 centros de saúde 32, 33-34, 62
 contaminação
 fecal 31, 52
 microbiológica 32-33
 química 33
 radiológica 33
 danificado 21
 declaração de práticas correctas 63-64
 desinfecção 31, 33, 34
 direitos legais 24
 escoamento 49-50
 fluxo 30
 formulário de notificação 268
 informação
 comunicação 27, 28
 disseminação 22, 26, 28
 recolha 23-24, 25
 latrinas 32, 39
 local de abrigo 30, 34, 190, 196, 199, 202
 localização 18
 métodos de análise 23-24
 mulheres
 recolha 34
 segurança 18, 22, 24, 27, 35
 normas mínimas 299-302
 normas nacionais 21
 participação 26, 28-29, 299
 período de recuperação 24
 pessoal, qualificações 56-57
 qualidade 19, 31, 52, 300
 quantidades
 animais 62
 centros de saúde 62
 hospitais 62
 latrinas 62
 normas mínimas 30, 52, 300
 recipientes 32, 53, 195
 recipientes para armazenamento 32, 34
 riscos para a saúde 21, 31, 32-33
 sabor 33
 transmissão de doenças 18
 verificação 25-26, 299
 abrigo
 ver também planeamento de locais de alojamento;
 selecção de locais de alojamento
 abastecimento de água 30, 34, 190, 196, 199, 202
 acampamentos espontâneos 201
 acesso a instalações de assistência médica 205
 avaliação 185, 186-187, 188, 307
 avaliações iniciais 180-184, 307
 bibliografia 212-213
 casas danificadas 192
 centros de acolhimento 200-201
 centros de passagem 200-201
 clima 189-191, 203
 cobertura em polietileno 191-192
 conhecimento de direitos 196, 200
 consciencialização em relação a doenças 192, 200, 203
 cooperação em segurança geral 206
 disponibilidade de combustível 182, 203, 208, 308
 envolvimento da comunidade 180, 183, 185, 187-188, 205, 307
 envolvimento multi-sectorial 180, 185, 186
 equidade 196
 fontes de informação 183, 186
 grupos de risco 184, 206-207
 guarda-fogos 204, 208
 impacto ambiental 192, 200, 203, 207-208, 308
 latrinas, acesso 36, 190
 métodos de análise 179-180
 movimento da população 182
 mulheres
 consulta 186, 187, 197, 210
 questões de segurança 177, 206
 normas mínimas 189-192, 307-309
 normas nacionais 180
 papéis segundo o género 184, 210
 perfil da população 181-182
 período de recuperação 184
 poços para o lixo 46
 população anfitriã 176, 185, 192, 204, 207
 povoações temporárias, planeadas 201
 questões de segurança 177, 181-182, 186, 205-207
 questões legais 184
 situações instáveis 185
 temporário 177
 tipos de povoações 200-201
 verificação 184-185, 268, 307
 acampamentos espontâneos 201
 acesso, nutrição 114
 adolescentes
 carências de ferro 93
 indicadores de subnutrição 117, 118-120
 nutrição 91, 92
 agentes humanitários 9, 273
 ajuda alimentar
 ver também subnutrição;
 micronutrientes; nutrição;
 vitaminas
 aceitabilidade 99-100, 101, 159
 acesso 114, 142, 148
 alerta atempado 166
 alimentos básicos 100
 armazenamento 99, 152-153
 aspecto religioso/cultural 100
 avaliação 143, 305
 avaliações iniciais 136-141, 167-168, 305
 bibliografias 123-125, 169-170
 capacidades locais 164, 306
 coeficientes de substituição 161
 compra 99, 148, 149
 contratos 152-153
 controlo de qualidade 98, 153
 coordenação 141, 144-145, 148
 desastres de impacto lento 148-149
 distribuição
 equitativa 161
 normas 141, 142, 159-160, 167, 306
 supervisão 162, 167
 distribuição de sementes 149
 documentação 152-154, 156-158, 164, 306
 envolvimento multi-
- sectorial 136, 142, 145, 158
 estratégias de conclusão 167
 farinha de milho integral 99, 103, 149
 fontes de informação 137, 139-140
 grupos de risco 140, 148, 151-152, 162
 impacto local 147, 148, 156, 167
 intervenções 137-138
 leite em pó 100, 101
 logística 152-154, 155-158, 306
 avaliação de desempenho 157-158
 cadeias de abastecimento 155-156
 gestão 156-157
 manuseamento 101-103, 141, 152-153
 métodos de análise 135, 139, 143
 mulheres
 consulta 141, 144-145, 160
 papéis 72, 80, 132
 normas mínimas 98-99, 133-134, 305-306
 participação 141, 144-145, 160-161, 305
 período de duração máxima 98
 período de recuperação 140, 166-167
 pessoal
 competência 110-111, 163-164, 165, 306
 recrutamento 163-164
 princípios 73, 132, 163-164
 processamento 103, 149
 Programa Mundial para a Alimentação 156-157
 questões de género 142, 144, 164, 196
 rações complementares 146
 rações gerais 146
 rações suplementares 146
 requisitos
 avaliação 82-83, 137-138, 157, 305
 factores 83, 138
 fornecimento 156-157
 não-nutricionais 84, 149, 195-197, 308
 normas 147
 requisitos para cozinhar 84, 149, 195-197, 308
 responsabilidade por perdas 152-153
 roubo 100, 152, 158
 segurança alimentar 116, 150-151
 segurança geral 80, 100, 142, 152-154, 158
 selecção de beneficiários 150-151, 305
 selecção de produtos 82, 149
 vendas de 100
 verificação 141-143, 305
 amamentação
 alternativas 96-97, 101
 apoio para 96, 101, 112
 nutrição 91, 92, 97, 101, 109
 transmissão de HIV 98
 animais
 abastecimento de água 32, 62
 abate 45, 47
 situações de emergência 140
 assistência humanitária 8, 273
 aumento médio de peso 114
 bebés
 amamentação 91, 96-97, 111-112
 transmissão de HIV 98
 edema nutricional 115, 117
 indicadores de subnutrição 117-120
 leite artificial 96-97, 102-103
 sarampo
 revacinação 239, 241
 suplemento de vitamina A 94-95, 239, 241
 vacinação 94, 237-241
 taxas de mortalidade [U-5MR] 225, 226, 227, 230, 233-234
 beribéri 93
 bibliografias
 abastecimento de água 65-66
 abrigo 212-213
 ajuda alimentar 123-125, 169-170
 doenças 258-260
 epidemia 258-259
 micronutrientes 123, 125
 mulheres 66, 124, 259-260
 nutrição 123-125, 169-170
 saneamento 65-66
 serviços de cuidados médicos 258-263
 violência sexual 259-260
 bócio 90, 91, 93, 95-96
 carência de ferro 93
 carência de iodo 90, 91, 93, 95-96
 Carta Humanitária
 introdução 1, 2-3
 princípios 6-7, 17, 71, 131, 175, 219, 279
 cemitérios
 fontes de água 47
 planeamento de locais de alojamento 205, 208
 tradições da população 47
 centros de acolhimento 200-201
 centros de assistência médica *ver* centros de saúde
 centros de passagem 200-201
 centros de saúde
 abastecimento de água 32, 33-34, 62
 acampamentos de quarentena 205
 deitros médicos 45, 46-47, 53
 clima
 abrigo 189-191
 roupa 193-194
 Código de Conduta
 ambiente de trabalho 318
 definições 313
 objectivo 312-313
 princípios 314-318
 recomendações
 organizações intergovernamentais 321-322
 países afectados 318-320
 países doadores 320-321
 coeficientes de substituição,
 ajuda alimentar 161
 cólera
 centros 62
 identificação 232
 restos mortais 47
 transmissão 246

- tratamento 246
 combatentes/não-combatentes, distinção 7, 10
 combustível, cozinha/cozinhar 102, 195, 196-197, 208, 308
 comunidades anfitriãs
 disseminação de informação às 28
 localização de abrigo 176, 185, 192, 203, 207
 níveis de nutrição 92
 relações com 24-25
 serviços de cuidados médicos 234
 contaminação através de fezes, abastecimento de água 31, 52
 contratos, ajuda alimentar 152-153
 controlo de pragas 40, 41, 45, 192
 Convenções de Genebra [1949] 7, 10
 Protocolos Adicionais [1977] 7, 10
 cozinha/cozinhar
 combustível 102, 195, 196-197, 208, 308
 utensílios 84, 149, 195-197, 308
 crianças
 bócio 95-96
 detritos médicos 46
 edema nutricional 115, 117-118
 fezes 38, 52
 indicadores de subnutrição 91-92, 117-118
 nutrição 71-72, 97
 roupa 193
 sarampo
 revacinação 239, 241
 suplemento de vitamina A 94-95, 239, 241
 vacinação 94, 237-241
 taxas de mortalidade [U-5MR] 225, 226, 227, 230, 233-234
 cuidados básicos de saúde [CBS] 220, 249-250, 311
 níveis 251-252
 pessoal 250, 252
 cuidados pré-natal 252
 desastres 273, 313
 desastres de impacto lento, ajuda alimentar 148-149
 desertores, alimentação terapêutica 114
 detritos
 avaliação inicial 46, 60-61
 domésticos 45, 53
 embalagem 46
 médicos 45, 46-47, 53
 mercado 45, 47
 normas mínimas 301
 participação 46
 diarreia
 comum, identificação 232
 saneamento 18
 tratamentos de rehidratação oral [TRO] 245
 direitos humanos
 a abastecimento de água 17
 a abrigo 175
 a alimentação 71, 131
 a dignidade 7
 a saneamento 17
 a saúde 219
 à vida 7
 direitos legais
 abastecimento de água 24
 saneamento 24
 disenteria 232, 246
 distribuição de sementes, com ajuda alimentar 149
 doenças
 bibliografia 258-260
 cólera 47, 62, 232, 246
 definições de casos 230-232
 diarreico 18, 232, 245, 246
 disenteria 232, 246
 epidemia 233, 242-245, 258-259
 esquistossomiase 53
 estratégias de prevenção 242-244
 febre recorrente 41, 43
 formulários de notificação 230-231, 264-265
 HIV/SIDA 98, 108, 246
 infecção respiratória aguda [IRA] 232, 245-246
 localização de abrigo 182, 192, 200
 malária 41, 43, 52-53, 232, 247
 medicamentos
 lista aprovada da OMS 244, 251
 não-aprovados 251
 resistentes a 246, 248
 meningite 232
 promoção da higiene 51-55
 promoção da saúde 244
 redução de riscos 244
 resistência a antibióticos 246
 saneamento 18, 43
 sarampo 94, 231, 237-241, 247, 310
 tifo 41, 43
 transmissíveis
 avaliações iniciais 243-244
 controlo 244, 310
 verificação 243, 310
 transmitidas por vectores 40-42
 doenças transmitidas por vectores 40
 água superficial 49
 avaliação inicial 60
 bibliografia 65
 controlos 40-42, 43
 avaliação 44
 indicadores do programa 43
 normas mínimas 301
 gestão de resíduos 43
 local de abrigo 42, 192
 malária 41, 43, 52-53
 pesticidas 41-42, 301
 risco de definição 42
 edema, nutricional 115, 117-118
 enterros 47, 193, 205, 208
 epidemia
 bibliografia 258-259
 controlo 233, 244, 245-247
 definição 245
 notificação 233
 prevenção 242
 verificação 243
 Equipamento de Saúde para Situações de Emergência, Novo 250-251
 escoamento
 avaliação inicial 61
 normas mínimas 49, 53, 302
 trabalhos 50, 53, 302
 escurbuto 93
 esquistossomiase 53
 estados, papéis dos 8-9
 estratégias de conclusão, ajuda alimentar 167
 evacuação de excrementos 36-39, 52
 ver também latrinas
 avaliação inicial 59-60
 contaminação da água 31
 controlo de doenças 43
 das crianças 38, 52
 escoamento 50
 normas mínimas 300
 farinha de milho integral 99, 103, 149
 febre recorrente 41, 43
 fezes *ver* evacuação de excrementos
 fornecimento de materiais 191, 196
 género
 definição 273
 papéis
 alimentação 72, 80, 132
 cuidados de saúde 227, 229, 256
 identificação 24, 80
 questões
 ajuda alimentar 144, 164, 196
 consciencialização do pessoal 56, 209
 gestão de resíduos sólidos *ver* evacuação de excrementos; detritos; latrinas
 governos anfitriões 9, 274, 318-320
 gravidez
 carências de ferro 93
 nutrição 91, 92, 109
 subnutrição 120
 grupos de risco
 abrigo 184, 206-207
 ajuda alimentar 140, 148, 151-152, 162
 nutrição 81
 serviços de cuidados médicos 226, 229
 habitação
 danos provocados por terramotos 192
 emergência *ver* abrigo
 HIV/SIDA
 amamentação 98
 subnutrição 108
 transfusões de sangue 246
 hospitais, abastecimento de água, quantidades 62
 idosos, indicadores de subnutrição 120
 impacto ambiental, abrigo 192, 200, 203, 207-208, 308
 Índice de Massa Corporal [IMC] 115
 índice peso/altura [PPA] 116
 infecção respiratória aguda [IRA] 232, 245-246
 instalações para lavagem de roupa
 fornecimento de sabão 32, 195
 latrinas 37
 privacidade 34-35
 interessados 274
 latrinas
 ver também evacuação de excrementos
 abastecimento de água 39
 acesso 36, 52, 300
 construção 37, 38, 39, 300
 de sifão 62
 higiene 37, 38-39
 higiene anal 38, 62
 instalações para lavagem de roupa 37, 38, 52
 limpeza 38-39, 52
 localização 39
 mulheres 37, 38, 39
 normas mínimas 36, 37, 52, 300
 partilhadas 39
 poços de absorção 37
 públicas 62
 valores 36
 latrinas *ver* latrinas
 lavandarias
 comunitárias 32
 privacidade das mulheres 32, 37, 38
 leite em pó
 ajuda alimentar 100, 101
 alimentos para bebé 97
 lençol freático, selecção de locais de alojamento 200, 202
 malária 41, 43, 52-53, 232, 247
 matadouros, gestão de resíduos 45, 47
 medicamentos
 aprovados pela OMS 244, 251
 não-aprovados 251
 resistentes a 246, 248
 meningite 232
 menstruação
 instalações para lavagem de roupa 32, 37, 38
 latrinas 37, 38
 protecção higiénica 193
 micronutrientes
 bibliografia 123, 125
 carências
 beribéri 93
 escorbuto 93
 ferro 93
 gerir 108-109
 identificar 92-95, 109
 iodo 90, 91, 93, 95-96
 pelagra 93
 xerofthalmia 90, 93-94
 competência de pessoal 111
 gravidez 109
 requisitos 84-85, 121, 304
 sarampo, suplemento de vitamina A 94-95, 237, 239, 241
 vitaminas
 armazenamento 85
 carências 92-93
 normas 90-91
 requisitos 85, 121
 transporte 85
 minerais [nutricionais] *ver* micronutrientes
 mortos
 enterros 47, 193, 206, 208
 riscos para a saúde 47, 48
 tradições culturais 47, 53
 moscas 41, 45
 mosquitos, portadores de malária 41, 247
 movimentos da população 182
 mulheres
 alimentação, papéis tradicionais 72, 132
 amamentação 96-97, 98, 111-112
 nutrição durante 91, 97, 101, 109
 bibliografias 66, 124, 259-260
 carências de ferro 93
 consulta 2
 abrigo 186, 187, 197
 ajuda alimentar 141,

- 144-145, 160
 nutrição 87, 88, 89, 144
 saneamento 35
 serviços de cuidados médicos 220
 cuidados pré-natal 252
 gravidez
 nutrição 91, 92, 93, 109
 subnutrição 120
 menstruação
 instalações para lavagem de roupa 32, 37, 38
 latrinas 37, 38
 necessidades de roupa 193
 nutrição 72
 recolha de água 18, 22, 24, 27, 34, 35
 segurança
 bibliografia 66
 localização de abrigo 177, 206
 recolha de água 18, 22, 24, 27, 35
 recolha de lenha 103
 relacionada com a alimentação 132, 142
 saneamento 18, 22, 24, 27, 35
 serviços de cuidados médicos 226, 227, 229, 256
 violência sexual, notificação 56, 232
 necessidades de roupa 193-194, 307
 non-refoulement, princípio de 7
 Normas Mínimas 2-3, 9, 299-311
 nutrição
ver também
 cozinha/cozinhar; ajuda alimentar; subnutrição
 acesso 114
 adolescentes 91, 92
 aspectos legais 80
 avaliação 86-87, 303
 avaliação de requisitos 83-84, 121, 147, 303
 avaliações iniciais 74-75, 77-80, 167-168, 303
 bebés 96-97, 102-103, 111-112
 bibliografias 123-125, 169-170
 cargas parasitárias 85
 comités de coordenação 89
 crianças 71-72, 97
 estratégias de
- implementação 81
 grupos de risco 81
 Índice de Massa Corporal [IMC] 114
 índice peso/altura [PPA] 116
 informação
 disseminação 75, 87
 fontes 79, 82
 métodos de análise 74-75, 77, 79, 82
 micronutrientes 84-85, 93-96, 108-109, 147
 mulheres
 amamentação 91, 92, 97, 101, 109
 consulta 87
 envolvimento no programa 87, 88, 89, 144
 gravidez 91, 92, 93, 109, 118
 papel tradicional 72, 80
 normas mínimas 303-304
 participação 78, 87, 88, 89, 303
 pessoal
 apoio 112
 capacidade local 112-113
 competência 110-111
 princípios 71-72
 programa de recuperação 80
 segurança geral 78
 verificação 86-87, 303
 nutricionistas 73
 organizações humanitárias 2-3, 274
 organizações intergovernamentais [IGO] 313
 organizações não-governamentais [NGO] 313
 organizações não-governamentais humanitárias [ONGH] 313
 Pacote de Serviços Iniciais Mínimos [PSIM] 251, 253
 parasitas 85
 pelagra 93
 pessoal
 abastecimento de água 56-57
 ajuda alimentar 163-164
 apoio 56, 57, 304
 capacidade local 112-113, 210-211, 305, 308
 competência 57, 110-111, 209-210, 254-255, 302, 304, 308, 311
 consciencialização de questões relacionadas com o género 56, 209
 formação 57
 género
 equilíbrio 57, 164, 165
 questões 56, 110
 manuseamento de alimentos 99
 micronutrientes 111
 nutrição 110-113
 promoção da higiene 57
 recolha de informação 56-57
 recrutamento 163-164
 saneamento 56-57
 saúde e segurança 57, 210
 subnutrição 111-112
 pessoas afectadas por um desastre, alívio do sofrimento 1
 pesticidas 41-42
 planeamento de locais de alojamento
 acampamentos de quarentena 205
 alojamento para a organização 204
 avaliação de riscos 206-2067
 cemitérios 205, 208
 espaço habitável 203, 204, 308
 estabelecimento da comunidade 204, 205
 guarda-fogos 204, 208
 instalações de carácter social 204
 normas 204-205
 poços de absorção, latrinas 37
 povoações
ver também abrigo
 acampamentos espontâneos 201
 acolhimento/passagem 200-201
 temporárias 201
 povoações temporárias 201
 prestação de contas 275
 programa alargado de imunização [PAI] 238, 241
 Programa Mundial para a Alimentação [PMA] 156-157
 programas de alimentação 107-109
 centros, abastecimento de água 62
 desertores 114, 115
 recuperações 115-116
 saídas 114, 115
 programas de alimentação terapêutica *ver* programas de alimentação
 promoção da higiene
 alimentação 103
 beneficiários 54-55
 condicionantes culturais 55
 definição 51
 normas mínimas 51-53, 302
 pessoal 57
 programa 53-55
 responsabilidade 54
 raparigas, segurança *ver* mulheres, segurança
 ratazanas 41, 45
 recipientes para recolha de água 32, 53, 195
 recuperações, definição 115-116
 refugiados, non-refoulement 7
 resíduos de desinfectante 31
 resistência a antibióticos, disenteria 246
 roubo, ajuda alimentar 100, 152, 158
 roupa de cama, cobertores 193-194
 sabão, disponibilidade 32, 195
 saídas, alimentação terapêutica 114
 saneamento
 abastecimento de água 32
 água superficial 49
 assistência externa 22
 avaliação 26, 27-28, 299
 avaliações iniciais 20, 21-22, 23-25, 58-59, 299
 bibliografia 65-66
 cólera 47, 62, 246
 consulta 26, 35
 danificado 21
 declaração de práticas correctas 63-64
 direitos legais 24
 formulário de notificação 268
 informação
 comunicação 27
 disseminação 22, 26, 28
 recolha 23-24, 25, 26
 localização 18, 39
 métodos de análise 23-24
 mulheres
 consulta 186, 187, 197, 210
 questões de segurança 177, 206
 normas mínimas 299-302
 normas nacionais 21
 participação 28-29, 299
 período de recuperação 24
 pessoal, qualificações 56-57
 transmissão de doenças 18, 43
 verificação 25-26, 299
 sarampo
 armazenamento de vacinas 238
 bibliografia 258-259
 controlo de surtos 240-241, 247, 310
 definição 231
 problemas 240-241
 suplemento de vitamina A 94-95, 237, 239, 241
 vacinação
 bebés 94, 239
 campanhas 237-240, 247, 310
 normas 238
 pessoal 239-240
 recém-chegados 238, 239, 310
 registo 238-239, 267
 repetição 239, 241
 selecção de beneficiários 239, 240
 seringas 238
 saúde e segurança, pessoal 57, 210
 segurança alimentar 116, 150-151
 selecção de locais de alojamento
 abastecimento de água 190, 196, 199, 202
 acessibilidade 199, 202
 clima 202
 consciencialização em relação a doenças 42, 46, 203, 205
 direitos de uso da água/terra 200
 escoamento 50
 factores físicos 182, 199-200, 202, 203
 impacto ambiental 207-208
 lençol freático 200, 202
 opções 176-177
 segurança geral 199, 308
 solo 200
 sustentabilidade 200, 208
 valores relativos à população 198-199
 serviços de cuidados médicos *ver também* doenças;
 centros de saúde; hospitais;
 promoção da higiene
 avaliação 234-235, 309
 avaliações iniciais 221-222, 223, 224-229, 309
 lista de verificação 261-263
 projecções 226
 bibliografia 258-263
 comunidade anfitriã 234
 cuidados básicos de saúde [CBS] 220, 249-250, 251-252, 311
 cuidados pré-natal 252
 dados sobre morbilidade 230
 definições de casos 230-232
 doenças transmissíveis 242-249
 epidemia 233, 243-246
 equidade 235
 Equipamento de Saúde para Situações de Emergência 250-251
 factores culturais 220, 236
 factores demográficos 225
 formulários de notificação 230-231
 grupos de risco 226, 229
 indicadores de dados 221, 309
 informação
 disseminação 223-224, 228
 lista de verificação 224-225
 nutrição 87
 recolha 227-228, 229-231, 235-236, 309
 ligações multi-sectoriais 222, 224, 230, 235
 medidas de eficácia 233
 métodos de análise 224, 227
 mulheres
 consulta 220
 questões de segurança 226, 229
 níveis 250
 normas para cuidados 249-251, 311
 Pacote de Serviços Iniciais Mínimos [PSIM] 251, 253
 participação 220, 225, 235-236, 249, 253, 256, 310, 311
 pessoal
 apoio 256, 311
 competência 254-255, 311

- níveis 252
- preparação 257
- prioridades 220, 233
- programa alargado de imunização [PAI] 238, 241
- questões de género 227, 229, 256
- questões legais 228
- seringas para vacinação 238
- taxas de mortalidade
 - bruta [TBM] 225, 226-227, 230, 233-234, 266
 - menores de 5 anos 225, 227, 230, 233
- transfusões de sangue 246
- verificação 229-231, 232, 234, 264, 309
- SIDA ver HIV/SIDA
- solo, local de abrigo 200
- subnutrição
 - adolescentes 117-118
 - adultos 119-120
 - aumento médio de peso 114
 - avaliação 90-92, 105-106
 - bebés 117-118
 - causas 76, 77-78
 - crianças 91-92, 117-118
 - definições 117-118
 - edema nutricional 115, 117
 - estratégias de sobrevivência 132
 - grave
 - avaliação 106-107, 304
 - avaliação de programa 107
 - programa de recuperação 108
 - gravidez 120
 - idosos 120
 - micronutrientes 90, 92-94, 108
 - moderado 105-106, 304
 - mortalidade 92, 104
 - níveis aceitáveis 92
 - pessoal
 - apoio 107, 112, 304
 - competência 111
 - programas de alimentação 106
- taxas de mortalidade
 - bruta [TBM] 225, 226-227, 230, 233-234, 266
 - menores de 5 anos 25, 226, 227, 230, 233-234
 - objectivos 233, 234
- terramotos, habitações danificadas 192
- tifo 41, 43, 47
- tomar banho 32
- transfusões de sangue 246
- tratamentos de rehidratação oral [TRO] 245
- tuberculose 108
- vacinação
 - programa alargado de imunização [PAI] 238, 241
 - sarampo 94, 237-241
- violência sexual 275
 - bibliografia 259-260
 - instalações de abastecimento de água 18, 22, 24, 27, 35
 - localização de abrigo 177, 206
 - notificação 56, 232, 269
 - relacionada com alimentação 132
- vitaminas
 - ver *também* micronutrientes
 - armazenamento 85
 - carências 92-93
 - beribéri 93
 - escorbuto 93
 - gerir 108-109
 - identificar 92-95, 109
 - pelagra 93
 - xeroftalmia 90, 93-94
 - normas 90-91
 - requisitos 85, 121
 - sarampo, suplemento A 94-95, 237, 239, 241
 - transporte 85
 - Unidades Internacionais [UI] 120
- voluntários ver pessoal
- xeroftalmia 90, 93-94