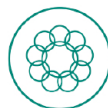


O Manual Esfera

Carta Humanitária
e Normas Mínimas
para a Resposta Humanitária



O Manual Esfera

Carta Humanitária e Normas Mínimas para a
Resposta Humanitária

O QUE É ESFERA?



A CARTA HUMANITÁRIA



PRINCÍPIOS DE PROTEÇÃO



NORMA HUMANITÁRIA ESSENCIAL



ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SANEAMENTO
E PROMOÇÃO DA HIGIENE



SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO



ALOJAMENTO E ASSENTAMENTO



SAÚDE



Sphere Association
Route de Ferney 150
1202 Genebra, Suíça
Email: info@spherestandards.org
Site: www.spherestandards.org

Primeira edição 2000

Segunda edição 2004

Terceira edição 2011

Quarta edição 2018

Copyright © Sphere Association, 2018

Copyright da Norma Humanitária Essencial para a Qualidade e Prestação de Contas © CHS Alliance, Sphere Association e Groupe URD, 2018

Todos os direitos reservados. Este material está sob a proteção de direitos de autor, mas pode ser reproduzido sem custo para finalidades educativas, incluindo atividades relacionadas a cursos, pesquisas e projetos, desde que o nome dos direitos de autor seja referido. Material não destinado à revenda. Para cópias em circunstâncias diversas das descritas, publicação on-line, reutilização em outras publicações, traduções ou adaptações, deve ser solicitada permissão por escrito para o e-mail: info@spherestandards.org.

A British Library e a US Library of Congress disponibilizam um registro catalogado desta publicação.

ISBN 978-989-53097-0-2 PBK

ISBN 978-989-53097-2-6 EPUB

ISBN 978-989-53097-1-9 PDF

Citação: Associação Esfera. *O Manual Esfera: Carta Humanitária e Normas Mínimas para a Resposta Humanitária*, quarta edição, Genebra, Suíça, 2018.

www.spherestandards.org/handbook

O Projeto Esfera foi iniciado em 1997 por um grupo de ONG, pelo Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho para desenvolver um conjunto de normas mínimas universais em áreas essenciais da resposta humanitária: o Manual Esfera. O objetivo do Manual é melhorar a qualidade da resposta humanitária em situações de catástrofes e conflitos e aprimorar a prestação de contas das ações humanitárias às pessoas afetadas por uma crise. A Carta Humanitária e as Normas Mínimas para a Resposta Humanitária são o resultado da experiência coletiva de muitas pessoas e agências. Assim sendo, não devem ser consideradas como a expressão da visão de uma única organização. Em 2016, o Projeto Esfera foi registrado como a Associação Esfera.

Esta edição em português europeu do Manual Esfera: Carta Humanitária e Normas Mínimas para a Resposta Humanitária é publicada em 2021 pela Irdin – Associação na Europa, Fátima, Portugal. Esta é uma edição adaptada ao português europeu, a partir da edição em português do Brasil publicada em 2020 pela Associação Irdin Editora, Carmo da Cachoeira, MG, Brasil, <http://www.irdin.org.br/>, traduzida da edição em inglês do “The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response” publicada inicialmente em 2018 sob o ISBN 978-1-908176-400 PBK. O Manual foi traduzido de forma independente pela Associação Irdin Editora, e adaptado ao português europeu igualmente de forma independente pela Irdin – Associação na Europa, ambas filiadas à Fraternidade — Federação Humanitária Internacional (FFHI).

Design: Non-Linear Design Studio, Milão, Itália

Impressão: Impotol – Imprensa Popular Tomarense Lda., Portugal

Composição gráfica: Associação Irdin Editora, Brasil

Sumário

Prefácio.....	v
Agradecimentos.....	ix
O que é Esfera?	1
A Carta Humanitária	29
Princípios de Proteção	35
Norma Humanitária Essencial	51
Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção da Higiene	93
Segurança Alimentar e Nutrição	165
Alojamento e Assentamento	251
Saúde	305
Anexos	389
Anexo 1. Fundamentos Jurídicos da Esfera.....	392
Anexo 2. Código de Conduta	403
Anexo 3. Abreviaturas e Siglas.....	411

Prefácio da Esfera

O Manual Esfera comemora o seu 20º aniversário com a publicação desta quarta edição. É o resultado de uma intensa mobilização, ao longo de um ano, de diversos colaboradores da área humanitária em todo o mundo e reflete duas décadas de experiência na aplicação das normas em operações na linha da frente, no desenvolvimento de políticas e na defesa dos interesses humanitários, para manter a qualidade e a prestação de contas com base em princípios.

Com uma estrutura clara e fundamentada em direitos, o Manual assenta as suas bases em aspetos legais e éticos do humanitarismo, com uma orientação pragmática, boas práticas mundiais e dados compilados para apoiar as equipas humanitárias, onde quer que atuem.

A Esfera ocupa um lugar ímpar no setor e está constantemente evoluindo no cenário humanitário. Esta edição foi sobretudo baseada nos compromissos estabelecidos na primeira Cimeira Humanitária Mundial (2016), na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e em outras iniciativas mundiais.

Entretanto, mesmo que o cenário dessas políticas continue a evoluir, sabemos que as necessidades de sobrevivência dos povos em situações de conflitos e de desastres permanecem as mesmas, independentemente onde a crise ocorra. A Esfera apoia e contribui para a elaboração de processos políticos mundiais e locais, ao lembrar a necessidade fundamental de prestar assistência responsável para ajudar as pessoas a sobreviverem e a reconstruírem as suas vidas com dignidade.

A força e a abrangência mundial da Esfera, residem no facto de que ela pertence a todos. Este sentimento de copropriedade é renovado em intervalos de poucos anos, quando as normas são renovadas e revistas pelos próprios utilizadores. É um momento em que reafirmamos coletivamente os nossos compromissos e acordamos uma ação melhorada para garantir que os utilizadores tenham a melhor informação disponível onde quer que trabalhem. Isso faz da Esfera uma referência essencial, e lembra a importância fundamental da dignidade humana e do direito das pessoas em participarem integralmente das decisões que lhes dizem respeito.

Esfera é uma das bases do trabalho humanitário. É o ponto de partida para novos agentes humanitários e uma referência permanente para o pessoal mais experiente, ao fornecer orientações sobre as ações prioritárias e onde encontrar informações técnicas mais detalhadas. Os nossos parceiros na elaboração das normas colaboram ainda mais em setores específicos, além do escopo da Esfera, para ajudar as pessoas a recuperarem-se e a prosperarem.

Esta edição conta com a colaboração de milhares de pessoas que trabalham em mais de 450 organizações em pelo menos 65 países ao redor do mundo. A abrangência mundial reflete a experiência em diversos contextos, de desafios incomuns

e diferentes tipos de agentes. Estas normas não existiriam sem o inabalável compromisso de muitos de vocês. Recebam o agradecimento do nosso setor pelas contribuições feitas durante as revisões e, com efeito, ao longo das duas últimas décadas.

Esperamos continuar este importante trabalho e seguirmos juntos a aprender à medida que utilizarem este Manual.



Martin McCann
Presidente do Conselho



Christine Knudsen
Diretora-Executiva

Prefácio da Fraternidade — Humanitária (FFHI)

Desde o ano de 1987, uma instituição criada e sediada no Brasil vem prestando apoio social e humanitário, inclusive em contextos de emergências no âmbito nacional e internacional, de forma honorária e altruísta.

Sustentada por doações espontâneas, sem ser remunerada pelos serviços que presta, os valores principais estão estampados no nome da Fraternidade — Humanitária (FFHI): praticar e disseminar a fraternidade, despertando e ampliando a consciência humana para a vida com paz, amor e participação construtiva de todos por condições dignas de vida.

Sem fins lucrativos, a Fraternidade — Humanitária (FFHI) é uma associação civil com atuação em 18 países e sede mundial no município de Carmo da Cachoeira, Minas Gerais, Brasil, a cerca de 300km de Belo Horizonte. De caráter filosófico, cultural, humanitário, ambiental e beneficente, a instituição reúne 22 associações civis nacionais e internacionais que, com grupos e colaboradores coligados, prestam serviços gratuitamente. Independente e neutra, a Fraternidade — Humanitária (FFHI) acolhe todos os credos, culturas e religiões e não tem vínculos com grupos políticos ou econômicos.

A atuação da Fraternidade — Humanitária (FFHI) em respostas humanitárias e emergências inclui socorro a pessoas em situação de refúgio ou atingidas por tragédias naturais, conflitos sócio-políticos e catástrofes ambientais, bem como resgate e assistência a animais quando a situação assim o demanda como no desastre ambiental de Mariana, Minas Gerais, Brasil em 2016 e de Brumadinho, Minas Gerais Brasil, ambos com origem em ruptura de barragens.

A Fraternidade — Humanitária (FFHI) expressa suas atividades nos seguintes eixos de atuação:

- educação em situações de emergência e respostas humanitárias;
- primeiros socorros em psicologia de emergência e trauma;
- CCCM (Camp Coordination and Camp Management)
- articulação entre os demais atores humanitários, como agência que favorece a busca de soluções isentas de interesses secundários, políticos, ideológicos e religiosos.

As ações têm participação de entidades locais e apoio de órgãos de peso global, como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a FIESP (Federação de Indústrias do Estado de São Paulo), dentre outras, que buscam a expertise da Fraternidade — Humanitária (FFHI) para o desenvolvimento de projetos que possam mitigar o sofrimento, restaurar a ordem, proteger e preservar a integridade de cada indivíduo.

No ano de 2020 a Fraternidade — Humanitária (FFHI) tornou-se ponto focal do Manual Esfera no Brasil, aperfeiçoando ainda mais os serviços prestados baseados nos protocolos internacionais e formando centenas de voluntários para o serviço em situações de emergência e respostas humanitárias. É assim que nos sentimos honrados por ter traduzido o Manual Esfera ao idioma português por meio da equipe de voluntários da Editora Irdin, uma filiada da Fraternidade — Humanitária (FFHI), ampliando as possibilidades de que indivíduos e instituições que atuam no cenário das emergências humanitárias no Brasil tenham acesso ao precioso conteúdo do Manual Esfera.

Para mais informações visite www.fraterinternacional.org

Carmo da Cachoeira, Minas Gerais, Brasil, 1º de outubro de 2020

Fraternalmente,



Frei Luciano (Francesco Gullo)

Gestor Geral

Fraternidade — Federação Humanitária Internacional (FFHI)

Agradecimentos

Esta edição do Manual Esfera é o resultado do mais diversificado e abrangente processo de consultas da história da Esfera. Foram recebidos aproximadamente 4.500 comentários *online* de 190 organizações e mais de 1.400 pessoas participaram de 60 eventos presenciais realizados em 40 países. A Esfera agradece reconhecidamente a abrangência e a amplitude das contribuições feitas por ONG nacionais, locais e internacionais, por autoridades e ministérios nacionais, pela Cruz Vermelha e pelo Crescente Vermelho, por universidades, organizações da ONU e profissionais autônomos.

O capítulo Alojamento e Assentamento é dedicado à memória de **Graham Saunders**, autor deste capítulo nas edições de 2004 e 2011, além de conselheiro no início do desenvolvimento da edição de 2018.

Graham era um verdadeiro humanitarista e um defensor do setor de Alojamento. A sua visão, liderança e inesgotável energia foram fundamentais para colocar em pauta as questões relativas ao alojamento humanitário e para preparar o caminho para as gerações futuras de colaboradores nesta área. Ele sempre lutou para melhorar nossa atuação e profissionalizar o setor; fará grande falta como pioneiro, profissional e amigo.

O processo de revisão foi coordenado pelo escritório da Esfera. Os capítulos foram desenvolvidos por autores principais, com o auxílio intersetorial de especialistas em determinados temas e pessoas habilitadas do setor humanitário. Os autores e os especialistas temáticos, na sua maioria, foram apresentados pelas suas organizações de origem, tendo dedicado o seu tempo e o esforço como uma contribuição ao setor.

Criaram-se grupos de redatores e grupos de referência para dar suporte ao trabalho dos autores e especialistas temáticos.

A Esfera reconhece a valiosa contribuição de todos esses indivíduos durante os anos de 2017 e 2018. A lista completa dos membros de todos os grupos de trabalho e de referência encontra-se no *site* da Esfera (spherestandards.org). Os autores principais e os especialistas estão a seguir referenciados.

Capítulos dos Fundamentos

- **Carta Humanitária e Anexo 1:** Dra. Mary Picard
- **Princípios de Proteção:** Simon Russell (Global Protection Cluster) e Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Norma Humanitária Essencial:** Takeshi Komino (CWSA Japão) e Sawako Matsuo (JANIC)

Capítulos Técnicos

- **Água, Saneamento e Promoção da Higiene:** Kit Dyer (NCA) e Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Segurança Alimentar:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Nutrição:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Alojamento e Assentamento:** Seki Hirano (CRS) e Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Saúde:** Dr. Durgavasini Devanath (IFRC), Dra. Julie Hall (IFRC), Dra. Judith Harvie (International Medical Corps), Dr. Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dra. Eba Pasha (individual)

Vulnerabilidades, capacidades e ambientes operacionais

- **Crianças e Proteção à Infância:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Idosos:** Irene van Horssen e Phil Hand (HelpAge)
- **Gênero:** Mireia Cano (GenCap)
- **Violência de Gênero:** Jeanne Ward (independent)
- **Pessoas com Deficiência:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Pessoas com VIH:** Alice Fay (ACNUR)
- **Saúde Mental e Apoio Psicossocial:** Dr. Mark van Ommeren (OMS), Peter Ventevogel (ACNUR)
- **Crises Prolongadas:** Sara Sekkenes (PNUD)
- **Contextos Urbanos:** Dra. Pamela Sitko (WVI)
- **Coordenação Civil-Militar:** Jennifer Jalovec e Mark Herrick (WVI)
- **Meio Ambiente:** Amanda George e Thomas Palo (Cruz Vermelha Sueca)
- **Redução do Risco de Catástrofes:** Glenn Dolcemascolo e Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Ajuda em Dinheiro e Mercados:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Gestão e Logística da Cadeia de Abastecimento:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Monitorização, Avaliação, Prestação de Contas e Aprendizagem:** Joanna Olsen (CRS)

O Conselho Esfera (maio de 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaye) * Oxfam International – Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Esfera India (Vikrant Mahajan) * Exército da Salvação (Damaris Frick) * Word Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Agradecemos também a todos os membros do Conselho que iniciaram e orientaram a revisão e posteriormente deixaram o Conselho: Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

Patrocinadores

Além das contribuições das organizações que participam do Conselho, já nomeadas, a revisão do Manual foi patrocinada por:

A Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (DANIDA, sigla em inglês) * o Ministério das Relações Exteriores da Alemanha * Irish Aid * o Governo Australiano – Departamento de Relações Exteriores e Comércio * a Comissão Europeia de Ajuda Humanitária e do Departamento da Proteção Civil, por intermédio da Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho * a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID, sigla em inglês), o Departamento de Assistência a Catástrofes Internacionais * a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional, por intermédio da Igreja da Suécia * a Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação * o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) * a Agência Estadual de População, Refugiados e Migração dos Estados Unidos.

Equipa de revisão do Manual

Christine Knudsen, Diretora-Executiva (Esfera)

Aninia Nadig, Gestora de Defesa dos Interesses Humanitários e da Rede (Esfera)

Editores: Kate Murphy e Aimee Ansari (Translators without Borders)

Coordenadores da Revisão: Lynnette Larsen e Miro Modrusan

Com o apoio da equipa Esfera:

Tristan Hale, Gestor de Aprendizagem e Treinamento

Wassila Mansouri, Agente de Rede e Extensão

Juan Michel, Gestor de Comunicações (até setembro de 2017)

Barbara Sartore, Gestora de Comunicações (a partir de outubro de 2017)

Loredana Serban, Agente Administrativa e Financeira

Kristen Pantano e Caroline Tinka, Estagiárias

Consultoria de suporte online: Markus Forsberg, (PHAP)

Design do Manual: Non-linear (www.non-linear.com)

Edição, layout e produção: IRDIN – Associação na

Europa (secretaria.portugal@irdin.org.br)

Um especial agradecimento pelo apoio complementar ao processo de revisão do Manual para James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dra. Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas e Marilise Turnbull.

Pontos Focais Esfera que organizaram consultorias presenciais de revisão:

ADRA Argentina (Consultoria Regional com ADRAs América do Sul)
Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Afeganistão)
Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)
Amity Foundation (membro de The Benevolence Standards Working Group, Ponto Focal para a China)
BIFERD (República Democrática do Congo)
Community World Service Asia (Tailândia e Paquistão)
Daniel Arteaga Galarza* (Consultor Esfera para o Sistema Nacional de Gestão de Risco) (Equador)
Dr. Oliver Hoffmann* com o Ponto Focal Esfera para a Alemanha
Grupo Esfera Bolívia
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou*, com Child Protection sub-cluster (Nigéria)
Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)
Institut Bioforce (França)
Inter-Agency Accountability Working Group (Etiópia)
Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation (República da Coreia)
Sphere Community Bangladesh (SCB)
Esfera Índia
Ukraine NGO Fórum
PNUD Chile

Colaboradores da tradução do Manual:

A Associação Irdin Editora agradece à equipa de voluntários que colaborou nessa tradução do Manual Esfera para o idioma português.

Colaboradores na adaptação do Manual ao português europeu

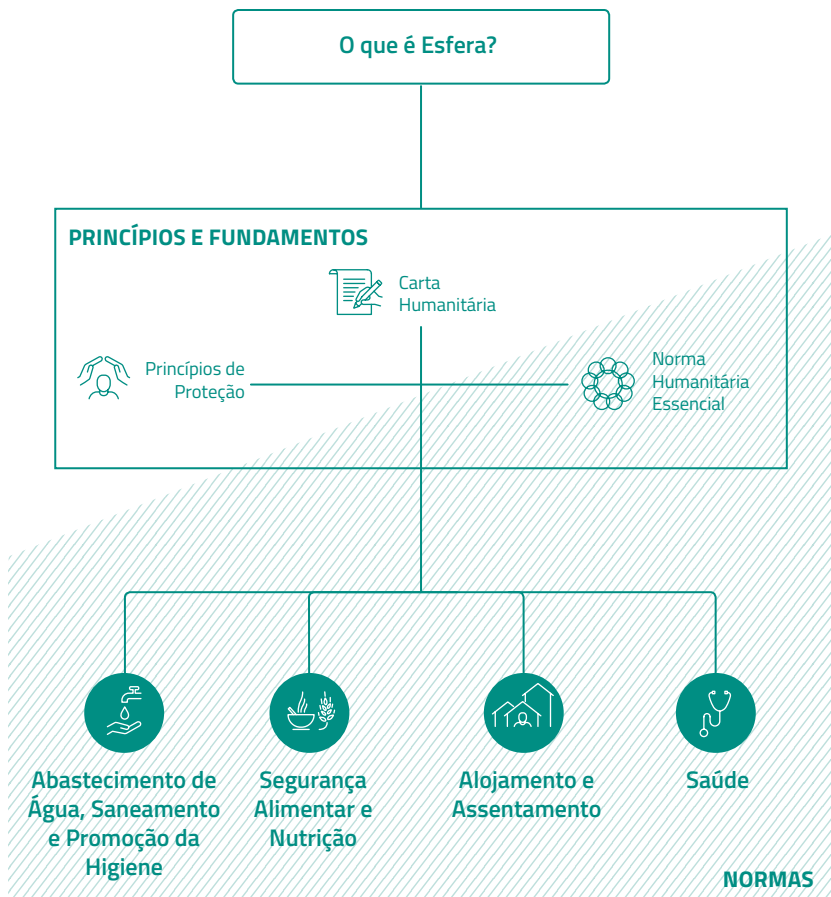
A Irdin – Associação na Europa agradece à equipa de voluntários que colaborou nesta adaptação ao português europeu do Manual Esfera.

*Pontos focais individuais



O que é
Esfera?

Manual



ANEXO 1 Fundamentos Jurídicos da Esfera

ANEXO 2 Código de Conduta

ANEXO 3 Abreviaturas e Siglas

Sumário

O que é Esfera?	4
1. O Manual.....	4
Quatro capítulos de fundamentos e quatro capítulos técnicos	5
As Normas Mínimas possibilitam uma abordagem consistente.....	6
A estrutura das normas	6
O trabalho com os indicadores-chave	7
Os vínculos com outras normas	7
2. A utilização das normas no contexto	8
A aplicação das normas durante todo o ciclo do programa	9
A avaliação e a análise	9
O desenvolvimento da estratégia e a concepção do programa.....	9
A implementação	10
A monitorização, a avaliação, a prestação de contas e a aprendizagem.....	10
Entender as vulnerabilidades e as capacidades	10
A desagregação dos dados.....	12
As crianças	12
Os idosos	13
O género.....	14
A violência de género	14
As pessoas com deficiência	14
As pessoas com VIH	15
As pessoas LGBTQI.....	15
A saúde mental e o apoio psicossocial	16
Entender o contexto operacional.....	16
O apoio aos agentes nacionais e locais	17
As crises prolongadas	17
Os contextos urbanos	18
Os assentamentos comunitários	19
Os cenários com a presença das forças militares nacionais ou internacionais ...	19
O impacto ambiental da resposta humanitária.....	20
Apêndice: A prestação de ajuda através dos mercados.....	21
Referências e leitura complementar	28



O que é Esfera?

O Projeto Esfera, agora conhecido simplesmente como Esfera, foi criado em 1997 por um grupo de organizações humanitárias não governamentais e pelo Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, com o objetivo de melhorar a qualidade das suas respostas humanitárias e prestar contas pelas suas ações. A filosofia Esfera tem por base duas crenças básicas:

- As pessoas afetadas por catástrofes ou conflitos têm direito à vida com dignidade e, conseqüentemente, o direito a assistência;
- Devem ser tomadas todas as providências possíveis para aliviar o sofrimento humano decorrente de catástrofes ou de conflitos.

A Carta Humanitária e as Normas Mínimas colocam em prática essas duas crenças. Os Princípios de Proteção fundamentam todas as ações humanitárias, e a Norma Humanitária Essencial contém compromissos para apoiar a prestação de contas em todos os setores. Juntos, formam o Manual Esfera, que se tornou um dos recursos humanitários mais consultados no mundo.

1. O Manual

Os principais utilizadores do Manual Esfera são os profissionais envolvidos no planeamento, na gestão e na implementação de respostas humanitárias. Entre eles estão o pessoal e os voluntários de organizações humanitárias locais, nacionais e internacionais que respondem a uma situação de crise, assim como as próprias pessoas afetadas. O Manual também é utilizado na defesa dos interesses humanitários com a finalidade de melhorar a qualidade e a prestação de contas das atividades de assistência e proteção, de acordo com os princípios humanitários. Tem vindo a ser utilizado, cada vez mais, por governos, doadores, militares e pelo setor privado para orientar as suas próprias ações, e permitir-lhes trabalhar de forma construtiva com as organizações humanitárias que aplicam tais normas.

O Manual foi lançado originalmente em 1998 em inglês, tendo tido edições revistas e publicadas em 2000, 2004, 2011 e em 2018. Em português, versão brasileira, foi publicado em 2000 e em 2020 e agora, em 2021 em português europeu. Cada processo de revisão baseou-se em amplas consultas setoriais a particulares, organizações não governamentais (ONG), governos e agências das Nações Unidas. As normas e as orientações que resultaram deste trabalho estão assentes em evidências e refletem 20 anos de experiências de campo de profissionais ao redor do mundo.

A quarta edição em inglês, de 2018, marcou o 20º aniversário do Manual Esfera e retrata as mudanças ocorridas no setor humanitário durante esse período. Esta inclui novas orientações para trabalhar em ambientes urbanos, para pôr em prática as Normas Mínimas em crises prolongadas e para prestar ajuda por meio dos mercados, como forma de cumprir as normas. Todos os capítulos técnicos foram

atualizados para refletirem as práticas atuais, e as antigas Normas Essenciais foram substituídas pela Norma Humanitária Essencial.

Quatro capítulos de fundamentos e quatro capítulos técnicos

O Manual reflete o compromisso Esfera com uma resposta humanitária apoiada em princípios e direitos. Está baseado no respeito fundamental ao direito das pessoas de participar plenamente das decisões que envolvem o seu próprio restabelecimento.

Os quatro capítulos de fundamentos descrevem as bases éticas, jurídicas e práticas de uma resposta humanitária. Estes dão suporte a todos os setores técnicos e aos programas; descrevem compromissos e processos para assegurar uma resposta humanitária de boa qualidade, e para encorajar os socorristas a prestarem contas às pessoas atingidas pelas suas ações. Estes capítulos ajudam o utilizador a aplicar a Norma Essencial com maior eficácia em qualquer contexto. Ao se ler um capítulo técnico sem se ler os capítulos de fundamentos, corre-se o risco de se ignorarem elementos essenciais das normas. Os capítulos de fundamentos são os seguintes:

O que é Esfera? (este capítulo): delinea a estrutura do Manual, a sua utilização e os princípios subjacentes; e o mais importante, ilustra a forma como o Manual deve ser utilizado na prática.

A Carta Humanitária: a pedra angular do Manual Esfera, que expressa a convicção partilhada entre os agentes humanitários de que todas as pessoas afetadas por uma crise têm o direito de receber proteção e assistência. Este direito assegura as condições básicas para uma vida com dignidade. O capítulo apresenta o quadro ético e jurídico que orienta os Princípios de Proteção, a Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas. Está fundamentado no Código de Conduta, de 1994, no Socorro em Caso de Desastre, para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Organizações não Governamentais (ONG). O Código de Conduta é um elemento integrante do Manual Esfera; ➕ *ver Anexo 2*.

Para consultar uma lista dos documentos essenciais que constituem os fundamentos jurídicos da Carta Humanitária, ➕ *ver Anexo 1*.

Princípios de Proteção: uma tradução prática dos princípios jurídicos e direitos descritos na Carta Humanitária em quatro princípios que orientam a resposta humanitária.

A Norma Humanitária Essencial: nove compromissos que descrevem os processos essenciais e as responsabilidades organizacionais para possibilitar a qualidade e a prestação de contas na consecução das Normas Mínimas.

Os quatro capítulos técnicos incluem Normas Mínimas em setores essenciais da resposta humanitária:

- Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção da Higiene (WASH)
- Segurança Alimentar e Nutrição
- Alojamento e Assentamento
- Saúde



Código de Conduta: 10 Princípios Essenciais

1. Em primeiro lugar, o dever humanitário.
2. A ajuda é prestada independentemente de raça, religião ou nacionalidade dos beneficiários e sem distinções de qualquer outro tipo. As prioridades de ajuda são determinadas apenas em função da necessidade.
3. A ajuda não será utilizada para favorecer uma determinada posição política ou religiosa.
4. Estaremos empenhados em não atuar como instrumentos de política externa governamental.
5. Respeitaremos a cultura e os costumes.
6. Tentaremos construir as respostas a catástrofes com base nas capacidades locais.
7. Devem ser encontradas formas de envolver os beneficiários dos programas na gestão do auxílio de emergência.
8. O auxílio de emergência deve esforçar-se para reduzir futuras vulnerabilidades a catástrofes, bem como para atender a necessidades básicas.
9. Somos responsáveis tanto por aqueles a quem assistimos quanto por aqueles de quem aceitamos recursos.
10. Nas nossas atividades de informação, publicidade e propaganda, reconheceremos as vítimas de catástrofes como seres humanos dignos e não como objetos para os quais não há esperança.

Código de Conduta: Princípios de Conduta para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e ONG em Programas de Resposta Humanitária. Para consultar o texto completo, [ver Anexo 2](#)

Na prática, as necessidades humanitárias não se enquadram exatamente em setores específicos. Uma resposta humanitária eficaz deve cuidar das necessidades das pessoas de forma holística, mas para isso, os setores devem estar coordenados e colaborar entre si. No contexto de uma crise prolongada, esta situação pode estender-se além da resposta humanitária, acarretando a necessidade de se trabalhar em conjunto com agentes de desenvolvimento. O Manual contém referências cruzadas para ajudar no estabelecimento desses vínculos. Os leitores devem-se familiarizar com todos os capítulos para subsidiar uma resposta integrada.

As Normas Mínimas possibilitam uma abordagem consistente

As normas servem-se dos dados disponíveis e da experiência humanitária. Representam as melhores práticas baseadas num amplo consenso. Pelo facto de refletirem direitos humanos inalienáveis, aplicam-se universalmente.

Entretanto, para que as normas sejam aplicadas com eficácia, o contexto em que uma resposta está a acontecer precisa ser compreendido, monitorizado e analisado.

A estrutura das normas

Todas as normas têm uma mesma estrutura para auxiliar o leitor a entender a proposição geral, à qual se segue uma série de ações-chave, indicadores-chave e notas de orientação para que as normas sejam cumpridas.

As normas derivam do princípio do direito à vida com dignidade. São universais e de natureza qualitativa, estabelecendo o padrão mínimo a ser alcançado em qualquer crise. Equivalem aos “compromissos” e aos “critérios de qualidade” da Norma Humanitária Essencial.

- **As ações-chave** descrevem os passos para que se cumpra a Norma Mínima. São sugestões e podem não ser aplicáveis a todos os contextos. O profissional deve selecionar as mais relevantes para cada situação.
- **Os indicadores-chave** servem de sinal para medir se a norma está a ser cumprida. Estes apresentam um meio de avaliar os resultados dos processos e dos programas em função da norma e durante toda a resposta. Os requisitos quantitativos mínimos são o nível de desempenho mais baixo aceitável para os indicadores, e incluem-se apenas quando há consenso no setor.
- **As notas de orientação** fornecem informações adicionais para auxiliar as ações-chave, com referências cruzadas aos Princípios de Proteção, à Norma Humanitária Essencial e a outras normas do Manual. As referências cruzadas também são feitas em relação a outras normas da Parceria de Normas Humanitárias.



O trabalho com os indicadores-chave

Os indicadores-chave Esfera constituem uma maneira de medir se uma norma está a ser cumprida. Não devem ser confundidos com a norma em si. A norma é universal, mas os indicadores-chave, assim como as ações-chave, devem ser considerados à luz do contexto e da fase da resposta. Existem três tipos de indicadores Esfera:

- **Os indicadores de processo** verificam se um requisito mínimo foi atingido. Por exemplo: utilizam-se protocolos normalizados para analisar a segurança alimentar e as estratégias de subsistência e de enfrentamento; ➕ *ver Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.1: Avaliação da Segurança Alimentar.*
- **Os indicadores de progresso** fornecem a unidade de medida para monitorizar a consecução da norma. Devem ser utilizados para determinar a base de referência, para estabelecer metas com parceiros e partes intervenientes e para monitorizar mudanças em direção às metas. Por exemplo: percentagem de famílias que armazenam água em recipientes limpos e cobertos; ➕ *ver Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da Água.* Ainda que a meta ideal seja 100%, os profissionais devem associar o indicador à realidade do local, monitorizando as melhorias de acordo com a base de referência e do progresso em relação à meta estabelecida num determinado período de tempo.
- **Os indicadores de metas** são objetivos específicos e quantificáveis que representam o mínimo quantificável, abaixo do qual uma meta não pode ser considerada alcançada. Essas metas devem ser atingidas o quanto antes ou o programa poderá ficar comprometido. Por exemplo, percentagem de crianças entre os 6 meses e os 15 anos que receberam a vacina contra o sarampo: a meta é 95%; ➕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Saúde da criança – Norma 2.2.1: Prevenção das doenças infantis por vacinação.*

Os vínculos com outras normas

O Manual Esfera não abrange todos os aspetos da ajuda humanitária que respaldam o direito à vida com dignidade. As organizações parceiras desenvolveram normas complementares em diversos setores, baseadas na mesma filosofia e nos mesmos

compromissos que a Esfera. Essas normas estão disponíveis por intermédio da Esfera, da Parceria de Normas Humanitárias e dos *sítes* das organizações parceiras.

- Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS): LEGS Project
- Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução: Rede Interinstitucional para a Educação em Emergências (Manual INEE)
- Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network
- Minimum Standard for Market Analysis (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities: Age and Disability Consortium

2. A utilização das normas no contexto

As respostas humanitárias têm lugar em diferentes contextos. Vários fatores vão influenciar o modo como as Normas Mínimas podem ser aplicadas no ambiente operacional para defender o direito à vida com dignidade. Estes fatores incluem:

- O cenário em que a resposta humanitária está a ser oferecida;
- As diferenças entre populações e a diversidade entre os indivíduos;
- As realidades operacionais e logísticas que vão intervir no modo e no tipo de resposta humanitária prestada;
- As bases de referência precisas e os indicadores em diferentes contextos, incluindo a definição de termos essenciais e o estabelecimento de metas.

Terão influência sobre a resposta: a cultura, o idioma, a capacidade dos socorristas, a segurança, o acesso, as condições ambientais e os recursos. Também é importante antecipar qualquer eventual efeito negativo da resposta e agir para limitá-lo; ⊕ *ver Princípios de Proteção 1 e 2 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 3.*

O Manual Esfera é um código facultativo para a qualidade e a prestação de contas, criado para estimular uma utilização o mais abrangente possível e o domínio das normas. Não é um guia de “como fazer”, mas uma descrição do mínimo que precisa ser disponibilizado para que as pessoas sobrevivam e se recuperem de uma crise humanitária com dignidade.

A conformidade com as Normas Esfera não significa implementar todas as ações-chave ou atingir todos os indicadores-chave de todas as normas. O grau em que cada organização pode cumprir as normas dependerá de vários fatores, alguns dos quais escapam ao seu controlo. O acesso à população afetada e a insegurança política ou económica podem impossibilitar o cumprimento das normas em certos contextos.

Nos casos em que os requisitos mínimos excedem as condições de vida da comunidade de acolhimento, deve-se estudar como reduzir a eventual tensão; por exemplo, oferecendo serviços comunitários. Em algumas situações, as autoridades nacionais podem estabelecer requisitos mínimos que são superiores às Normas Mínimas Esfera.

As Normas Esfera são uma expressão dos direitos fundamentais relacionados com uma vida digna e permanecem constantes. Os indicadores e os requisitos mínimos talvez precisem ser adaptados para que façam sentido em dado contexto. Nos casos em que as normas não são cumpridas, qualquer proposta de redução dos requisitos mínimos deve ser considerada com muito cuidado. Faça um acordo coletivo sobre as mudanças e relate amplamente a falta de progresso real quanto aos requisitos mínimos. Além disso, na hipótese de não ter sido cumprida uma norma, as organizações humanitárias devem avaliar o impacto negativo na população e tomar providências para minimizar os danos. Utilize a ineficácia na resposta para lutar por uma solução e empenhe-se para atingir os indicadores o quanto antes.

As normas são aplicáveis durante todo o ciclo do programa

As Normas Esfera devem ser usadas durante todo o ciclo do programa, desde a avaliação e a análise, passando pelo desenvolvimento da estratégia, pelo planejamento e pela conceção do programa, pela implementação e pela monitorização, até à avaliação e à aprendizagem.



A avaliação e a análise

As Normas Mínimas Esfera proveem uma base para a avaliação e a análise das necessidades em cada setor, com listas de verificação disponíveis em cada capítulo. No início de uma crise, auxiliam a identificar as necessidades imediatas e a priorizar as atividades que vão tentar atender tais necessidades. Para facilitar a formulação dos resultados mínimos de toda a resposta, as estimativas de planejamento e os níveis mínimos da prestação de ajuda são descritos na sua totalidade. Portanto, as normas servem também para melhorar a coordenação entre as organizações e os setores.

O desenvolvimento da estratégia e a conceção do programa

A Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas subsidiam o planejamento de respostas para que possa ser prestada a ajuda humanitária certa, no momento certo, às pessoas mais necessitadas. A participação plena da população afetada e a coordenação conjunta com as autoridades nacionais e locais, são essenciais para se atingir este objetivo em todos os setores.

As ações-chave e os indicadores-chave disponibilizam um padrão para identificar prioridades, determinar estimativas de planejamento e promover a coordenação entre os setores. Isso ajuda a garantir que as respostas setoriais se reforcem mutuamente e fomenta a capacidade da população de resolver as suas próprias necessidades. As ações e os indicadores-chave estabelecem a qualidade da ajuda que se deve alcançar. Também servem de base para a realização de uma análise da resposta que identifique a melhor maneira de atender as necessidades e minimizar os efeitos colaterais potencialmente perigosos.

O planejamento do programa normalmente inclui a análise de várias opções de resposta, como a provisão de bens em espécie, a ajuda em dinheiro, a prestação de serviços diretos, a assistência técnica ou uma combinação de todas elas. A combinação específica das opções de resposta escolhidas, em geral, evolui com o passar do tempo. As Normas Mínimas centram-se no que deve ser feito e não o modo como a assistência deve ser prestada.

A prestação de ajuda em dinheiro — uma forma de programação baseada no mercado — tem sido cada vez mais utilizada para atender as necessidades humanitárias. Considerações a esse respeito foram integradas em todos os capítulos do

Manual. A ajuda em dinheiro pode ser utilizada para atender tanto necessidades multissetoriais quanto necessidades de um setor específico. Também pode ser usada para lidar com práticas discriminatórias que restringem o acesso das mulheres aos bens e à tomada de decisões a respeito da administração desses bens. As subvenções para múltiplos propósitos podem ser uma forma eficaz de prestar assistência e de cumprir as normas em todos os setores. Toda a ajuda em dinheiro deve estar baseada numa análise multissetorial das necessidades, da dinâmica do contexto, da funcionalidade do mercado e da viabilidade.

Nem todos os setores estão bem adaptados a uma programação baseada no mercado. Este é o caso, em particular, de prestadores de serviços diretos ou de assistência técnica. Os prestadores de serviços de saúde e nutrição podem optar por facilitar o acesso a prestadores de serviços já existentes, e a intervenções junto a provedores de saúde pública que não operam como mercados.

Para determinar como a ajuda pode ser prestada da melhor forma, serão necessárias consultas à população, bem como a análise dos mercados, o conhecimento sobre a forma como os serviços são prestados e a compreensão da capacidade logística e da cadeia de abastecimento. Essa análise da resposta deve ser revista ao longo do tempo, à medida que a situação se vai alterando; ⊕ *ver Apêndice: A prestação de ajuda através dos mercados.*

A implementação

Se as Normas Esfera não puderem ser implementadas para todos ou para alguns grupos da população afetada, deve-se investigar o porquê e explicar as falhas, assim como, o que é que precisa ser modificado. Avalie as implicações negativas, inclusive os riscos à saúde pública e à proteção. Documente essas questões e trabalhe ativamente com outros setores e com a população afetada para identificar os meios apropriados de minimizar possíveis danos.

A monitorização, a avaliação, a prestação de contas e a aprendizagem

A monitorização, a avaliação, a prestação de contas e a aprendizagem fundamentam as decisões de gestão em tempo útil e com base em dados. Permitem ajustar os projetos humanitários às mudanças nos contextos. Todas as Normas Mínimas têm indicadores que podem ser monitorizados para verificar se estão a ser cumpridas, se estão a ser cumpridas equitativamente em todos os segmentos da população ou o quanto ainda necessita ser feito. A avaliação dá suporte à aprendizagem para que se aprimorem as políticas e práticas futuras e promova a prestação de contas. Esses sistemas também contribuem para iniciativas de aprendizagem mais abrangentes, relacionadas com uma ação humanitária eficaz.

Entender as vulnerabilidades e as capacidades

No Manual, o termo “pessoas” é utilizado num amplo sentido para refletir a crença da Esfera de que todos os indivíduos têm direito à vida com dignidade; portanto, o direito à ajuda. Deve-se entender “pessoas” como um termo que inclui mulheres, homens, meninos e meninas, apesar da idade, deficiência, nacionalidade, raça, etnia, saúde, filiação política, orientação sexual, gênero ou qualquer outra característica que as pessoas possam utilizar para se definirem a si mesmas.

Avalie a situação atual e as tendências ao longo do tempo

– Quem é afetado? – Necessidades e vulnerabilidades – Estratégias e capacidade de enfrentamento – Deslocados? Em trânsito? – Quais as prioridades das pessoas afetadas?	– Riscos e ameaças à proteção – Situação da segurança e estado de direito – Acesso à ajuda – Acesso às pessoas necessitadas? – Variações sazonais de perigos	– Partes intervenientes e relações de poder – Capacidade e intenção dos socorristas – Planos de resposta de autoridades e de outros agentes – Papel da população de acolhimento	– Produtos e serviços disponíveis – Sistemas de mercado e cadeias de abastecimento – Capacidade de infraestrutura – Prestadores de serviços (financeiros e outros) – Capacidades logísticas, e restrições
---	--	--	---



Analise e priorize

Que problemas precisam ser enfrentados? Em que grupos de pessoas? Em que área geográfica? Em que prazo? Que normas considerar?



Reveja as opções e decida como a resposta será dada

Considere as opções disponíveis no contexto: – Prestação direta de serviços – Distribuição de produtos – Assistência técnica – Programação baseada no mercado – Ajuda em dinheiro	Escolha, entre estas, as opções de resposta com base na avaliação de: – Urgência e oportunidade – Viabilidade – Capacidades – Dignidade – Ameaças à proteção, riscos – Eficiência, custo-eficácia – Resiliência – Propriedade nacional – Política governamental
---	---



Elabore um programa baseado em qualidade e prestação de contas

Focos essenciais – Dados desagregados por sexo, idade e deficiência – Vulnerabilidades e proteção – Sustentabilidade ou transição	Comunicação e prestação de contas – Mecanismos de <i>feedback</i> e reclamação – Coordenação – Participação sistemática da comunidade	Monitorização do contexto, do processo, do progresso e dos resultados – Seleção de indicadores – Desagregação adequada dos dados	Estratégias de transição e de saída – Participação local e propriedade – Sistemas nacionais e propriedade – Parcerias
---	---	---	---

Entender o contexto para aplicar as normas (Figura 1)

Nem todas as pessoas possuem igual controlo sobre o poder e os recursos. Os indivíduos e os grupos de uma população têm diferentes capacidades, necessidades e vulnerabilidades, as quais variam ao longo do tempo. Os fatores individuais como a idade, o sexo, a deficiência, a saúde e o estado civil, podem restringir o acesso à assistência. Esses e outros fatores também podem servir de base para a discriminação intencional. O diálogo sistemático com mulheres, homens, meninos e meninas de diversas idades e origens — separadamente ou em grupos mistos —, é fundamental para desenvolver um bom programa. O facto de ser jovem ou idoso, mulher ou menina, uma pessoa com deficiência ou de uma minoria étnica não se torna, por si só, um indivíduo totalmente vulnerável. Ao contrário: é a interação de fatores, num determinado contexto, que pode reforçar capacidades, construir resiliência ou prejudicar o acesso à ajuda por parte de um indivíduo ou de um grupo.

Em muitos contextos, grupos e comunidades inteiras também podem ser vulneráveis por viverem em áreas distantes, inseguras ou inacessíveis, ou por estarem dispersos geograficamente, com acesso limitado à assistência e à proteção. Os grupos podem ficar desamparados e serem discriminados por causa da nacionalidade, etnia, idioma, religião ou filiação política, o que exige atenção especial para que se reflita o princípio da imparcialidade.

Quando grupos diversos estão envolvidos na conceção de um projeto, as respostas humanitárias são mais abrangentes e inclusivas e podem apresentar resultados mais sustentáveis. A inclusão e a participação das populações atingidas são fundamentais para uma vida com dignidade.

A desagregação dos dados

Em muitas situações, é difícil encontrar ou apurar dados de âmbito populacional. Entretanto, a desagregação de dados indicará as distintas necessidades e o impacto das ações nos diferentes grupos. Dados desagregados podem ajudar a identificar as pessoas de maior risco, a verificar se elas estão aptas a receber e a utilizar a ajuda humanitária, e se há algo mais a ser feito para se chegar até elas. Desagregue os dados na medida do possível e em categorias adequadas ao contexto para compreender as diferenças relativas a sexo, género, idade, deficiência, geografia, etnia, religião, casta ou a outros fatores que possam restringir o acesso à assistência imparcial.

Para dados gerais sobre a idade, utilizam-se as mesmas coortes que nos sistemas nacionais de recolha de dados. Se não houver coortes definidas por idade, pode-se usar a tabela a seguir. Para selecionar grupos específicos, como os de bebés, crianças, jovens, mulheres e idosos, poderá ser necessário realizar uma desagregação mais pormenorizada.

As crianças

As crianças compõem uma parcela significativa de qualquer população afetada por uma crise, mas em geral são menos visíveis. As capacidades e as necessidades das crianças variam de acordo com a idade biológica e o estágio de desenvolvimento. Devem ser tomadas medidas especiais para garantir que elas sejam protegidas contra possível dano e que tenham acesso igualitário aos serviços básicos.

Sexo	Condição quanto à deficiência	Idade									
		0–5	6–12	13–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
Feminino	Com deficiência										
	Sem deficiência										
Masculino	Com deficiência										
	Sem deficiência										

Durante uma crise humanitária, as crianças enfrentam riscos específicos que podem ser fatais, como a desnutrição, a separação em relação às suas famílias, o tráfico humano, o recrutamento por grupos armados, a violência e o abuso físico ou sexual, o que exige uma ação imediata.

Os riscos à proteção com frequência são agravados por muitos fatores. Por exemplo, os meninos adolescentes e os jovens são mais suscetíveis de serem recrutados como soldados, por grupos e forças armadas, para participarem das piores formas de trabalho infantil; as meninas adolescentes são mais propensas a serem recrutadas como escravas sexuais ou traficadas; as crianças com algum tipo de deficiência têm mais probabilidade de serem abandonadas ou negligenciadas. As meninas com deficiência precisam de atenção especial, porque correm maior risco de violência e exploração sexual e desnutrição.

Procure ativamente a opinião de meninos e meninas de todas as idades e origens, de modo que eles possam influenciar a maneira pela qual a ajuda é prestada, monitorizada e avaliada. A Convenção sobre os Direitos da Criança estabelece que “criança” é toda a pessoa com idade abaixo de 18 anos. Analise como a população afetada define as crianças para assegurar que nenhuma criança ou jovem seja excluído da assistência prestada.

Os idosos

A população de idosos cresce rapidamente na maioria dos países; no entanto, costuma ser negligenciada nas respostas humanitárias.

Em muitas culturas, a condição de ser idoso está associada a certas circunstâncias (como ser avô) ou a sinais físicos (como o cabelo branco), mas não à idade. Embora sejam muitas as fontes que definem a terceira idade a partir dos 60 anos, em contextos nos quais as crises humanitárias ocorrem, a idade de 50 anos pode ser mais apropriada.

Os idosos aportam conhecimento e experiência em estratégias de enfrentamento e atuam como cuidadores, gestores de recursos, coordenadores e geradores de receitas. Muitas vezes, personificam a tradição e a história e atuam como pontos de referência cultural. O isolamento, a debilidade física, o desgaste das estruturas de apoio da família e da comunidade, as doenças crônicas, as dificuldades funcionais e



o declínio da capacidade mental, podem aumentar a vulnerabilidade dos idosos em contextos humanitários.

Assegure-se de que os idosos sejam consultados e que participam de cada fase da resposta humanitária. Leve em consideração a oferta de serviços, os ambientes e informações adequadas e acessíveis à idade, e utilize dados desagregados por faixas etárias para a monitorização e a gestão do projeto.

O gênero

O “gênero” refere-se às diferenças socialmente construídas entre mulheres e homens durante as suas vidas. Pode mudar ao longo do tempo, dentro e através das culturas e em função do contexto. O gênero normalmente determina os diferentes papéis, as responsabilidades, o poder e o acesso a recursos das mulheres, das meninas, dos meninos e dos homens. É crucial para uma programação humanitária eficaz e para dar cumprimento aos direitos humanos, compreender essas diferenças e o modo como elas se modificam durante uma crise. As crises humanitárias podem ser uma oportunidade de lidar com as desigualdades de gênero e de empoderar mulheres, meninos e meninas.

Gênero não é o mesmo que sexo, que se refere aos atributos biológicos de uma pessoa.

“Gênero” não indica “somente mulheres”. Embora as mulheres e as meninas, na maioria das vezes, enfrentem restrições nos seus papéis, os quais estão associados ao gênero, os homens e os meninos também são influenciados por expectativas rígidas em relação à masculinidade. Uma programação elaborada com base na igualdade de gênero requer a inclusão de todos, de modo a promover o desenvolvimento de relações mais equitativas e a participação igualitária de mulheres, meninas, homens e meninos.

A violência de gênero

A “violência de gênero” descreve a violência baseada nas diferenças de gênero entre homens e mulheres. Enfatiza como a desigualdade entre homens e mulheres é o cerne da maioria das formas de violência perpetradas contra mulheres e meninas em todo o mundo. As crises humanitárias podem intensificar muitos tipos de violência de gênero; entre eles, a violência contra a parceira, o casamento infantil, a violência sexual e o tráfico humano.

As organizações são responsáveis por tomarem todas as medidas necessárias para impedir a exploração e o abuso sexual das pessoas atingidas por uma crise, inclusive nas suas próprias atividades. Quando se confirmam alegações de má conduta, é importante que as autoridades competentes responsabilizem o autor e que os casos sejam tratados de forma transparente.

As pessoas com deficiência

Aproximadamente 15% da população mundial vive com alguma forma de deficiência. Entre as pessoas com deficiência, incluem-se aquelas que têm deficiência física, mental, intelectual ou sensorial a longo prazo, o que, associado a vários outros

obstáculos, pode dificultar a sua participação integral e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as outras pessoas.

Em contextos humanitários, as pessoas com deficiência estão mais propensas a defrontarem-se com barreiras e obstáculos no ambiente físico, no transporte, nas comunicações, em serviços e instalações humanitárias. Na fase de programação e organização da resposta, devem-se levar em conta as capacidades e necessidades de todas as pessoas com deficiência e devem-se empreender esforços concretos para remover as barreiras físicas, comportamentais e de comunicação, que impeçam o seu acesso e a sua participação. Os riscos nas mulheres e nas meninas com deficiência podem ser agravados em função do gênero, da desigualdade e da discriminação.

⊕ *Ver Referências: Washington Group Questions* sobre a desagregação dos dados por deficiência e as ⊕ *Normas Humanitárias de Inclusão para Idosos e Pessoas com Deficiência*, para mais informações.



As pessoas com VIH

É importante identificar a prevalência de VIH num contexto específico para entender vulnerabilidades e riscos e embasar uma resposta eficaz. Os deslocamentos podem levar ao aumento da vulnerabilidade relativa ao VIH, e as crises humanitárias são passíveis de interromper a prevenção, os testes de diagnóstico, os cuidados, o tratamento e os serviços de apoio. Muitas vezes, são necessárias medidas específicas para proteger as populações de alto risco contra a violência e a discriminação. Tal situação pode ser agravada pela desigualdade e pela discriminação de gênero baseadas na deficiência, identidade de gênero e orientação sexual. Por outro lado, pode desencorajar as pessoas com VIH a procurarem serviços durante uma crise, caso haja algum serviço disponível. A violência, a discriminação e as estratégias negativas com que se defrontam, como o comércio sexual, aumentam a vulnerabilidade à transmissão de VIH, especialmente entre mulheres, meninas e comunidades LGBTQI. No grupo de maior risco estão homens que praticam sexo com homens, pessoas que utilizam drogas injetáveis, profissionais do sexo, transgêneros, pessoas com deficiência, pessoas em prisões e em outros ambientes fechados; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: VIH*.

Fatores como a redução da mobilidade ao longo do tempo e um maior acesso a serviços para populações afetadas por crises, podem diminuir o risco de VIH. Devem-se desfazer eventuais conceitos equivocados sobre a presença de pessoas com VIH e sobre o aumento da prevalência de VIH, para evitar práticas discriminatórias. Pessoas com VIH têm o direito de viver as suas vidas com dignidade, livres de preconceito, e deveriam ter acesso indiscriminado aos serviços.

As pessoas LGBTQI

As pessoas identificadas como lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer* e intersexuais (LGBTQI), costumam correr um risco mais alto de discriminação, estigma e violência física e sexual. Elas podem defrontar-se com obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde, habitação, educação, emprego, informação e instalações humanitárias.

Por exemplo, as pessoas LGBTQI são, com frequência, discriminadas em programas de assistência baseados em unidades familiares “convencionais”, como os de alojamentos de emergência ou os de distribuição de alimentos. Tais dificuldades afetam a sua saúde e a sua sobrevivência e podem ter consequências a longo prazo em relação à sua integração. Inclua respostas de proteção específicas, seguras e inclusivas nas fases de preparação e de planejamento. Faça consultas pertinentes aos indivíduos LGBTQI e às organizações em cada fase da resposta humanitária.

A saúde mental e o apoio psicossocial

As pessoas reagem de maneiras diferentes ao stresse de uma crise humanitária. Algumas são mais propensas a ficar oprimidas pela angústia, especialmente se foram deslocadas à força, separadas dos membros da família, se sobreviveram à violência ou se tiveram problemas de saúde mental anteriormente. Prestar serviços básicos e de segurança de modo adequado do ponto de vista social e cultural, é essencial tanto para evitar a angústia entre as populações afetadas quanto para lidar com a discriminação.

O fortalecimento do apoio psicossocial e da autoajuda na comunidade cria um ambiente de proteção, permitindo que as pessoas afetadas se ajudem mutuamente na sua recuperação social e emocional. As intervenções centradas nos indivíduos, na família ou no grupo — incluindo intervenções clínicas — são importantes, mas não precisam ser necessariamente conduzidas por profissionais da área de saúde mental. Elas também podem ser feitas por leigos sob supervisão e que tenham recebido formação; ➕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5: Cuidados de saúde mental.*

As populações afetadas muitas vezes manifestam uma identidade espiritual ou religiosa e podem vincular-se a uma comunidade religiosa. Em geral, essa é uma parte essencial da sua estratégia de enfrentamento, e que tem influência numa resposta adequada, por meio de uma diversidade de setores. Há cada vez mais evidências de que as populações afetadas são beneficiadas quando os agentes humanitários levam em consideração a sua identidade religiosa. As comunidades religiosas existentes têm um grande potencial para contribuir com as respostas humanitárias. Para se realizar uma abordagem centrada em pessoas, é necessário que os agentes humanitários conheçam a identidade religiosa das populações afetadas. Há um conjunto cada vez maior de ferramentas que ajudam nesse propósito.

Entender o contexto operacional

As respostas humanitárias acontecem em contextos bastante diferentes que variam de urbanos a rurais, de um conflito a uma catástrofe súbita e, não raro, com o tempo, se convertem numa combinação desses diferentes contextos. A eficácia da resposta para atender as necessidades da população afetada dependerá de fatores geográficos, sociais, econômicos, políticos, ambientais, assim como de fatores associados à segurança. Embora as Normas Mínimas tenham sido desenvolvidas com o foco na assistência imediata para salvar vidas, são aplicáveis em respostas humanitárias que duram alguns dias, semanas, meses ou mesmo anos. A resposta humanitária

deve mudar e adaptar-se ao longo do tempo, além de evitar que se crie dependência em relação à ajuda. Uma análise contínua do contexto e da situação vai sinalizar quando os programas se devem adaptar a um ambiente variável, como no caso de novas questões de segurança ou de restrições sazonais, como as cheias.

A avaliação contínua do modo como a resposta afeta a dinâmica local (como por exemplo, a aquisição de produtos e serviços ou a contratação de transportes) é essencial para garantir que a ação humanitária não estimule a dinâmica de conflitos;  *ver Princípio de Proteção 2*. Quando as crises se prolongam, as fragilidades sistêmicas subjacentes podem intensificar necessidades e vulnerabilidades, exigindo iniciativas extras quanto à proteção e ao incentivo do desenvolvimento da resiliência. Algumas delas serão melhor resolvidas por agentes de desenvolvimento ou em cooperação com estes.

Os mecanismos de coordenação, como o sistema de grupos, são necessários para estabelecer uma divisão clara do trabalho e das responsabilidades e para identificar falhas na cobertura e na qualidade. É importante evitar a sobreposição de iniciativas e o desperdício de recursos. A partilha de informações entre as partes intervenientes, aliada a um planeamento conjunto e a atividades integradas, também pode assegurar uma melhor gestão de riscos por parte das organizações e o aprimoramento dos resultados da resposta.

O apoio aos agentes nacionais e locais

Reconhecendo a função e a responsabilidade primordial do Estado de acolhimento, o Manual orienta todos os envolvidos na resposta humanitária e o papel que as organizações humanitárias podem desempenhar no apoio a essa responsabilidade. Num conflito, a disponibilidade dos agentes estatais e não estatais de facilitar o acesso à população terá um efeito determinante.

O papel do Estado na coordenação e na liderança de uma resposta será determinado por muitos fatores, incluindo:

- A existência de um órgão governamental encarregado especificamente da coordenação ou da implementação das respostas humanitárias (geralmente conhecido como autoridade ou organização nacional para a gestão de catástrofes);
- A função e a capacidade dos ministérios competentes para estabelecer normas, tais como normas sobre nutrição e sobre medicamentos essenciais e equipa médica;
- A falta de instituições estatais em funcionamento, como por exemplo, em áreas disputadas. Nessas situações extraordinárias, os agentes humanitários podem ter de estabelecer os seus próprios mecanismos de coordenação.

As crises prolongadas

Quando for evidente que uma resposta humanitária vai durar mais do que vários meses ou anos, estude os diversos meios de prover necessidades e respaldar a vida com dignidade. Pesquise as oportunidades de trabalhar com os prestadores de serviço existentes, autoridades locais, comunidades locais, redes de proteção

social e agentes de desenvolvimento para ajudar a atender as necessidades. As avaliações precisam considerar o contexto, as preocupações relativas à proteção e à forma como os direitos da população afetada serão impactados. Envolver indivíduos de todos os sexos e idades, deficiências e origens, incluindo as comunidades auto-denominadas, na análise, na avaliação, na tomada de decisões, na monitorização e na avaliação. Procure soluções permanentes e de longa duração o quanto antes. Quando os agentes humanitários têm a possibilidade de estabelecer soluções de longo prazo, estas devem prevalecer sobre as medidas temporárias.

Reconheça que as pessoas afetadas costumam ser as primeiras a responsabilizarem-se pelas suas próprias necessidades e a protegerem-se a si mesmas. As autoridades nacionais e locais, as organizações da sociedade civil, as organizações religiosas e outras, prestam uma assistência fundamental. Conheça essas redes de assistência preexistentes e identifique os meios de apoiá-las, em vez de enfraquecê-las ou duplicá-las.

Os contextos urbanos

À medida em que uma parte cada vez maior da população mundial se desloca para as cidades, os agentes humanitários precisam estar preparados para atuar em contextos urbanos. As áreas urbanas diferem de outros contextos em termos de:

- **Densidade:** maior densidade de pessoas, habitações, infraestrutura, leis e culturas numa área relativamente pequena;
- **Diversidade:** social, étnica, política, linguística e religiosa, além de grupos economicamente diversificados que vivem próximos uns dos outros;
- **Dinâmica:** os ambientes urbanos são fluidos e variáveis, com alta mobilidade e mudanças rápidas nas relações de poder.

A municipalidade será, muitas vezes, a principal autoridade governamental, vinculada a outros agentes e departamentos do governo, como os ministérios correspondentes. O acesso aos serviços básicos, à segurança alimentar e aos meios de subsistência deve ser cuidadosamente avaliado, assim como qualquer espécie de discriminação. As pessoas nas cidades utilizam dinheiro em efetivo para pagar alugueres, comprar alimentos e utilizar os serviços de saúde. As Normas Mínimas para uma vida com dignidade aplicam-se independentemente do modo como a ajuda é prestada.

As Normas Mínimas Esfera podem ser utilizadas para dar suporte a múltiplos pontos de entrada para a prestação de ajuda em áreas urbanas, inclusivamente através de assentamentos, bairros ou zonas. Grupos estabelecidos com os mesmos interesses (como escolas, clubes, grupos de mulheres e de motoristas de táxi) podem viabilizar pontos de entrada úteis. Colaborar com os agentes locais (como o setor privado, o governo local, as lideranças de bairros e os grupos comunitários) pode ser vital para restabelecer, auxiliar e fortalecer os serviços já existentes em vez de substituí-los. Deve-se pensar em como é que a ajuda humanitária pode apoiar o planeamento de investimentos municipais gerando recursos durante a crise e a longo prazo.

Assim como em qualquer outro cenário, a análise do contexto urbano deve ter em atenção os recursos e as oportunidades existentes, como comércio, o dinheiro, a tecnologia, os espaços públicos, as pessoas com competências específicas, a diversidade social e cultural e os aspetos referentes aos riscos e à proteção. A análise deve orientar as opções de resposta e a modalidade final da entrega, como a decisão de prestar ajuda em espécie ou em dinheiro (e a melhor maneira de fazê-lo). A economia das cidades baseada no dinheiro oferece oportunidades de parceria com agentes no ramo dos mercados e da tecnologia, que podem facilitar a utilização da ajuda em dinheiro.

Os assentamentos comunitários

Os assentamentos e os acampamentos comunitários planeados, assim como os centros coletivos e os assentamentos espontâneos, são o lar de milhões de pessoas que se encontram em situação de deslocamento forçado. As Normas Esfera podem ser utilizadas para assegurar a qualidade da ajuda nos espaços comunitários. Também podem ajudar a identificar as prioridades para que os programas multisetoriais abordem as preocupações relativas à saúde pública, e ao acesso a serviços básicos em assentamentos espontâneos.

Em assentamentos comunitários, a formação específica em gestão de acampamentos pode contribuir para uma melhor prestação de contas e uma melhor coordenação na prestação dos serviços. Entretanto, os assentamentos comunitários apresentam riscos específicos à proteção. Por exemplo: quando o direito à liberdade de circulação para deixar o assentamento é negado, é possível que as pessoas não consigam ter acesso aos mercados ou não consigam procurar meios de subsistência. Deve-se dar atenção especial às comunidades de acolhimento, porque as diferenças de tratamento, reais ou aparentes, podem agravar as tensões ou os conflitos. Nestes casos, lutar por uma alternativa a ambientes semelhantes aos dos acampamentos e também atender às necessidades da comunidade de acolhimento, ajuda a garantir que as populações afetadas consigam viver com dignidade.

Os cenários com a presença de forças militares nacionais ou internacionais

Os princípios humanitários devem orientar o diálogo e a coordenação humanitária-militar a todos os níveis e fases da interação. A partilha de informações, o planeamento e a divisão de tarefas são três elementos essenciais de uma coordenação civil-militar eficaz. Embora possa haver partilha de informações entre militares e agentes humanitários, esta vai depender do contexto das atividades operacionais. As agências humanitárias não devem partilhar informações que deem vantagem tática a uma das partes do conflito ou que coloquem os civis em perigo.

Em certas ocasiões, as organizações humanitárias podem ter de se valer da utilização de táticas próprias de militares para dar suporte a operações humanitárias. O apoio militar a organizações humanitárias deve limitar-se ao suporte das infraestruturas e à ajuda indireta; a ajuda direta é o último recurso.

A cooperação com as forças militares tem um impacto, real ou aparente, na neutralidade e na independência operacional das organizações humanitárias; por isso, deve ser previamente avaliada com todo o cuidado. Os acordos de cooperação humanitária-militar devem estar baseados em documentos de orientação internacionalmente aceites; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 6 e Referências.*

O impacto ambiental da resposta humanitária

O meio ambiente em que as pessoas vivem e trabalham é essencial para a sua saúde, o seu bem-estar e a sua recuperação de uma crise humanitária. A compreensão do modo como as pessoas afetadas por uma crise dependem do meio ambiente para a sua própria recuperação também pode orientar a conceção do programa, e gerar respostas mais sustentáveis para enfrentar choques futuros e reduzir futuros riscos.

As operações humanitárias afetam o meio ambiente tanto direta quanto indiretamente. Uma resposta humanitária eficaz deve, portanto, fazer uma avaliação cuidadosa do risco ambiental paralelamente a outras análises mais amplas e a uma análise situacional. Os programas devem minimizar o impacto ambiental e considerar como a aquisição, o transporte, a escolha de materiais, o terreno e o uso de recursos naturais podem proteger ou degradar ainda mais o meio ambiente; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*

Os países e as regiões que enfrentam a pobreza e têm instituições e ecologia frágeis, estão expostos a um risco maior de desastres naturais e de instabilidades, criando um círculo vicioso de degradação social e ambiental. Isso tem impacto na saúde, na educação, nos meios de subsistência e em outros aspetos da segurança, da dignidade e do bem-estar. A sustentabilidade ambiental é um componente importante numa resposta humanitária de boa qualidade; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromissos 3 e 9, e Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*

Apêndice

A prestação de ajuda através dos mercados

Este apêndice complementa a introdução do Manual Esfera, apresentando mais informações e orientações sobre como utilizar os mercados para cumprir as Normas Mínimas, e ajudar as pessoas para que tenham as suas necessidades atendidas após uma crise. Está baseado nos capítulos dos fundamentos e é citado nos capítulos técnicos; assim sendo, é um elemento integrante do Manual Esfera. Para responderem com eficácia, os agentes humanitários precisam entender quais são as necessidades e como atendê-las na prática. Parte dessa análise consiste em compreender como funcionam os mercados, e quais são os produtos e serviços disponíveis de âmbito local, nacional, regional e internacional. Essa compreensão permite que os programas humanitários deem apoio aos mercados durante a resposta ou pelo menos não os perturbem.

Análise dos mercados como parte da análise da resposta

Uma vez que se tenham avaliado as necessidades e as capacidades de modo a se identificarem as prioridades, devem-se analisar os diferentes meios para responder e satisfazer a essas necessidades. A análise da resposta deve assegurar que os riscos operacionais, programáticos e contextuais, assim como as oportunidades, sejam sistematicamente avaliados ao se determinar como é que a ajuda deverá ser prestada. Às vezes, isso é chamado de “escolha da modalidade”.

A identificação da melhor maneira de se prestar ajuda para atender às necessidades requer:

- A desagregação de informações sobre prioridades e sobre o modo como as pessoas desejam ter acesso à ajuda nos setores e ao longo do tempo;
- A compreensão das vulnerabilidades econômicas, tanto as preexistentes quanto as que surgiram em razão da crise.

Como parte da análise da resposta, a análise dos mercados ajuda a identificar a maneira mais eficaz de atender às necessidades prioritárias: ajuda em espécie, prestação de serviços, ajuda em dinheiro ou uma combinação dessas opções em função do contexto. A análise dos mercados vai auxiliar a identificar quaisquer restrições que afetem os mercados (incluindo questões que tenham relação com a oferta e a procura, as políticas, as normas, as regras ou a infraestrutura) e que limitem o seu funcionamento.

Seja qual for a opção de resposta escolhida, deve ser sensível ao mercado e deve procurar proteger os meios de subsistência, os empregos locais e os negócios. A Esfera tem como pressuposto o respeito fundamental pelas pessoas afetadas pelas crises humanitárias e o apoio às suas escolhas para a sua própria recuperação. Ao



levar em consideração o modo como as pessoas interagem com os mercados locais para adquirir bens, serviços e rendimento, a análise dos mercados adota uma abordagem centrada nas pessoas.

Programação e mercados

Pode-se prestar ajuda por meio de mercados de diversas formas de âmbito local, regional e nacional. A programação baseada no mercado pode ser utilizada para prestar ajuda diretamente ou pode auxiliar os mercados para servirem melhor às populações afetadas.

- A aquisição local ou regional de produtos e artigos não alimentares dá suporte ao abastecimento dos mercados em si.
- A ajuda em dinheiro, permitindo que as pessoas comprem bens e serviços disponíveis no mercado local, auxilia a procura dos mercados.
- O apoio à infraestrutura (como a melhoria do acesso rodoviário aos mercados ou a realização de reformas, como leis que previnam a fixação de preços) auxilia os mercados para que possam servir melhor à população afetada.

O sexo, a etnia e a deficiência costumam influenciar diretamente o acesso físico, financeiro e social aos mercados. Como é que homens, mulheres, jovens e idosos têm acesso de forma distinta os mercados? Os comerciantes de determinada etnia têm acesso a oportunidades de crédito? Esses e outros fatores influenciam o grau de participação ativa dos indivíduos nos mercados.

No desenvolvimento de programas baseados no mercado, devem-se ponderar as questões éticas e ambientais. Assegure-se de que os mercados que sobre-exploraram os recursos naturais, os ecossistemas e o meio ambiente não se desenvolvam de forma a agravar o risco que as pessoas correm.

Bens, serviços e mercados: ao responder às necessidades humanitárias prioritárias, leve em conta tanto os produtos como os serviços. A maioria das Normas Esfera envolve o fornecimento de algum tipo de mercadoria ou o acesso a bens. Entretanto, os setores de cariz social como os da saúde e educação, caracterizam-se por possibilitar ou melhorar o acesso aos serviços. Portanto, prestar assistência através dos mercados pode não ser uma opção. Quando se trabalha com prestadores de serviço terceirizados ou subcontratados, deve-se supervisionar de perto a qualidade dos serviços e produtos; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.4: Financiamento da saúde.*

Em alguns casos, são adequados os programas baseados no mercado que apoiam indiretamente o acesso a serviços. A ajuda em dinheiro pode facilitar o transporte para unidades de serviços de saúde ou o acesso à educação (aquisição de uniformes e material escolar). O acompanhamento dos gastos domésticos possibilita a obtenção de informações claras a respeito do custo de acesso aos serviços, inclusive àqueles que deveriam ser gratuitos. A monitorização de despesas domésticas deve-se apoiar sempre na monitorização dos resultados da ajuda em dinheiro.

Os setores de serviços também podem considerar programas baseados no mercado de bens, como mosquiteiros tratados com inseticidas, suplementos

alimentares e produtos farmacêuticos, se atenderem aos critérios de qualidade; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais.*

Em muitos contextos, será necessária uma combinação de intervenções baseadas no mercado. Os programas baseados no mercado provavelmente necessitarão de apoio de outras atividades, como aquelas que prestam assistência técnica. A combinação vai evoluir no decorrer do programa e poderá mudar de ajuda em espécie para ajuda em dinheiro ou em vales e vice-versa. Realizar a monitorização do programa juntamente com a monitorização do mercado é importante para confirmar ou ajustar a forma de ajuda.

A colaboração entre a cadeia de abastecimento, a logística e as funções do programa é sempre necessária. Para mais orientações sobre as ferramentas que auxiliam esta opção e análise, ⊕ *ver Referências.*



Listas de Verificação

Lista de verificação para a ajuda em dinheiro

Esta secção apresenta uma lista de questões relativas à prestação de ajuda através dos mercados. Esta segue o ciclo da gestão do programa, e inclui outros elementos importantes a serem considerados quando se adota este meio para o cumprimento das Normas Mínimas. Cada contexto será diferente, e as opções de mecanismos de ajuda vão variar em função da infraestrutura, da proteção de dados, da relação custo-eficácia e da inclusão financeira.

Conceção do programa

- Baseie os critérios de identificação dos destinatários nos objetivos do programa e inclua observações específicas sobre a ajuda em dinheiro.
- Estude com cuidado qual o membro da família que deve receber ajuda em dinheiro, fazendo uma avaliação clara do risco e ponderando qualquer questão relativa à proteção.
- Identifique métodos seguros, acessíveis e eficazes de prestar ajuda segundo o contexto, os objetivos e a extensão do programa, o conhecimento financeiro e as preferências dos beneficiários.
- Calcule a quantia a ser transferida, de acordo com as necessidades a serem atendidas e o respectivo custo.
- Estabeleça a frequência e a duração das transferências com base nas necessidades, na sazonalidade, na capacidade dos prestadores de serviços financeiros e nos riscos à proteção.
- Quando possível e viável, adote uma perspectiva multissetorial.
- Defina as questões essenciais e os indicadores correspondentes para monitorizar o processo, a atividade, o rendimento e os resultados.

Implementação

- Inclua questões específicas do contexto e qualquer outro aspeto pertinente nas licitações para a prestação de serviços financeiros e estabeleça os critérios de seleção.
- Avalie a possibilidade de utilizar mecanismos de ajuda conhecidos e já implementados tendo em vista a proteção social.
- Estabeleça sistemas de identificação e de registo de beneficiários que sejam adequados aos mecanismos de prestação de ajuda e à proteção dos dados pessoais.
- Assegure-se de que os sistemas de registo e identificação abranjam os dados solicitados pelo prestador de serviços financeiros.
- Implemente e documente medidas de proteção de dados.
- Estabeleça, na medida do possível, métodos de processamento de dados digitais em colaboração com diferentes organizações (“sistema interoperável”).
- Defina claramente os procedimentos, as funções e as responsabilidades para os processos de entrega de dinheiro em efetivo, assim como os procedimentos de gestão de riscos.
- Assegure-se de que o processo de prestação de ajuda em dinheiro seja acessível e eficaz.
- Certifique-se de que todos os grupos afetados possam ter acesso ao método de entrega escolhido durante toda a vida útil do projeto.
- Assegure-se de que os beneficiários tenham informações sobre os objetivos do programa e sobre a duração da ajuda em dinheiro, para que possam decidir sobre os seus gastos com base nessas informações.
- Assegure-se, por meio da gestão e da monitorização dos contratos, de que os prestadores de serviços financeiros sejam responsáveis perante os beneficiários; ➕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromissos 4 e 5.*

Monitorização, avaliação e aprendizagem

- Monitorize processos, atividades, resultados e riscos relacionados com a ajuda em dinheiro, inclusivamente mediante a monitorização posterior à distribuição.
- Verifique se o dinheiro ou os vales foram recebidos pela pessoa certa, com segurança, em tempo útil e no valor correto.
- Monitorize sistematicamente os mercados e as suas cadeias de abastecimento, além de fazer a monitorização dos preços.
- Monitorize os gastos domésticos e faça a triangulação com os dados resultantes da monitorização dos mercados para avaliar se as necessidades podem, de facto, ser atendidas por meio da ajuda em dinheiro, e se as estratégias negativas de enfrentamento podem ser reduzidas.
- Monitorize os possíveis riscos da ajuda em dinheiro, incluindo os riscos à proteção e o impacto negativo nos recursos naturais.
- Avalie os resultados relativos à ajuda em dinheiro.
- Avalie com regularidade se a opção da ajuda em dinheiro é eficaz para atender às mudanças das necessidades, para adaptar o programa de acordo com as mesmas e para favorecer a aprendizagem contínua com vista a futuros programas.

Lista de verificação para a gestão da cadeia de abastecimento e logística

Esta secção apresenta uma lista de questões relativas à gestão da cadeia de abastecimento e logística. Segue o ciclo da gestão do programa e inclui outros elementos importantes a serem considerados.

A gestão da cadeia de abastecimento começa com a escolha do produto ou serviço. Inclui a identificação da procedência do que é necessário, a aquisição, a gestão da qualidade, a administração dos riscos (incluindo seguros), a embalagem, o despacho, o transporte, o armazenamento, a gestão do inventário, a entrega e a distribuição. Essa gestão envolve muitos parceiros diferentes; por isso, é importante coordenar as atividades; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 6.*

É necessária competência específica em gestão da cadeia de abastecimento. Entre os tipos específicos de conhecimento especializado pertinentes, incluem-se a gestão de contratos, a gestão de transporte e armazenamento, a gestão de inventário, a gestão de informações e análise da linha de abastecimento, o acompanhamento das expedições e a gestão de importações. As práticas de gestão e de monitorização devem garantir a salvaguarda dos produtos até aos pontos de distribuição. Entretanto, as organizações humanitárias também são responsáveis por cuidar de que os produtos e serviços (incluindo os serviços de ajuda em dinheiro) cheguem às pessoas que necessitam de ajuda.

As compras locais e regionais estimulam os mercados locais, o que pode incentivar agricultores e fabricantes a produzir mais e, assim, impulsionar a economia local. Contudo, quando as provisões já são relativamente limitadas, as compras locais ou regionais podem causar problemas em outros mercados ou interferir nas redes comerciais existentes. Por outro lado, a importação pode excluir os produtores locais ou regionais e também perturbar as redes comerciais existentes.

Conceção do programa

- Avalie a disponibilidade local de produtos e serviços necessários antes de procurar abastecimento fora da área.
- Considere trabalhar com transportadores locais ou regionais, que têm um valioso conhecimento dos regulamentos, dos procedimentos e das instalações, e podem ajudar no cumprimento das leis do país de acolhimento e agilizar as entregas.
- Num ambiente de conflito, adote um processo de fiscalização rigoroso em relação aos prestadores de serviços.
- Cuide para que o abastecimento local não cause ou agrave as hostilidades.
- Verifique se a utilização dos recursos naturais é sustentável e se vai gerar novos conflitos relacionados com os recursos.
- Estabeleça um procedimento transparente, justo e aberto para a adjudicação de contratos tendo em vista as opções locais, nacionais e internacionais.
- Se houver diversas organizações envolvidas, coordene o abastecimento local na medida do possível.



Implementação

- Estabeleça um bom relacionamento com fornecedores, comerciantes locais e prestadores de serviços.
- Faça cumprir através dos contratos, um nível de qualidade adequado para produtos e serviços, assim como práticas éticas e ambientalmente sustentáveis.
- Forme e supervise a equipa em todos os níveis da cadeia de abastecimento para que seja mantida a qualidade dos produtos e sejam respeitados os procedimentos de segurança (para beneficiários e funcionários), assim como as práticas éticas e ambientalmente sustentáveis.
- Inclua o pessoal de organizações parceiras e os prestadores de serviço na formação, a qual deverá ser dada no idioma local.
- Estabeleça procedimentos de prestação de contas incluindo o abastecimento, o planeamento de transporte e armazenagem, a gestão de inventário e os sistemas financeiros e de relatórios.
- Evite utilizar alimentos para pagar por operações logísticas, como por exemplo, descarregar em depósitos. Esses custos devem ser incluídos no orçamento básico.
- Recomendam-se armazéns separados para alimentos e artigos que não sejam alimentos. Ao escolher um armazém, certifique-se de que não foi utilizado como *stock* de produtos perigosos e de que não haja risco de contaminação. Fatores a serem considerados: segurança, capacidade, facilidade de acesso, solidez estrutural e ausência de qualquer ameaça ou inundação.
- Analise e administre os riscos à segurança nas rotas de transporte e nos armazéns.
- Em situações de conflito, estabeleça sistemas de controlo e supervise todas as fases da cadeia de abastecimento para reduzir o risco de saques ou de requisição pelas partes em guerra.
- Analise e trate das implicações políticas e de segurança mais amplas, como a possibilidade de desvio do *stock* para fomentar um conflito armado; ⊕ *ver Princípio de Proteção 2*.
- Reduza e informe acerca das perdas de produtos em todos os níveis da cadeia de abastecimento.
- Providencie a inspeção de produtos estragados ou impróprios para utilização, por inspetores qualificados (como especialistas em segurança alimentar e laboratórios de saúde pública), bem como os certificados para respetiva eliminação.
- Desfaça-se rapidamente dos produtos estragados antes que se tornem um perigo para a saúde ou para a segurança. Entre os métodos de eliminação de produtos incluem-se a venda (ração para animais, por exemplo), o enterramento ou a incineração autorizada e supervisionada por autoridade competente. Em qualquer situação, os produtos impróprios não devem retornar à cadeia de abastecimento e não podem causar danos ao meio ambiente ou contaminar as fontes de água ⊕ *ver WASH: Gestão de resíduos sólidos – Normas 5.1 a 5.3*.

- As necessidades diárias de gestão incluem relatórios imediatos e transparentes de quaisquer atrasos ou desvios na cadeia de abastecimento. Disponibilize documentos e formulários suficientes, no idioma local, em todos os pontos onde os produtos são recebidos, armazenados e/ou despachados. Deste modo, mantém-se uma via de auditoria das transações.

Monitorização, avaliação e aprendizagem

- Monitorize e administre as linhas de abastecimento para evitar desvios e interrupções na distribuição, bem como distorções no mercado.
- Informe regularmente as partes intervenientes sobre o desempenho dos esforços relacionados com a cadeia de abastecimento.
- Partilhe informações pertinentes aos níveis de *stock*, aos recebimentos previstos e às distribuições entre as partes intervenientes da cadeia de abastecimento. Utilize a monitorização dos níveis de *stock* para destacar, em tempo útil, défices e problemas previsíveis. A partilha de informações entre parceiros pode facilitar a obtenção de empréstimos para evitar interrupções na linha de abastecimento. Se não houver recursos suficientes, os produtos terão de ser priorizados. Consulte as partes intervenientes quando da análise de soluções.
- Assegure-se de que a prestação de contas e os mecanismos de comunicação refletem as especificidades dos processos de entrega.
- Assegure-se de que o seguimento dos produtos e os sistemas de gestão de informação estejam implementados desde o início da intervenção.
- Avalie regularmente se a ajuda é eficaz para atender às mudanças nas necessidades. Adapte o programa de acordo com as mesmas e apoie a aprendizagem contínua para futuros programas.



Referências e leitura complementar

Entender as vulnerabilidades e as capacidades

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. <http://www.helpage.org>

Programação baseada na fé

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

Análise dos mercados e programação baseada nos mercados

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2018. <https://www.calpnetwork.org>

Ajuda em dinheiro

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. <https://www.calpnetwork.org>

Gestão da cadeia de abastecimento e logística

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA. <https://www.humanitarianresponse.info>

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor acesse www.spherestandards.org/handbook/online-resources



A Carta Humanitária

A Carta Humanitária

A Carta Humanitária estabelece o fundamento ético e jurídico dos Princípios de Proteção, da Norma Humanitária Essencial e das Normas Mínimas apresentadas no Manual. Constitui, em parte, uma declaração de direitos e obrigações legais já estabelecidas e, em parte, uma declaração de crenças partilhadas.

No que se refere aos direitos e às obrigações legais, a Carta Humanitária resume os princípios jurídicos fundamentais mais relevantes para o bem-estar das pessoas afetadas por uma catástrofe ou um conflito. Relativamente às crenças partilhadas, procura obter um consenso entre as agências humanitárias sobre os princípios que devem reger a resposta a catástrofes ou conflitos, incluindo os papéis e as responsabilidades dos vários agentes envolvidos.

A Carta Humanitária constitui a base de um compromisso assumido pelas agências humanitárias que subscrevem a Esfera, e convida todos os envolvidos em ações humanitárias a adotarem os mesmos princípios.

As nossas crenças

1. A Carta Humanitária expressa a nossa convicção comum, como agências humanitárias, de que todas as pessoas afetadas por uma catástrofe ou por um conflito, têm o direito de receber a proteção e a ajuda que lhes assegurem as condições básicas de uma vida com dignidade.

Acreditamos que os princípios descritos nesta Carta Humanitária são universais, pois aplicam-se a todos os afetados por catástrofes ou conflitos, onde quer que estejam, e a todos aqueles que procuram ajudá-los ou que procuram proporcionar-lhes segurança. Os princípios estão presentes no Direito Internacional, mas a sua força provém, em última análise, do princípio moral fundamental da humanidade: todos os seres humanos nascem livres e iguais em termos de dignidade e de direitos. Com base nesse princípio fundamental, afirmamos a primazia do dever humanitário: devem-se adotar medidas para prevenir ou aliviar o sofrimento humano decorrente de catástrofes ou de conflitos, e nada se deveria sobrepor a esse princípio.

Como agências humanitárias locais, nacionais e internacionais, comprometemo-nos a promover e a aderir aos princípios desta Carta, e a cumprir as Normas Mínimas nas nossas iniciativas, para assistir e proteger as pessoas afetadas por uma catástrofe ou conflito. Convidamos a todos os envolvidos em atividades humanitárias, inclusivamente agentes governamentais e do setor privado, a subscreverem os princípios, os direitos e os deveres gerais apresentados a seguir, considerando-os como uma declaração de crenças humanitárias partilhadas.

O nosso papel

2. Reconhecemos que as necessidades básicas das pessoas afetadas por uma catástrofe ou por um conflito, são atendidas primeiramente pelos seus próprios esforços, pelo apoio da comunidade e pelas instituições locais. Reconhecemos o

papel primordial e a responsabilidade do Estado afetado de prestar ajuda em tempo útil, de assegurar proteção e segurança às pessoas, e de dar o apoio necessário à sua recuperação. Acreditamos que a combinação da ação oficial com a do voluntariado, é crucial para uma prevenção e uma resposta efetiva. A este respeito, o Movimento das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, assim como outros agentes da sociedade civil, têm um papel essencial a desempenhar no apoio às autoridades públicas. Quando a capacidade nacional for insuficiente, afirmamos o papel da comunidade internacional em geral — incluindo doadores governamentais e organizações regionais — de auxiliar os Estados a cumprir as suas responsabilidades. Reconhecemos e apoiamos as funções especiais das agências sob mandato das Nações Unidas e do Comité Internacional da Cruz Vermelha.

3. Como agências humanitárias, assumimos o nosso papel em relação às necessidades e às capacidades das populações afetadas, e às responsabilidades dos seus governos ou dos poderes instituídos. A nossa função na prestação da ajuda humanitária evidencia o facto de que aqueles a quem incumbe essa responsabilidade, nem sempre são plenamente capazes de cumpri-la por si mesmos ou nem sempre estão dispostos a fazê-lo. Tanto quanto possível, em consonância com o cumprimento do dever humanitário e com outros princípios enunciados nesta Carta, apoiaremos os esforços das autoridades competentes para proteger e assistir as pessoas afetadas. Apelamos a todos os agentes, estatais ou não, para que respeitem a atuação imparcial, independente e apartidária das agências humanitárias, e para que facilitem o seu trabalho, removendo obstáculos desnecessários, de natureza jurídica e prática, dando-lhes segurança e permitindo-lhes o acesso regular e em tempo útil às populações afetadas.



Princípios, direitos e deveres comuns

4. Oferecemos os nossos serviços, como agências humanitárias, com base no princípio de humanidade e do dever humanitário, reconhecendo os direitos de todas as pessoas afetadas por catástrofes ou conflitos — mulheres, homens, meninos e meninas. Nesses princípios estão compreendidos os direitos à proteção e à ajuda constantes, nas disposições do Direito Internacional Humanitário, dos Direitos Humanos e do Direito dos Refugiados. Para os propósitos desta Carta, resumimos esses direitos deste modo:

- **o direito à vida com dignidade;**
- **o direito a receber ajuda humanitária;**
- **o direito à proteção e à segurança.**

Embora esses direitos não estejam formulados nestes termos no Direito Internacional, englobam uma gama de direitos jurídicos consagrados e conferem um conteúdo mais amplo ao dever humanitário.

5. **O direito à vida com dignidade** reflete-se nas disposições do Direito Internacional, mais especificamente nas disposições dos direitos humanos relativos ao direito à vida, a um padrão de vida adequado e livre de tortura, ou de tratamento ou punições cruéis, desumanas ou degradantes. O direito à vida implica o dever de preservá-la quando esta estiver ameaçada. Neste está implícito o dever de não se recusar ou frustrar a prestação de ajuda à sobrevivência. A dignidade implica mais do que o bem-estar físico: exige o respeito pela pessoa por inteiro, incluindo os valores e as

crenças dos indivíduos e das comunidades afetadas, bem como o respeito pelos direitos humanos de que são titulares, como a liberdade, a liberdade de consciência e da prática religiosa.

6. O direito a receber ajuda humanitária é um elemento imprescindível ao direito à vida com dignidade. Abrange o direito a um padrão de vida adequado com alimentação, água, vestuário e alojamento adequados, além das condições necessárias para uma boa saúde, as quais estão expressamente garantidas no Direito Internacional. A Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas contemplam esses direitos, manifestando-os na prática, especificamente em relação à prestação de ajuda às pessoas afetadas por uma catástrofe ou por um conflito. Acreditamos que, quando os agentes estatais ou não estatais não prestam ajuda humanitária, devem permitir que outros os auxiliem a fazê-lo. Essa ajuda deve ser provida com base no princípio da **imparcialidade**, o que significa que deve ser prestada somente com base e na proporção da necessidade. Esse princípio reflete o princípio mais amplo da **não discriminação**: ninguém deve ser discriminado por nenhuma circunstância relativa à idade, ao gênero, à raça, à cor, à etnia, à orientação sexual, ao idioma, à religião, à deficiência, à condição de saúde, à opinião política ou outra, à nacionalidade ou à classe social.

7. O direito à proteção e à segurança sustenta-se nas disposições do Direito Internacional, nas resoluções das Nações Unidas e de outras organizações intergovernamentais, e na responsabilidade soberana dos Estados protegerem todas as pessoas sob a sua jurisdição. A segurança e a proteção, inclusive a proteção de refugiados e de pessoas deslocadas internamente, são motivo de preocupação específica da ação humanitária. Como é reconhecido pelo Direito, algumas pessoas em particular podem ser vulneráveis ao abuso e à discriminação preconceituosa devido à sua condição, por exemplo, de idade, gênero ou raça, e podem necessitar de medidas especiais de proteção e de assistência. Na medida em que falte a um Estado a capacidade de proteger as pessoas nestas circunstâncias, acreditamos que esse Estado deverá recorrer à ajuda internacional.

A lei relacionada com a proteção de civis e pessoas deslocadas exige uma atenção específica quanto aos seguintes aspectos:

- i. Durante um **conflito armado**, conforme definido no Direito Internacional Humanitário, são estabelecidas disposições legais específicas para garantir proteção e ajuda às pessoas não envolvidas no conflito. Neste particular, a Convenção de Genebra de 1949 e os Protocolos Adicionais de 1977, impõem obrigações às partes envolvidas em conflitos armados internacionais ou não internacionais. Salientamos a imunidade geral da população civil a ataques e represálias e, em particular, a importância de salvaguardar:
 - o princípio da **distinção** entre civis e combatentes, e entre alvos civis e objetivos militares;
 - os princípios da **proporcionalidade** no uso da força e da **precaução** em ataques;
 - o dever de evitar a utilização de armas de natureza indiscriminada ou que, pela sua natureza, causem ferimentos supérfluos ou sofrimento desnecessário;
 - o dever de permitir que seja prestada ajuda imparcial.

Muitos dos sofrimentos causados a civis em conflitos armados, que poderiam ser evitados, derivam da inobservância desses princípios básicos.

- ii. O **direito de buscar asilo ou refúgio** é vital à proteção das pessoas que sofrem perseguição ou violência. As pessoas afetadas por uma catástrofe ou por um conflito são frequentemente forçadas a abandonar as suas casas em busca de segurança e de meios de subsistência. As disposições da Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 (conforme revisão) e outros tratados internacionais e regionais, dão garantias fundamentais às pessoas que não conseguem obter proteção do Estado quanto à sua nacionalidade ou residência, e são forçadas a procurar segurança noutro país. Entre esses princípios, o mais importante é o da **não devolução**: o princípio de que ninguém deve ser devolvido a um país onde a sua vida, a sua liberdade ou a sua integridade física estejam ameaçadas, ou onde provavelmente tenha de enfrentar a tortura ou outro tipo de tratamento ou ainda punições cruéis, desumanas ou degradantes. O mesmo princípio é extensível aos deslocados internos, como consta no Direito Internacional dos Direitos Humanos e estabelecido nos Princípios Orientadores relativos aos Deslocados Internos de 1998, bem como nas normas regionais e nacionais relacionadas.



O nosso compromisso

8. Oferecemos os nossos serviços com a convicção de que a população afetada está no centro da ação humanitária, e reconhecemos que a sua participação ativa, é essencial para prestar a ajuda de uma forma que atenda melhor as suas necessidades; entre as quais, as necessidades das pessoas vulneráveis e das pessoas socialmente excluídas. Vamos empenhar-nos em apoiar as iniciativas locais para prevenir, preparar e responder às catástrofes e aos efeitos dos conflitos, bem como para reforçar a formação dos agentes locais a todos os níveis.

9. Estamos cientes de que as tentativas de prestar ajuda humanitária podem, ocasionalmente, ter efeitos adversos não intencionais. Visamos minimizar quaisquer efeitos negativos da ação humanitária na comunidade local ou no meio ambiente, em colaboração com as autoridades e as comunidades afetadas. Em relação aos conflitos armados, reconhecemos que a maneira pela qual a ajuda humanitária é prestada, pode tornar os civis mais vulneráveis a ataques, ou pode ocasionalmente dar vantagem não intencional a uma ou mais partes em conflito. Estamos empenhados em atenuar os efeitos adversos, de acordo com os princípios acima estabelecidos.

10. Atuaremos em conformidade com os princípios da ação humanitária estabelecidos nesta Carta e com a orientação específica do Código de Conduta de 1994, no Socorro em Caso de Desastre, para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Organizações Não Governamentais (ONG).

11. A Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas conferem um teor prático aos princípios comuns desta Carta, fundamentados no entendimento das agências a respeito dos requisitos mínimos para uma vida com dignidade e na experiência destas em prestar ajuda humanitária. Embora o cumprimento das normas dependa de uma variedade de fatores, muitos dos quais podem escapar ao nosso controlo,

comprometemo-nos a tentar cumpri-las de forma sistemática, e assim prestar contas devidamente. Convidamos todas as partes, nomeadamente, os governos afetados, os governos doadores, as organizações internacionais, os agentes não estatais e do setor privado, a adotarem a Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas como normas aceites.

12. Ao aderirmos à Norma Humanitária Essencial e às Normas Mínimas, comprometemo-nos a fazer todos os esforços para assegurar que as pessoas afetadas por catástrofes ou por conflitos tenham acesso, pelo menos, às condições mínimas de uma vida com dignidade e segurança: com água, saneamento, alimentação, nutrição, alojamento e cuidados de saúde adequados. Com esse propósito, continuaremos a defender os interesses humanitários, também para que os Estados e outras partes cumpram as suas obrigações morais e jurídicas para com as populações afetadas. Da nossa parte, comprometemo-nos a tornar as nossas respostas mais eficazes, apropriadas e responsáveis, designadamente, através da avaliação e da monitorização metódica da evolução do contexto local; mediante a transparência da informação e na tomada de decisões; mediante uma coordenação e uma colaboração mais eficientes com outros agentes competentes a todos os níveis, conforme detalhado na Norma Humanitária Essencial e nas Normas Mínimas. Comprometemo-nos, em particular, a trabalhar em parceria com as populações afetadas, enfatizando a sua participação ativa na resposta. Reconhecemos que devemos prestar contas fundamentalmente àqueles a quem procuramos ajudar.



Princípios de Proteção



Carta Humanitária



Princípios de Proteção

PRINCÍPIO 1

Melhorar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas e evitar expô-las a mais danos

PRINCÍPIO 2

Assegurar o acesso das pessoas à ajuda imparcial, de acordo com a necessidade e sem discriminação

PRINCÍPIO 3

Auxiliar as pessoas a recuperarem-se dos efeitos físicos e psicológicos decorrentes da ameaça de violência ou de violência real, coerção ou privação intencional

PRINCÍPIO 4

Ajudar as pessoas a reivindicar os seus direitos

APÊNDICE: Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção (*Professional Standards for Protection Work*)

SUMÁRIO

Princípios de Proteção	38
Princípio 1	40
Princípio 2	42
Princípio 3	43
Princípio 4	45
Apêndice: Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção	47
Referências e leitura complementar	49



Princípios de Proteção

Os quatro Princípios de Proteção aplicam-se a toda a ajuda humanitária e a todos os agentes humanitários.

1. Melhorar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas e evitar expô-las a mais danos.
2. Assegurar o acesso das pessoas à ajuda, de acordo com a necessidade e sem discriminação.
3. Auxiliar as pessoas a recuperarem-se dos efeitos físicos e psicológicos decorrentes da ameaça de violência ou de violência real, coerção ou privação intencional.
4. Ajudar as pessoas a reivindicar os seus direitos.

Os Princípios de Proteção dão suporte aos direitos estabelecidos na Carta Humanitária: o direito à vida com dignidade, o direito à ajuda humanitária e o direito à proteção e à segurança. Os princípios articulam as funções que todos os agentes humanitários podem desempenhar no auxílio e na proteção às pessoas. As funções e a responsabilidade dos agentes humanitários, no entanto, são secundárias em relação às do Estado. O Estado e outras autoridades, são legalmente responsáveis pelo bem-estar das pessoas nos limites do seu território ou sob o seu controlo, bem como pela integridade dos civis num conflito armado. Em última análise, o Estado e as outras autoridades têm o dever de garantir a segurança e a integridade das pessoas através da ação ou da contenção. O papel dos agentes humanitários pode ser o de incentivar e de persuadir as autoridades para que cumpram as suas responsabilidades e, no caso de falharem, ajudarem as pessoas a lidar com as consequências.

Este capítulo fornece orientações a respeito do modo como as organizações humanitárias podem contribuir com a proteção, auxiliando as pessoas a permanecerem em segurança, a terem acesso à ajuda, a recuperarem da violência e a reivindicarem os seus direitos.

A proteção está relacionada com a integridade, com a dignidade e com os direitos das pessoas afetadas por uma catástrofe ou por um conflito armado. O Comitê Permanente Interagências (IASC – *Inter-Agency Standing Committee*) define proteção como:

“... todas as atividades direcionadas à obtenção do respeito absoluto pelos direitos do indivíduo, em conformidade com a letra e o espírito do ordenamento jurídico pertinente (i.e. Direito Internacional dos Direitos Humanos, Direito Internacional Humanitário, Direito Internacional dos Refugiados)”.

Num sentido amplo, a proteção abrange todos os esforços empreendidos pelos agentes humanitários e defensores dos direitos humanos, para assegurar que os direitos das pessoas afetadas e as obrigações das autoridades competentes previstas no Direito Internacional sejam compreendidos, respeitados, protegidos e cumpridos sem discriminação.

A proteção implica medidas para manter as pessoas a salvo de violência, de coerção e de privação intencional. É comum haver um conjunto de preocupações em matéria de segurança, envolvendo comunidades inteiras em qualquer contexto humanitário. Para que seja resolvida de modo eficaz, é essencial desenvolver uma ação coordenada. Para que uma resposta humanitária esteja orientada para a proteção, é vital entender e abordar os principais riscos das pessoas afetadas; entre eles, os sérios danos resultantes do incumprimento do Direito Internacional Humanitário, dos Direitos Humanos e do Direito dos Refugiados.

Colocar os Princípios em prática

Qualquer um que aplique as Normas Mínimas Esfera deve orientar-se pelos Princípios de Proteção, mesmo não tendo um mandato específico ou formação especializada para atuar no âmbito da proteção. Isso inclui conhecer o contexto e adotar medidas para prevenir, limitar ou acabar com violações e riscos à segurança das pessoas. É essencial disponibilizar informações e apoiar a capacidade das pessoas para tomar decisões conscientes sobre a sua própria situação e recuperação.

Os agentes especializados em matéria de proteção devem observar esses Princípios, além de cumprirem as Normas Complementares Específicas. Os agentes realizam um trabalho autônomo focado em áreas específicas e preocupantes, tais como:

- A proteção à infância;
- A violência de gênero;
- Os direitos à habitação, à terra e à propriedade;
- A desminagem;
- O estado de direito e de justiça;
- A assessoria jurídica;
- Advogados e defensores dos direitos humanos;
- As populações deslocadas internamente;
- Os direitos dos refugiados.

⊕ *Ver Referências e Apêndice: Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção*, que abrangem o acompanhamento familiar, renovação de documentos, proteção de dados e outras áreas.



As atividades de proteção

As atividades relacionadas com a proteção podem destinar-se à prevenção, à resposta, à correção e à construção do ambiente. A defesa dos Princípios de Proteção requer uma combinação dessas atividades.

- **Atividades preventivas:** previnem a ocorrência de ameaças à segurança, à dignidade ou a direitos ou reduzem a exposição e a vulnerabilidade a essas ameaças.
- **Atividades responsivas:** detêm violações ou abusos em andamento por meio de uma resposta imediata aos incidentes de violência, coerção e privação.
- **Atividades corretivas:** tratam de corrigir abusos atuais ou passados, oferecendo cuidados de saúde (inclusive apoio psicossocial), assistência jurídica ou outro tipo de ajuda, para auxiliar as pessoas a recuperarem a sua dignidade.
- **Atividades de construção do ambiente:** contribuem para um ambiente político, social, cultural, institucional e jurídico que incentiva o respeito absoluto pelos direitos da população afetada. Isso inclui estimular o respeito pelos direitos em consonância com o Direito Internacional.

A defesa dos interesses humanitários — seja pública ou privada — é comum a todos os quatro tipos de atividades. Quando as ameaças às populações afetadas decorrem de decisões, ações ou políticas deliberadas, as organizações humanitárias ou de direitos humanos, devem defender mudanças nas decisões, ações ou políticas que ameacem os direitos da população afetada. Isso pode consistir em influenciar ou mudar o

comportamento de uma pessoa ou organização que represente uma ameaça, assim como, procurar mudanças nas políticas discriminatórias ou nos enquadramentos legais. Poderá também consistir em apoiar a iniciativa das próprias pessoas, para que se mantenham em segurança ou reduzam a sua exposição a riscos.

Princípio de Proteção 1

Melhorar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas e evitar expô-las a mais danos

Os agentes humanitários adotam medidas para reduzir os riscos e as vulnerabilidades gerais das pessoas, inclusive os eventuais efeitos negativos dos programas humanitários.

Este Princípio inclui:

- Entender os riscos relativos à proteção de acordo com a situação;
- Prestar ajuda que reduza os riscos que as pessoas possam enfrentar, ao atender as suas necessidades com dignidade;
- Prestar ajuda num ambiente que não exponha ainda mais as pessoas a perigos físicos, à violência ou ao abuso;
- Apoiar a capacidade das pessoas de se protegerem.

Evitar efeitos negativos causados pelos programas humanitários é de fundamental importância para este princípio; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 3.*

Notas de orientação

A análise do contexto:

A análise do contexto: compreenda o contexto e antecipe as consequências da ação humanitária que possam afetar a segurança, a dignidade e os direitos da população afetada. Trabalhe com parceiros e grupos de mulheres, homens, meninos e meninas afetados para realizar análises periódicas dos riscos, conforme a situação for mudando ao longo do tempo.

A lista a seguir não é exaustiva, mas pode servir de base para essas análises:

- Quais são as ameaças relativas à proteção, aos riscos e às vulnerabilidades em toda a população? Que capacidade tem a população para minimizá-las?
- Há grupos sujeitos a riscos específicos? Por quê? Considere, por exemplo, fatores como: etnia, casta, classe, gênero, sexo, idade, deficiências ou orientação sexual.
- Há obstáculos que impedem as pessoas de ter acesso à ajuda ou a participar nas decisões? Entre eles, podem-se incluir barreiras à segurança, barreiras sociais ou físicas ou o modo como a informação é disponibilizada.
- O que é que as comunidades locais estão a fazer para se autoprotegerem? Como é que as organizações humanitárias podem apoiar e não prejudicar essas iniciativas? Existem riscos para as pessoas se autoprotegerem?

- As pessoas estão envolvidas em mecanismos negativos de enfrentamento, como sexo transacional, casamento precoce, trabalho infantil ou migração arriscada? O que pode ser feito para reduzir as vulnerabilidades subjacentes?
- As atividades humanitárias estão a ter consequências negativas não intencionais, como por exemplo, colocar as pessoas em risco nos pontos de distribuição ou causar divisões dentro da comunidade ou em relação às comunidades de acolhimento? O que pode ser feito para reduzir esses riscos?
- Há leis penais que acarretem algum risco à proteção, como o teste de diagnóstico do VIH obrigatório, criminalização de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo ou outras?

Estabeleça e mantenha a partilha de informações e de mecanismos de prestação de contas com as comunidades, inclusive com as de risco, para identificar e discutir questões relativas à proteção.

Evite tornar-se cúmplice das violações aos direitos das pessoas por meio de atividades que dão legitimidade às políticas e às práticas que causam o problema. Alguns exemplos disso são as atividades que viabilizam o realojamento forçado de populações por razões políticas ou militares, ou que intensificam o conflito indiretamente pela escolha descuidada de parceiros ou empresários comerciais. Essa análise pode envolver escolhas e decisões difíceis, mas deve ser explicitamente considerada, e revista conforme as circunstâncias se vão modificando.

A ajuda humanitária: a maneira pela qual a ajuda é prestada e o ambiente em que ela é prestada podem tornar as pessoas mais vulneráveis a danos, à violência ou à coerção.

- Preste ajuda num ambiente que seja o mais seguro possível e procure, ativamente, maneiras de minimizar ameaças e vulnerabilidades. Por exemplo: ofereça orientações e cuidados de saúde em locais aos quais todas as pessoas possam ter acesso com segurança; ⊕ *ver Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução (Manual INEE, sigla em inglês).*
- Adote todas as medidas plausíveis ao gerir e prestar ajuda para proteger as pessoas contra agressões físicas e sexuais. Artigos de valor ou ajuda em dinheiro, por exemplo, podem estar sujeitos a saque, colocando os beneficiários em risco de danos.
- Ajude as pessoas a encontrarem opções seguras para atender às suas necessidades básicas, de forma a reduzir a exposição a riscos. Por exemplo: disponibilize alternativas de combustíveis que reduzam a necessidade de procurar lenha em lugares perigosos.
- Planeie atividades que protejam meninas e meninos e não criem riscos adicionais, como o recrutamento de crianças, o rapto ou a separação da família; ⊕ *ver CPMS Handbook.*
- Coordene com as autoridades governamentais e as organizações especializadas a remoção de minas terrestres e de artefactos explosivos não detonados, das áreas onde a ajuda é prestada; ⊕ *ver International Mine Action Standards.*
- Tenha em consideração os impactos não intencionais no ambiente, que possam afetar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas.
- Consulte os diferentes setores da comunidade, incluindo os grupos de risco e organizações nas quais os grupos confiam, para identificar a melhor



maneira de prestar ajuda. Por exemplo, trabalhe com pessoas com deficiência para definir como prestar ajuda. Não deveria haver riscos adicionais ao seu bem-estar ou ao bem-estar das pessoas em quem confiam para receber ajuda em seu nome.

Os mecanismos de proteção da comunidade: compreenda os meios pelos quais as pessoas tentam proteger-se a si mesmas, às suas famílias e às suas comunidades. Apoie as iniciativas de autoajuda lideradas pela comunidade. As intervenções humanitárias não devem comprometer a capacidade das pessoas se protegerem a si mesmas e aos outros.

As informações delicadas: assegure-se de que as pessoas não sejam colocadas em risco em consequência do modo como os agentes humanitários registam e partilham as informações. Estabeleça uma política de recolha e encaminhamento de informações delicadas. Esta política deve definir as circunstâncias nas quais as informações podem ser encaminhadas, e que deve respeitar o princípio do consentimento informado. A inobservância desta medida pode comprometer a segurança dos sobreviventes e dos funcionários.

Princípio de Proteção 2

Assegurar o acesso das pessoas à ajuda imparcial, de acordo com a necessidade e sem discriminação

Os agentes humanitários identificam os obstáculos de acesso à ajuda e adotam medidas para assegurar que ela seja prestada em proporção à necessidade e sem discriminação.

Este Princípio inclui:

- Questionar quaisquer ações que deliberadamente privem as pessoas das suas necessidades básicas, aplicando os princípios humanitários e os direitos pertinentes; ⊕ *ver Carta Humanitária*;
- Assegurar que as pessoas recebam apoio de acordo com a necessidade e que elas não sejam discriminadas por nenhum outro motivo;
- Assegurar o acesso à ajuda a todos os setores da população afetada.

A ideia central deste princípio é a de que as comunidades devem ter acesso à ajuda humanitária de que necessitam; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 2*.

Notas de orientação

A imparcialidade: dê prioridade à ajuda com base apenas na necessidade e preste ajuda em proporção à mesma. Este é o princípio da imparcialidade enunciado no Código de Conduta no Socorro em Caso de Desastre, para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Organizações Não Governamentais; ⊕ *ver Anexo 2 e Carta Humanitária*. As organizações humanitárias não se devem concentrar num grupo em particular (por exemplo, o de pessoas deslocadas num acampamento ou grupos de determinadas minorias), em detrimento de outro grupo da população afetada, que necessite de assistência.

O direito a receber ajuda humanitária: lute pelo direito de que as pessoas afetadas por uma crise recebam ajuda humanitária. Quando estão incapacitadas de colmatar as suas necessidades básicas, e as autoridades competentes não têm condições de prestar ajuda, tais autoridades não deveriam negar o acesso às organizações humanitárias imparciais. Esta recusa pode violar o Direito Internacional, particularmente em situações de conflitos armados. As pessoas afetadas por uma crise não precisam de ter uma condição jurídica especial para receber ajuda humanitária e proteção.

As autoridades não devem negar a existência das necessidades humanitárias ou utilizar impedimentos burocráticos para restringir o movimento dos trabalhadores humanitários.

As barreiras ao acesso: monitorize o acesso das pessoas à ajuda humanitária, para identificar e compreender as barreiras que elas possam enfrentar. Adote medidas para tentar resolver essa questão, quando for possível.

- Considere as barreiras que reduzem a liberdade de locomoção das pessoas ou o seu acesso físico à ajuda humanitária, como bloqueios, minas terrestres e postos de controlo. Em conflitos armados, as partes podem estabelecer postos de controlo, mas estes não devem fazer discriminação entre categorias de pessoas afetadas ou impedir, sem justificação, o acesso das pessoas à ajuda humanitária.
- Procure resolver os obstáculos que possam restringir o acesso de alguns grupos e indivíduos e que resultem numa ajuda não equitativa. Eles podem levar à discriminação de mulheres e crianças, idosos, pessoas com deficiência ou de minorias; também podem impedir que as pessoas tenham acesso à ajuda, em função de fatores como a etnia, a orientação religiosa, política ou sexual, a identidade de género, o idioma ou outras questões.
- Disponibilize informações sobre os benefícios e mecanismos de *feedback* em formatos e idiomas acessíveis. Promova a divulgação entre os grupos de risco “escondidos”, como os de pessoas com deficiência, de menores que vivem nas ruas ou de quem vive em regiões menos acessíveis, para facilitar o seu acesso à ajuda com segurança.



Princípio de Proteção 3: Auxiliar as pessoas a recuperarem-se dos efeitos físicos e psicológicos decorrentes da ameaça de violência ou de violência real, coerção ou privação intencional

Os agentes humanitários dão apoio imediato e contínuo às pessoas prejudicadas por violações, com o encaminhamento a serviços adicionais, conforme for indicado.

Este Princípio inclui:

- Encaminhar os sobreviventes aos serviços de apoio competentes;
- Adotar todas as medidas pertinentes para assegurar que a população afetada não seja sujeita a mais violência, coerção ou privação;

- Apoiar as iniciativas das próprias pessoas para que recuperem a sua dignidade e os seus direitos dentro das comunidades, e tenham segurança.

A ideia central deste Princípio é a de que as comunidades e as pessoas afetadas por uma crise recebam ajuda complementar e coordenada; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 6.*

Notas de orientação

Os encaminhamentos: tome conhecimento dos sistemas de encaminhamento existentes, e ajude as pessoas afetadas pela violência a aceder com segurança aos serviços apropriados. Algumas podem não procurar ajuda após uma violação de direitos. Procure entender os obstáculos que as impedem de procurar ajuda e de se adaptarem ao sistema de encaminhamento adequado.

Auxilie os sobreviventes de violência física ou de género, para que tenham acesso a serviços como cuidados de saúde, ajuda policial, apoio psicossocial e de saúde mental, entre outros. Esses serviços devem ser sensíveis a fatores como sexo, idade, deficiência e orientação sexual das pessoas, entre outros fatores pertinentes; ⊕ *ver Orientações para a Integração de Intervenções em Violência de Género na Ação Humanitária.*

Estabeleça e utilize mecanismos de encaminhamento seguros e eficazes para os serviços de proteção à infância que apoiem crianças que sobreviveram à violência, à exploração, ao abuso e à negligência.

A ação comunitária: apoie ações comunitárias e atividades de autoajuda que auxiliem a restaurar a sensação de controlo das pessoas, e a melhorar a sua proteção.

Apoie os mecanismos de resposta à proteção da família, da comunidade, dos indivíduos e de suporte à saúde mental e psicossocial. Nesta ação podem ser incluídas oportunidades que permitam às pessoas discutir a sua situação, decidir que ameaças à proteção em particular devem ser abordadas, bem como desenvolver e implementar medidas para tentar resolvê-las.

Ajude os grupos locais (como, por exemplo, grupos de jovens, grupos de mulheres ou grupos religiosos) a implementar meios não violentos de autoproteção e auxilie as pessoas vulneráveis.

Sempre que possível, mantenha as famílias juntas, inclusivamente as famílias não tradicionais, e ajude as pessoas de uma determinada povoação ou de uma mesma rede de apoio a viver na mesma área.

Apoie os mecanismos positivos de enfrentamento da comunidade, como funerais, cerimónias e práticas religiosas próprias da cultura, além de práticas culturais e sociais não prejudiciais.

As violações em curso, monitorização e denúncia: conheça os mecanismos para denunciar as violações dos direitos humanos, e seguir os procedimentos e as políticas em vigor para a partilha segura de informações delicadas; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1 e Apêndice: Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção.*

As violações em curso também devem ser analisadas e tratadas com os parceiros e com as agências especializadas. A responsabilidade originária de proteger as

peçoas é do governo e de outras autoridades competentes. Trabalhe com agências especializadas para identificar as partes que têm responsabilidade legal ou capacidade de providenciar proteção, e lembre-as das suas obrigações.

As agências encarregadas da segurança e da aplicação da lei, a polícia, as forças armadas e de manutenção da paz, desempenham um papel importante na garantia da integridade física das pessoas. Quando for conveniente e seguro, alerte a polícia, os militares ou as autoridades responsáveis pelo cumprimento da lei, a respeito das violações dos direitos humanos.

Durante um conflito armado, avalie a possibilidade de monitorizar as instituições que prestam serviços essenciais e estão sob a proteção específica do Direito Internacional Humanitário (como escolas e hospitais), e denuncie quaisquer ataques às mesmas. Promova ações pontuais para reduzir os riscos e as ameaças de rapto ou de recrutamento forçado, que possam acontecer nesses locais.

A gestão de informações delicadas: as organizações humanitárias devem ter políticas e procedimentos claros para orientar a equipa sobre como agir quando tiver conhecimento, ou for testemunha de abusos, e sobre como fazer o encaminhamento dos mesmos a especialistas ou a agências especializadas. Essas políticas devem explicar a confidencialidade da informação.

Provas como, declarações de testemunhas, perfis e imagens da população, que possibilitem a identificação de pessoas, podem ser muito delicadas e podem colocá-las em risco. As informações delicadas sobre abusos ou violações específicas devem ser reunidas por agências especializadas que tenham a qualificação, os sistemas, os recursos e os protocolos necessários; ⊕ *ver Apêndice: Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção.*



Princípio de Proteção 4:

Ajudar as pessoas a reivindicar os seus direitos

Os agentes humanitários ajudam as comunidades afetadas a reivindicar os seus direitos por meio de informações e de documentação, e apoiam as iniciativas para fortalecer o respeito pelos direitos.

Este Princípio inclui:

- Auxiliar as pessoas a reivindicar os seus direitos e a ter acesso às soluções oferecidas pelo governo ou por outras fontes;
- Ajudar as pessoas a obter a documentação necessária para comprovar os seus benefícios;
- Defender o respeito absoluto dos direitos das pessoas e do Direito Internacional, contribuindo para um ambiente de proteção mais consistente.

É fundamental para este Princípio, que as pessoas afetadas por uma crise humanitária conheçam os seus direitos e os seus benefícios; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 4.*

Notas de orientação

A informação acessível: proporcione instrução e informações que habilitem as pessoas a compreender e a reivindicar os seus direitos. Informe-as a respeito dos seus benefícios, como por exemplo, as opções de retorno e de realojamento. Trabalhe em conjunto com organizações especializadas que prestam auxílio jurídico para informar as pessoas sobre os seus direitos, segundo a legislação e os regulamentos do país.

Disponibilize as informações em idiomas que as pessoas afetadas possam entender. Utilize formatos múltiplos (como escrita, ilustração ou áudio) para tornar a informação o mais acessível possível. Teste a compreensão das mensagens com grupos distintos, levando em conta variações de idade, género, nível de escolaridade e língua materna.

A documentação: as pessoas em geral têm direitos, independentemente de possuírem ou não documentação específica. Contudo, elas poderão enfrentar dificuldades para exercer os seus direitos e benefícios, se não tiverem algum tipo de documento como certidão de nascimento, certidão de casamento, atestado de óbito, passaporte, título de propriedade ou diploma. Encaminhe-as a agências que possam providenciar ou substituir esses documentos.

Os documentos legais reconhecidos pelas autoridades competentes, não devem ser confundidos com documentos emitidos pelas organizações humanitárias, como cupões de racionamento ou documentos de registo. A documentação emitida pelas autoridades não deve determinar quem tem direito a receber ajuda das organizações humanitárias.

O acesso a apoio jurídico e a sistemas de justiça: as pessoas têm o direito de obter recurso pela via judicial ou outra, junto ao governo e às autoridades competentes, por violações dos seus direitos. Esse recurso pode incluir a compensação pela perda da propriedade ou a sua restituição. As pessoas também têm o direito de esperar que os autores das violações sejam levados à justiça.

Ajude as pessoas que optam por uma solução jurídica, a terem acesso à justiça de maneira segura. Para fazer um encaminhamento eficaz, é necessário saber quais as agências que podem prestar apoio jurídico.

Evite promover o acesso à justiça em situações nas quais o processo judicial possa causar mais danos às vítimas. Por exemplo, prestadores de cuidados de saúde e redes de encaminhamento de questões relativas à violência de género, devem ter conhecimento do sistema médico-legal nacional e da legislação referente à violência sexual. Informe os sobreviventes a respeito das leis sobre a denúncia obrigatória que podem proteger o sigilo das informações reveladas. Tal facto pode influenciar a decisão do sobrevivente sobre continuar com o tratamento ou com a denúncia, devendo ser respeitada a sua decisão; ➕ ver *Saúde: Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2.*

Durante uma crise humanitária, as comunidades afetadas podem utilizar mecanismos informais e alternativos de resolução de conflitos, como a mediação no âmbito comunitário. Informe as pessoas e explique-lhes como podem ter acesso a esses serviços quando estes estiverem disponíveis.

O acesso a terras e à propriedade, pode ser um ponto importante de conflitos. Incentive as autoridades e as comunidades a trabalharem em conjunto para resolver questões relativas ao acesso ou à propriedade de terras.

Apêndice

Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção (*Professional Standards for Protection Work*)

Num conflito armado ou em outras situações de violência, é fundamental a proteção dos civis que possam estar expostos a danos e ao sofrimento. Uma resposta eficaz em matéria de proteção, requer competência profissional e o cumprimento de normas mínimas profissionais, de comum acordo, que se aplicam a todos os agentes da área de proteção.

As Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção, foram estabelecidas para criar uma base comum para o trabalho de proteção entre agentes humanitários e dos direitos humanos, e para maximizar a eficácia desse trabalho junto da população afetada. Essas normas complementam os Princípios de Proteção.

As normas refletem a visão de que as pessoas devem ser o foco da ação realizada em seu benefício. As pessoas têm um papel importante na análise, no desenvolvimento e na monitorização das respostas de proteção às ameaças e aos riscos que enfrentam. Para além de melhorarem a segurança física das pessoas, as ações orientadas para a proteção, devem promover o respeito pelos seus direitos, pela sua dignidade e pela sua integridade, quando em situação de risco ou sujeitas a violações e a abuso.



O leque de atividades implementadas pelos agentes humanitários varia consideravelmente. É essencial que todos os agentes integrem às suas práticas as preocupações relativas à proteção, em consonância com os Princípios de Proteção. As Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção, são destinadas primordialmente aos profissionais e às agências que implementam um trabalho de proteção específico nos conflitos armados e em outras situações de violência. As Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção, oferecem às organizações uma base sólida, a partir da qual elas podem rever e desenvolver políticas internas, orientações e materiais para formação. Estas oferecem uma referência prática aos profissionais que planeiam e implementam estratégias de proteção em campo, e também podem servir de fonte de inspiração. São um ponto de referência útil para ajudar outros agentes e partes intervenientes, a entenderem como os agentes especializados, em matéria de proteção, executam atividades de forma segura, para melhorar a proteção dos indivíduos e das comunidades.

Essas normas não procuram controlar o trabalho de proteção ou restringir a diversidade, mas sim, complementar outros princípios profissionais e incentivar os agentes da área de proteção a integrá-las nas suas próprias práticas, orientações e formações.

As Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção, edição de 2018 estão organizadas deste modo:

1. Princípios gerais do trabalho de proteção
2. Gestão das estratégias de proteção
3. Esboço da arquitetura da proteção
4. Construção da base jurídica da proteção
5. Fomento à complementaridade
6. Gestão de dados e de informações para resultados de proteção
7. Formação profissional

As normas contêm uma visão a respeito das implicações da tecnologia de informação e comunicação (TIC), e do conjunto, cada vez mais amplo, de leis sobre a proteção de dados, com orientação específica sobre a gestão de proteção à informação.

Para garantir os resultados do trabalho de proteção, frequentemente são necessários o diálogo e a interação entre: os agentes humanitários e dos direitos humanos, as operações das Nações Unidas para manter a paz, e outras forças policiais e militares sob mandato internacional. Nessas interações, as Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção, oferecem orientações sobre como manter, um enfoque assente em princípios.

As normas também abordam as iniciativas nacionais, regionais e internacionais, para deter o “extremismo violento”, por meio de uma legislação antiterrorismo, esclarecendo sobre como este tipo de legislação, pode implicar nas atividades dos agentes da área de proteção.

As Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção podem ser obtidas por *download* do *e-book* do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (ICRC, sigla em inglês) na loja virtual:

<https://shop.icrc.org/professional-standards-for-protection-work-print-en>.

Referências e leitura complementar

Proteção em geral: antecedentes e ferramentas

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <https://drc.ngo>

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. <https://www.icrc.org/>

Violência de gênero

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery IASC, 2015. gbvguidelines.org

Direitos à habitação, à terra e à propriedade

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Pessoas deslocadas internamente

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

Saúde mental e apoio psicossocial

Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Desminagem

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

Idosos e pessoas com deficiência

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Crianças e proteção à infância

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpa.org>

Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução. Rede Interinstitucional para a Educação em Situações de Emergência (INEE, sigla em inglês), 2010. <https://inee.org>



Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor aceda www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Leitura complementar

Proteção em geral: antecedentes e ferramentas

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2017. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards.* ICRC, 2001. <https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards>

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. IASC, 2011. www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response.* HPG Report 26. ODI, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf>

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13993/pdf/safety_with_dignity.pdf

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. IASC, 2013. <https://www.unhcr.org/protection/idps/5ad5a4d47/centrality-protection-humanitarian-action-statement-inter-agency-standing.html>

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

Estratégias e capacidades de autoproteção

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf



Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016. https://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Intervenções em dinheiro

Guide for Protection in Cash-based Interventions. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

Pessoas com deficiência

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability.com

Violência de gênero

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview>

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/gender-based-violence-against-children-and-youth-disabilities-toolkit-child-protection>

Direitos à habitação, à terra e à propriedade

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

https://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/housing_land_property/HLP_Checklist_for_Humanitarian_Coordinators_and_Resident_Coordinators-EN.pdf

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles". Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010.

<https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/>

Pessoas deslocadas internamente

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons.* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. <https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/>

Deslocados Internos: Um Arcabouço de Responsabilidade Nacional. The Brookings Institution – Universidade de Berna – Projecto sobre Deslocação Interna, 2005. https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/04_national_responsibility_framework_Port.pdf

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. <https://www.unhcr.org/50f94cd49.pdf>

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

Princípios Orientadores Relativos aos Deslocados Internos. ACNUR, 1998. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugueses/BD_Legal/Documentos_da_ONU/Principios_orientadores_relativos_aos_deslocados_internos_1998.pdf



Saúde mental e apoio psicossocial

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. <https://www.refworld.org/pdfid/593ab6add.pdf>

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Idosos

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

Crianças e proteção à infância

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_for_Professionals_and_Policymakers_on_Justice_in_Matters_Involving_Child_Victims_and_Witnesses_of_Crime.pdf

INSPIRE: Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças. OMS, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf?ua=1>

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. UN-DDR, 2006. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/integrated-disarmament-demobilization-and-reintegration-standards>

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. UNICEF, 2007. <https://www.unicef.org/mali/media/1561/file/ParisPrinciples.pdf>

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/responding-worst-forms-child-labour-emergencies>

VIH

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

Pessoas LGBTQI e a orientação sexual diversificada, a expressão e a identidade de gênero e as características sexuais

Dar fim à violência e à discriminação contra pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersex. ONU, 2015. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_PT.pdf

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/mean-streets/>

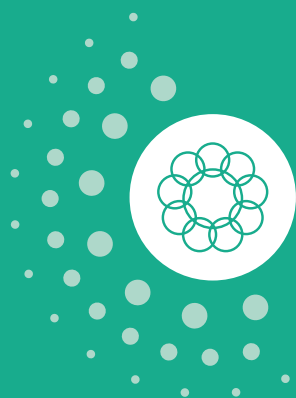
Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional dos Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Painel

Internacional de Especialistas em Legislação Internacional de Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero, 2007. www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. <https://lgbti.iom.int/lgbti-training-package>

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf





Norma Humanitária Essencial

A Carta Humanitária e os Princípios de Proteção apoiam diretamente a Norma Humanitária Essencial. Juntos, estes três capítulos constituem os princípios e os fundamentos das Normas Esfera.



A Norma Humanitária Essencial (Figura 2)

APÊNDICE: Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave e as responsabilidades organizacionais

Sumário

Uma norma essencial com nove compromissos	54
Compromisso 1	56
Compromisso 2	59
Compromisso 3	61
Compromisso 4	65
Compromisso 5	69
Compromisso 6	73
Compromisso 7	76
Compromisso 8	79
Compromisso 9	84
Apêndice: Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave e as responsabilidades organizacionais	
Referências e leitura complementar	89



Uma norma essencial com nove compromissos

Normalmente, numa resposta humanitária, estão envolvidos muitos indivíduos e organizações, portanto, é útil dispor de elementos e maneiras de trabalhar em comum, para que a resposta seja eficaz. Sem uma abordagem comum, os resultados podem ser inconsistentes e imprevisíveis.

A Norma Humanitária Essencial para a Qualidade e Prestação de Contas (CHS, sigla em inglês), estabelece nove compromissos que as organizações e os indivíduos envolvidos numa resposta humanitária podem utilizar para melhorar a qualidade e a eficácia da assistência que prestam. Também viabiliza uma melhor prestação de contas às comunidades e às pessoas atingidas por uma crise, aos funcionários, aos doadores, aos governos e a outras partes intervenientes, uma vez que, sabendo dos compromissos assumidos pelas organizações humanitárias, poderão exigir-lhes responsabilidades. Trata-se de um sistema facultativo tanto para os indivíduos quanto para as organizações.

A Norma aplica-se tanto à resposta quanto ao programa, bem como a todas as fases de uma resposta. Contudo, não se pretende que os nove compromissos correspondam a uma fase em particular do ciclo do programa. Alguns são mais relevantes para uma certa fase do ciclo, enquanto que outros, como a comunicação com as pessoas afetadas, aplicam-se a todas as fases.

A Norma Humanitária Essencial, a Carta Humanitária e os Princípios de Proteção constituem uma base sólida do Manual Esfera, e sustentam todas as normas técnicas. Em todo o Manual há referências cruzadas entre os capítulos técnicos e tais fundamentos.

Informações mais detalhadas da Norma Humanitária Essencial, incluindo os recursos para auxiliar os utilizadores a aplicá-la na prática, podem ser encontrados em: corehumanitarianstandard.org.

Uma estrutura única

A Norma Humanitária Essencial foi desenvolvida mediante um esforço coletivo do setor humanitário para conciliar, numa mesma estrutura, as normas essenciais Esfera, as Normas da Parceria Internacional de Responsabilidade Humanitária (HAP, sigla em inglês), da People In Aid e do Groupe URD. Atualmente, a gestão é realizada em nome do setor, pela Esfera, CHS Alliance e Groupe URD, que em conjunto detêm os direitos de autor.

Cada um dos nove compromissos concentra-se num aspeto específico da resposta. Juntos, estabelecem uma metodologia consistente para as ações humanitárias eficazes e responsáveis.

A estrutura da Norma Humanitária Essencial difere um pouco da estrutura das demais normas Esfera:

- O **compromisso** declara o que as comunidades e as pessoas atingidas por uma crise podem esperar das organizações e dos indivíduos que prestam ajuda humanitária.
- O **critério de qualidade** descreve uma situação em que o compromisso é cumprido e a forma como as organizações humanitárias e os colaboradores devem atuar para cumpri-lo.
- Os **indicadores de desempenho** medem o progresso no cumprimento do compromisso, impulsionam a aprendizagem e o aperfeiçoamento, e permitem comparações ao longo do tempo e em diversos lugares.
- As **ações-chave e as responsabilidades organizacionais** descrevem o que a equipa deve entregar, assim como as políticas, os processos e os sistemas que as organizações precisam ter para assegurar que os seus membros prestem uma assistência humanitária de alta qualidade e de responsabilidade.
- As **notas de orientação** subsidiam as ações-chave e as responsabilidades organizacionais, com exemplos e informações adicionais.
- As **perguntas de orientação** dão suporte ao planeamento, à avaliação e à revisão das atividades ➕ *ver Apêndice*.
- As **referências** oferecem uma aprendizagem adicional sobre assuntos específicos.

O seguinte diagrama ilustra como a Norma Humanitária Essencial pode ser utilizada em diferentes níveis. A Esfera, o Grupo URD e a CHS Alliance propõem ferramentas complementares que podem ser encontradas em: corehumanitarianstandard.org



Utilizando a Norma Humanitária Essencial (Figura 3)

Compromisso 1

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias recebem ajuda adequada às suas necessidades.

Critério de qualidade

A resposta humanitária é apropriada e relevante.

Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária consideram que a resposta respeita as suas necessidades, as suas culturas e as suas preferências específicas.
2. A ajuda e a proteção oferecidas correspondem aos riscos, às vulnerabilidades e às necessidades previamente avaliadas.
3. A resposta leva em consideração as capacidades, as habilidades e o conhecimento das pessoas que precisam de ajuda e de proteção.

Ações-chave

1.1 Realizar uma análise sistemática, objetiva e contínua do contexto e das partes intervenientes.

- Avaliar o papel e a capacidade do governo local e de outros agentes políticos e não políticos, assim como o impacto da crise humanitária sobre eles próprios.
- Avaliar as capacidades locais existentes (materiais, humanas, e dos mercados) para atender às necessidades prioritárias de assistência e de proteção, considerando que estas mudam no decorrer do tempo.
- Cruzar e verificar informações, sabendo que os dados da avaliação inicial estarão incompletos, no entanto, isso não deve impedir as ações para salvar vidas.
- Avaliar a proteção e a segurança das populações afetadas, deslocadas e de acolhimento, para identificar ameaças de violência e qualquer forma de coerção, da negação da subsistência ou da negação dos direitos humanos básicos.
- Avaliar a dinâmica de gênero e de poder, bem como a marginalização social para definir uma resposta mais eficaz e sustentável.
- Coordenar-se com outros agentes para evitar sobrecarregar as comunidades com múltiplas avaliações. As avaliações e os resultados conjuntos devem ser partilhados com as agências interessadas, os governos e as populações afetadas.

1.2 Conceber e implementar programas apropriados com base na avaliação imparcial das necessidades e dos riscos, e na compreensão das vulnerabilidades e das capacidades dos diferente grupos.

- Avaliar as necessidades, em matéria de proteção e assistência, das mulheres, dos homens, das crianças e dos adolescentes; das pessoas em locais de difícil acesso e dos grupos de risco, designadamente das pessoas com deficiência, dos idosos, dos indivíduos socialmente isolados, das famílias chefiadas por mulheres, das minorias étnicas ou linguísticas, e dos grupos estigmatizados (como por exemplo, pessoas com VIH).

1.3 Adaptar os programas de acordo com as mudanças das necessidades, das capacidades e do contexto.

- Monitorizar a situação política e adaptar a análise e a segurança das partes intervenientes.
- Monitorizar regularmente os dados epidemiológicos e outros, para dar suporte a uma tomada de decisões contínua, e dar prioridade a intervenções que salvam vidas.
- Ser flexível o suficiente para reformular qualquer intervenção em resposta à alteração das necessidades. Confirmar se os doadores concordam com as mudanças no programa, segundo a necessidade.

Responsabilidades organizacionais

1.4 As políticas comprometem-se a oferecer assistência imparcial de acordo com as necessidades e as capacidades das comunidades e das pessoas afetadas pelas crises humanitárias.

- As organizações mantêm políticas, processos e sistemas que respaldam o compromisso com os princípios humanitários e de inclusão.
- Todos os funcionários compreendem as suas responsabilidades e o modo como são chamados a prestar contas.
- As organizações partilham estas políticas de forma transparente com outras partes intervenientes.

1.5 As políticas estabelecem compromissos que levam em consideração a diversidade das comunidades, incluindo pessoas desfavorecidas ou marginalizadas, e recolhem os dados desagregados.

- Os níveis de exigência na desagregação dos dados para a avaliação e a apresentação dos relatórios, são descritos com clareza.

1.6 Existem processos que garantem uma análise contínua do contexto.

- Os trabalhadores humanitários recebem apoio em matéria de gestão para adquirir conhecimento, competência, comportamentos e atitudes necessárias para gerir e executar as avaliações.



Notas de orientação

A avaliação e a análise são um processo, não um evento único. Conforme a disponibilidade de tempo, deve ser feita uma análise profunda. As capacidades e as necessidades das pessoas e das comunidades afetadas não devem ser pressupostas mas identificadas por meio de avaliações que as envolvam num diálogo permanente, para encontrar as respostas apropriadas.

Avalie a possibilidade de dar formação básica em primeiros socorros psicológicos para os funcionários que participam das avaliações. Isso pode ajudá-los a lidar com as pessoas que se sintam perturbadas durante uma avaliação.

Assegure-se que sejam feitas avaliações especializadas aos grupos potencialmente expostos a riscos à proteção. Por exemplo: avaliações específicas de mulheres, homens, meninos e meninas, para compreender a exposição de cada um à violência, à discriminação e a outros danos.

A avaliação imparcial: agir com imparcialidade não significa tratar igualmente todas as pessoas. A prestação de ajuda com base nos direitos, requer compreensão das diferentes capacidades, necessidades e vulnerabilidades. As pessoas podem ser vulneráveis devido à discriminação por fatores individuais, tais como a idade, sexo, deficiência, condição de saúde, orientação sexual ou identidade de gênero, ou ainda por cuidarem de outras pessoas que são vulneráveis.

A vulnerabilidade: os fatores sociais e contextuais também contribuem para a vulnerabilidade das pessoas; entre os quais, a discriminação e a marginalização, o isolamento social, a degradação do meio ambiente, a variação climática, a pobreza, a falta de posse da terra, a má governação, a etnia, a classe social, a casta e a afiliação religiosa ou política.

A capacidade existente: as pessoas, as comunidades, as organizações e as autoridades afetadas por uma crise humanitária já possuem habilidades pertinentes, conhecimento e capacidade para poderem lidar, enfrentar e recuperar-se de crises. Para respeitar o direito à vida com dignidade, envolva ativamente as pessoas afetadas nas decisões que lhes dizem respeito. Podem ser necessárias iniciativas específicas para fortalecer a participação de grupos normalmente pouco representados, como os das mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência e minorias linguísticas ou étnicas.

A desagregação de dados: é importante para entender o impacto das ações e dos eventos nos diferentes grupos. No mínimo, as boas práticas incentivam a desagregação dos dados por sexo, idade e deficiência. Outros fatores devem estar baseados no contexto.

A análise dos dados desagregados é necessária para contextualizar as normas e também para monitorizá-las. Um bom uso dos dados desagregados pode indicar quem tem sido mais afetado, quem consegue ter acesso à ajuda e onde é necessário fazer mais para se poder chegar a uma população em situação de risco; ⊕ *ver O que é Esfera?*

A análise continuada e o uso efetivo dos dados: os sistemas de recursos humanos devem ser flexíveis o suficiente para recrutar e disponibilizar rapidamente as equipas de avaliação. Os orçamentos e os recursos do programa devem ser destinados em função da necessidade. Os recursos financeiros devem subsidiar a análise continuada das necessidades relativas à assistência e à proteção, à adaptação e à correção dos programas, incluindo as medidas que facilitem o respetivo acesso (como os mecanismos de extensão, acessibilidade a instalações e comunicação).

Compromisso 2

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias têm acesso à ajuda humanitária de que precisam no momento certo.

Critério de qualidade

A resposta humanitária é eficaz e implementada a tempo.

Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias, inclusive os grupos mais vulneráveis, consideram adequado o momento em que recebem ajuda e proteção.
2. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias consideram que a resposta atende às suas necessidades.
3. Os relatórios de monitorização e avaliação mostram que a resposta humanitária atinge os seus objetivos em relação ao momento, à qualidade e à quantidade.

Ações-chave

2.1 Conceber programas que abordem os obstáculos de maneira que a ação proposta seja realista e segura para as comunidades.

- Identificar com clareza e indicar quaisquer limitações que impossibilitem avaliar e atender às necessidades de uma área ou de um grupo da população específicos, incluindo os locais de difícil acesso.
- Priorizar com antecedência o apoio à capacidade da resposta local, quando o plano de contingência indicar áreas ou populações vulneráveis e que possam ser de difícil acesso no futuro.

2.2 Oferecer uma resposta humanitária em tempo útil, tomando decisões e agindo sem demora desnecessária.

- Estar ciente das condições de vida, das práticas culturais, das estações do ano, dos calendários agrícolas e de outros fatores que possam influir na prestação dos serviços certos no momento certo.
- Incluir nos planos do programa cronogramas para os processos de entrega e de monitorização, antecipando e sinalizando atrasos.
- Saber que, nas primeiras fases de uma crise aguda, as decisões serão tomadas com base numa compreensão incompleta da situação, e refinar as decisões assim que as informações estiverem disponíveis.
- Coordenar-se com outros agentes para desenvolver estratégias em comum, a fim de tratar de assuntos coletivos que impeçam a ajuda em tempo útil.

2.3 Encaminhar qualquer necessidade não atendida para as organizações com experiência técnica e mandato relevante, ou lutar para que essas necessidades sejam atendidas.

- Isso inclui necessidades de informação não satisfeitas e necessidades de proteção e ajuda.



2.4 Usar normas técnicas relevantes e a boa prática utilizada em todo o setor humanitário para planejar e avaliar programas.

- Aplicar as normas técnicas nacionais adaptadas ao contexto humanitário, quando existirem.
- Coordenar-se com as partes intervenientes competentes para defender a utilização das normas mundialmente aceites que complementem as normas nacionais (inclusive as Normas Esfera e dos parceiros nos setores afins).

2.5 Monitorizar as atividades, rendimentos e resultados das respostas humanitárias para poder adaptar os programas e lidar com o baixo desempenho.

- Definir os indicadores de desempenho temporizáveis e de contexto específico. Revê-los regularmente para medir os progressos em direção ao atendimento das necessidades de assistência e proteção.
- Incluir os progressos efetuados em relação aos objetivos e aos indicadores de desempenho, além das atividades e dos resultados (como o número de instalações construídas). Monitorizar o rendimento do projeto e os resultados esperados, tais como a utilização de instalações ou mudanças de práticas.
- Rever regularmente os sistemas, de modo que somente as informações úteis sejam reunidas, com informações contextuais atualizadas (como o funcionamento do mercado local e as mudanças na segurança).

Responsabilidades organizacionais

2.6 Os compromissos dos programas correspondem às capacidades organizacionais.

- As políticas refletem a importância de utilizar normas humanitárias de qualidade técnica e de desenvolver especialização nas áreas de intervenção escolhidas.
- Identificar as condições sob as quais a organização precisa fornecer serviços fora da sua área de competência até que outros agentes o possam fazer.

2.7 As políticas garantem:

- A monitorização e avaliação sistemáticas, objetivas e contínuas das atividades e os seus efeitos;**
- A utilização de informações da monitorização e das avaliações para adaptar e melhorar os programas;**
- A tomada de decisões em tempo útil e a atribuição dos recursos de acordo com essas decisões.**

Notas de orientação

A abordagem das limitações e da programação realista: quando uma organização não consegue ter acesso a uma população ou não consegue atender às necessidades que identificou, tem a responsabilidade de encaminhar essas necessidades aos agentes apropriados (incluindo agentes governamentais e não governamentais); ⊕ ver *Princípio de Proteção 3*.

Utilize os sistemas de previsão e de alerta precoce, para elaborar o plano de contingência antes que ocorra uma crise humanitária, com a finalidade de ajudar as comunidades, as autoridades e as agências a responderem rapidamente quando necessário. Isso também permitirá que as pessoas afetadas protejam os seus bens antes que as suas vidas e a sua subsistência estejam em risco.

Desenvolva processos de tomada de decisões que sejam suficientemente flexíveis para responder a informações novas, decorrentes das avaliações em curso. Numa organização, delegue as decisões e entregue os recursos o mais próximo possível do local da implementação.

Documente as decisões e os processos da tomada de decisões para demonstrar transparência. Para os processos de consulta considere a participação significativa e a coordenação com outros agentes ⊕ *ver Compromisso 6*.

A monitorização das atividades, dos resultados e dos rendimentos: a monitorização compreende as revisões do projeto, verifica a aplicação dos critérios de seleção e confirma se a ajuda está a alcançar as pessoas mais necessitadas. Documente quaisquer mudanças no programa decorrentes da monitorização e estabeleça sistemas de monitorização que envolvam e confiem nas pessoas afetadas e nas partes intervenientes; ⊕ *ver Compromisso 7*.

Utilize indicadores de monitorização que abranjam toda a resposta, se estiverem disponíveis.

A tomada de decisões das organizações: tanto as responsabilidades quanto os processos de tomada de decisões das organizações devem ser claramente definidos e compreendidos, incluindo quem é responsável, quem será consultado e que informações são necessárias para o processo de decisão.

As políticas, processos e sistemas organizacionais: as organizações devem documentar como as ações humanitárias melhoram o rendimento, utilizando uma monitorização e uma avaliação sistemáticas e rigorosas. Mostre como os dados de monitorização e avaliação são utilizados para adaptar programas, políticas e estratégias, para fortalecer a prontidão e aumentar o desempenho em tempo útil; ⊕ *ver Compromisso 7*. Isso pode incluir um fundo para respostas emergenciais, ou a possibilidade de recrutar ou disponibilizar rapidamente uma equipa qualificada quando necessário.



Compromisso 3

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias não são afetadas negativamente e estão mais preparadas, resilientes e menos expostas ao risco, como resultado da ação humanitária.

Critério de qualidade

A resposta humanitária fortalece as capacidades locais e evita os efeitos negativos.

Indicadores de desempenho

1. Como resultado da ação humanitária, as comunidades e as pessoas afetadas por uma crise consideram-se a si mesmas mais capazes de enfrentar os choques e o stress no futuro.

2. As autoridades locais, os líderes e as organizações com responsabilidade para responderem pelas crises humanitárias consideram que as capacidades das pessoas melhoraram.
3. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise, incluindo indivíduos vulneráveis e marginalizados, não identificam efeitos negativos decorrentes da ação humanitária.

Ações-chave

3.1 Garantir que os programas desenvolvam as capacidades locais e contribuam para uma maior resiliência das comunidades e das pessoas afetadas pelas crises humanitárias.

- Idealizar serviços (como por exemplo, gestão de secas e cheias, estruturas resistentes a furacões e sismos) que reduzam o impacto dos danos causados pelas catástrofes.
- Apoiar iniciativas de autoajuda e de prontidão da comunidade.

3.2 Utilizar os resultados de quaisquer avaliações de perigos ou riscos das comunidades, bem como os planos de ação rápida para orientar as atividades.

- Compreender e lidar com as necessidades e capacidades dos diferentes grupos que estão expostos a diversos níveis de risco.

3.3 Fomentar o desenvolvimento de lideranças e organizações locais na sua capacidade, como os socorristas no caso de futuras crises humanitárias, adotando medidas para garantir que os grupos marginalizados e desfavorecidos sejam devidamente representados.

- Trabalhar com as autoridades municipais e o governo local tanto quanto possível.
- Defender que os agentes locais sejam tratados como parceiros, em igualdade de condições e com autonomia para idealizar e/ou liderar uma resposta.
- Apoiar as iniciativas de grupos e organizações locais como plataforma de aprendizagem e de capacitação para fortalecer a resposta inicial em futuras crises.
- Contratar equipas locais e nacionais, sempre que possível, em vez de expatriados, considerando a diversidade da população.

3.4 Planear nas primeiras etapas do programa, uma estratégia de transição ou saída que garanta efeitos positivos a longo prazo e reduza o risco de dependência.

- Oferecer apoio para fortalecer os sistemas estatais e comunitários já existentes, em vez de estabelecer iniciativas paralelas que não irão além do período de duração da resposta.

3.5 Conceber e implementar programas que promovam uma recuperação rápida após um desastre e que beneficiem a economia local.

- Adotar medidas para restaurar serviços sociais e de educação, mercados, mecanismos de transferência e meios de subsistência que atendam às necessidades dos grupos vulneráveis.

- Avaliar bem as condições de mercado ao analisar a forma de ajuda (dinheiro, vale ou ajuda em espécie) que terá o melhor resultado.
- Comprar bens e contratar serviços locais quando possível.
- Mitigar repercussões negativas no mercado, na medida do possível.

3.6 Identificar e agir sobre os efeitos negativos não intencionais, potenciais e reais de maneira sistemática, inclusivamente nas seguintes áreas:

- a. Proteção, segurança, dignidade e direitos das pessoas;
- b. Exploração e abuso sexual pela equipa;
- c. Cultura, gênero e relações sociais e políticas;
- d. Meios de subsistência;
- e. Economia local;
- f. Meio ambiente.

Responsabilidades organizacionais

3.7 As políticas, as estratégias e as orientações são concebidas para:

- a. Evitar que os programas causem efeitos negativos como, por exemplo, a exploração, o abuso ou a discriminação, por parte da equipa contra as comunidades e pessoas afetadas pelas crises;
- b. Fortalecer as capacidades locais.

3.8 Existem sistemas para salvaguardar qualquer informação pessoal obtida das comunidades e pessoas afetadas pelas crises, que poderia colocá-las em risco.

- Estabelecer políticas claras e abrangentes para a proteção de dados, com sistemas eletrônicos de cadastro e de distribuição.
- Informar as pessoas que recebem ajuda sobre os seus direitos em relação à proteção de dados, nomeadamente, como podem ter acesso às informações pessoais que uma organização detém sobre elas, e como manifestar as suas preocupações quanto ao uso indevido das mesmas.



Notas de orientação

A resiliência da comunidade e a liderança local: as comunidades, as organizações e as autoridades locais são as primeiras a agir numa crise humanitária, e têm um profundo conhecimento da situação e das necessidades específicas. Esses atores locais devem ser considerados parceiros em igualdade de condições e com autonomia para formular ou liderar uma resposta. Para isso, é necessário um compromisso das agências locais e internacionais para adaptar a sua maneira de trabalhar, e de estabelecer um diálogo aberto e uma crítica construtiva. A infraestrutura e os serviços locais devem ser utilizados, sempre que possível, em vez de se criarem sistemas paralelos.

Estratégia de transição e saída: planeie, com a maior brevidade possível, e em colaboração com as autoridades e a população afetada, os serviços que continuarão após o término do programa de emergência (por exemplo, a introdução de medidas

de recuperação de gastos, a utilização dos materiais disponíveis no local ou o fortalecimento da capacidade da gestão local).

Os efeitos negativos e “não causar danos”: o alto valor dos recursos empregues na ajuda e a posição de poder dos trabalhadores humanitários, podem levar à exploração, ao abuso, à competição, ao conflito, ao mau uso ou à apropriação indevida da ajuda. A ajuda pode enfraquecer os meios de subsistência e os sistemas de mercado, gerar conflitos por causa dos recursos e ampliar as desigualdades nas relações de poder entre os diversos grupos. Antecipe esses eventuais efeitos negativos, monitore e adote medidas de prevenção, na medida do possível.

Tenha consciência das práticas culturais que podem ter efeitos negativos sobre alguns grupos, como por exemplo: privilégios a meninas e a meninos ou a castas específicas; oportunidades desiguais de educação para as meninas; recusa a imunizações; e outras formas de discriminação ou tratamento preferencial.

Um *feedback* seguro e ágil aliado a mecanismos de reclamação, podem reduzir abusos e usos indevidos. A equipa deve acolher e solicitar sugestões e queixas. Também deve ser treinada a exercitar a confidencialidade e a encaminhar informações delicadas, tais como as de abuso e exploração.

A exploração e o abuso sexual por parte dos funcionários: todos os funcionários partilham a responsabilidade de evitar a exploração e o abuso. Os membros da equipa têm a responsabilidade de relatar a suspeita ou o testemunho de qualquer abuso, seja dentro ou fora da sua própria organização. Observe que as crianças (principalmente as meninas) são muito mais vulneráveis, e as políticas devem protegê-las de forma explícita contra a exploração e o abuso; ➕ ver *Compromisso 5*.

As preocupações ambientais: a resposta humanitária pode causar a degradação do meio ambiente (por exemplo, a erosão do solo, o esgotamento ou a poluição dos lençóis freáticos, a pesca predatória, a produção de resíduos e o desmatamento). A degradação ambiental pode agravar uma crise ou os níveis de vulnerabilidade, e reduzir a resiliência das pessoas a choques.

As medidas para reduzir a degradação ambiental incluem o reflorestamento, a recolha de águas pluviais, o uso eficiente dos recursos, e a ética nas políticas e práticas de contratação. As principais atividades de construção, somente devem ser realizadas mediante o acompanhamento de uma avaliação ambiental; ➕ ver *Compromisso 9*.

Políticas organizacionais para prevenir os efeitos negativos e fortalecer as capacidades locais: as organizações são incentivadas a dispor de sistemas e políticas de gestão de riscos. As organizações não governamentais (ONG), que sistematicamente deixam de combater comportamentos antiéticos ou de corrupção, por meio de políticas e procedimentos próprios contra o suborno, e ainda de ações coletivas com outras ONG, aumentam os riscos de corrupção para com outros agentes.

As políticas e os procedimentos devem refletir um compromisso com a proteção das pessoas vulneráveis, bem como definir meios para evitar e investigar o abuso

de poder. O recrutamento, a seleção e a contratação realizados de forma cuidada, podem ajudar a reduzir o risco da má conduta da equipa. Os códigos de conduta devem deixar claro quais são as práticas proibidas. Os funcionários devem concordar em aderir formalmente a esses códigos, e devem ser alertados das sanções que irão enfrentar se não o fizerem; ⊕ *ver Compromisso 8.*

A proteção de informações pessoais: todas as informações pessoais recolhidas sobre os indivíduos e as comunidades devem ser tratadas com confidencialidade, principalmente no caso dos dados relativos à proteção, a relatos de infrações, a denúncias de abuso ou exploração e à violência de género. Sistemas que assegurem a confidencialidade são essenciais para evitar futuros danos; ⊕ *ver Princípios de Proteção e Compromissos 5 e 7.*

O uso crescente de sistemas de cadastro eletrónico e sistemas de distribuição na resposta humanitária, ressaltam a necessidade de políticas claras e abrangentes sobre a proteção de dados. Os acordos que obrigam terceiros, como os bancos e as organizações comerciais a protegerem os dados, são essenciais. É importante que uma clara orientação sobre a recolha, o armazenamento, o uso e a eliminação dos dados, esteja alinhada com as normas internacionais e com as leis locais sobre a proteção de dados. Devem ser adotados sistemas para reduzir o risco da perda de dados. Os dados devem ser destruídos quando não sejam mais necessários.

Compromisso 4

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias conhecem os seus direitos e benefícios, têm acesso às informações e participam nas decisões que as afetam.

Critério de qualidade

A resposta humanitária fundamenta-se na comunicação, na participação e no *feedback*.



Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária têm conhecimento dos seus direitos e dos seus benefícios.
2. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária, consideram que têm acesso a informações claras e pertinentes em tempo útil, inclusivamente sobre assuntos que podem sujeitá-las a mais riscos.
3. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária estão satisfeitas com as oportunidades que têm de influenciar a resposta.
4. Toda a equipa é formada e recebe orientação sobre os direitos da população afetada.

Ações-chave

4.1 Oferecer às comunidades e às pessoas afetadas pelas crises humanitárias informações acerca da organização, dos princípios aos quais esta adere, do comportamento que espera da sua equipa, bem como dos programas que está a desenvolver e do que pretende proporcionar.

- Considerar a informação em si mesma como um elemento-chave de proteção. Sem informações precisas sobre a assistência e os seus benefícios, as pessoas podem tornar-se vulneráveis à exploração e ao abuso; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1.*
- Comunicar claramente qual é o comportamento que as pessoas podem esperar dos trabalhadores humanitários e como podem reclamar se não estiverem satisfeitas.

4.2 Utilizar idiomas, formatos e média de fácil compreensão, respeitosos e culturalmente apropriados aos diferentes membros da comunidade, especialmente entre os grupos vulneráveis e marginalizados.

- Utilizar os meios de comunicação existentes e consultar as pessoas sobre as suas preferências de comunicação. Verificar o grau de privacidade necessário para os diferentes formatos e média.
- Assegurar-se de que as tecnologias de comunicação, novas e antigas, sejam utilizadas de forma eficaz e segura.

4.3 Garantir que a representação seja inclusiva, envolvendo a participação e o empenho das comunidades e das pessoas afetadas pelas crises em todas as etapas do trabalho.

- Prestar atenção aos grupos ou indivíduos historicamente excluídos do poder e do processo da tomada de decisões. Considerar, sistematicamente, meios éticos para envolver os indivíduos e os grupos com a finalidade de respeitar a sua dignidade e evitar qualquer aumento da estigmatização.
- Ponderar o equilíbrio entre a participação direta da comunidade e a representação indireta dos representantes eleitos nas várias etapas da resposta.

4.4 Incentivar e permitir que as comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias possam expressar-se sobre o nível da sua satisfação em relação à qualidade e à eficiência do apoio recebido, dando particular atenção ao gênero, à idade e à diversidade daqueles que dão *feedback*.

- Formar a equipa para ganhar e manter a confiança das pessoas, saber responder aos *feedbacks*, tanto negativos quanto positivos, e observar as reações dos diferentes membros da comunidade à forma como os serviços são prestados.
- Integrar a recolha do *feedback* numa abordagem mais ampla entre todas as organizações ou setores para poder rever, analisar e agir com base nesse retorno.
- Partilhar a resposta ao *feedback* com a comunidade.

Responsabilidades organizacionais

4.5 Existem políticas para partilhar informações e para promover uma cultura de comunicação aberta.

- Definir e documentar processos para a partilha de informações.
- Esforçar-se para partilhar abertamente com os diferentes intervenientes as informações organizacionais sobre êxitos e fracassos, a fim de promover uma cultura de transparência e de prestação de contas em todo o sistema.

4.6 Existem políticas para envolver as comunidades e as pessoas afetadas pelas crises que refletem as prioridades e os riscos que estas identificam em todas as etapas do trabalho.

- Descrever de que forma os funcionários são formados e estimulados a facilitar o envolvimento e a tomada de decisões da comunidade, a ouvir as diversas comunidades de pessoas afetadas e a gerir o *feedback* negativo.
- Planear políticas e estratégias para ajudar a criar tempo e espaço para o diálogo na comunidade, para a tomada de decisões e para a autoajuda.

4.7 As comunicações externas incluindo aquelas utilizadas para a angariação de recursos, são precisas, éticas e respeitosas, apresentando as comunidades e as pessoas afetadas pelas crises como seres humanos dignos.

- Partilhar informações com base na avaliação dos riscos. Avaliar possíveis danos à população, nomeadamente, quando se partilham informações sobre a distribuição de dinheiro ou sobre os dados demográficos de assentamentos específicos, os quais podem colocar a população em risco de ser atacada.
- Ter cuidado ao utilizar narrativas e imagens que retratem e descrevam pessoas afetadas sem que a sua permissão tenha sido solicitada, já que isso pode caracterizar-se como uma invasão de privacidade e quebra de confidencialidade; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1, sobre o consentimento informado.*



Notas de orientação

Partilhar informações com as comunidades: partilhar informações precisas, compreensíveis, acessíveis e em tempo útil, fortalece a confiança, aprofunda os níveis de participação e melhora o impacto de um projeto. Essa é a chave para a transparência. Partilhar informações financeiras com as comunidades pode melhorar o custo-benefício e ajudar as comunidades a identificar e a ressaltar situações de desperdício ou fraude.

Se uma organização não partilhar informações de forma apropriada com as pessoas que pretende ajudar, podem ocorrer mal-entendidos e atrasos, projetos inadequados que desperdiçam recursos e opiniões negativas sobre a organização, o que pode gerar irritação, frustração e insegurança.

A comunicação eficaz, segura, acessível e inclusiva: grupos distintos têm distintas necessidades, bem como fontes de comunicação e de informação igualmente distintas. Os diversos grupos podem precisar de tempo para conversar entre si, num ambiente seguro e privado, para processar a informação e as suas implicações.

O consentimento informado: esteja ciente de que algumas pessoas podem expressar consentimento sem um completo entendimento das suas implicações. Não é o ideal, mas inicialmente, um certo grau de consentimento e participação pode ser pressuposto com base em manifestações de vontade em participar em atividades do projeto, na observação, no conhecimento ou na elaboração de documentos legais ou outros (como acordos contratuais com a comunidade); ⊕ *ver Princípio de Proteção 1.*

A participação e o envolvimento: consulte as pessoas afetadas e as instituições locais no início da resposta para planejar a partir do conhecimento existente e desenvolver relações positivas e respeitadas. O tempo será melhor utilizado se houver uma consulta prévia, ao invés de, posteriormente, corrigir decisões inadequadas. Nas primeiras fases de uma resposta aguda, talvez seja possível consultar apenas um número limitado de pessoas afetadas. Com o decorrer do tempo, haverá mais oportunidades para mais pessoas e grupos se envolverem na tomada de decisões.

Saiba que, em alguns cenários de conflito, encorajar discussões e tomada de decisões em grupo, poderia ser visto como uma forma de organização política e que poderia prejudicar as pessoas locais. Pense em vários métodos para melhorar o envolvimento da comunidade com o sistema de *feedback*, incluindo o uso de cartões de qualificação com atribuição de pontos.

O feedback: o *feedback* formal pode ser obtido mediante avaliações específicas (por meio de grupos de discussão ou de entrevistas), por monitorização, pós-distribuição ou por questionários. O *feedback* informal, recebido durante a interação diária, também deve ser utilizado continuamente para desenvolver a confiança e melhorar os programas. Obtenha *feedback* para saber se as mulheres, homens, meninas e meninos se sentem respeitados e satisfeitos com o seu grau de influência na tomada de decisões. As pessoas podem estar satisfeitas com a ajuda recebida, porém insatisfeitas com a influência que têm na tomada de decisões.

As pessoas podem temer que um *feedback* com base em críticas possa ter repercussões negativas. Também pode haver razões culturais pelas quais a crítica a uma intervenção se considere inaceitável. Pesquise diferentes métodos de oferecer *feedback* formal e informal, incluindo métodos para partilhar um *feedback* de forma confidencial.

Idealize mecanismos de *feedback* com outras agências e assegure-se de que sejam acessíveis a todas as pessoas. Esses não devem ser confundidos com os mecanismos de reclamação, que tratam de infrações sérias nas ações ou no comportamento ⊕ *ver Compromisso 5*, embora na prática, normalmente ocorra uma sobreposição dos tipos de *feedback* e das queixas recebidas. Conheça e acompanhe o *feedback* recebido. Adapte o programa quando necessário. Integre os mecanismos de *feedback* aos sistemas de avaliação e de monitorização das organizações.

A promoção de uma cultura de comunicação aberta: as organizações devem declarar publicamente (no seu *site* ou em material promocional que seja acessível às pessoas afetadas) quaisquer interesses específicos, como também os relativos à identidade política ou religiosa. Isso permite às partes intervenientes uma melhor compreensão da natureza da organização e das suas prováveis afiliações e políticas.

O compromisso das organizações com a participação e a escuta às comunidades: as políticas relativas ao gênero e à diversidade, podem ajudar a promover os valores e compromissos da organização, e dar exemplos concretos do comportamento esperado. O *feedback* das pessoas afetadas também deve refletir-se na estratégia e no desenvolvimento do programa.

As informações restritas, a confidencialidade e o sigilo: nem todas as informações devem ser compartilhadas com todas as partes intervenientes. Analise de que forma a recolha de informações que identifiquem grupos (dados demográficos) ou indivíduos, pode causar ou aumentar a vulnerabilidade das pessoas ou originar novas ameaças à sua proteção; ⊕ ver *Princípios de Proteção*.

Uma abordagem ética para as comunicações externas: materiais promocionais para a arrecadação de fundos, como fotografias, se descontextualizados podem ser mal interpretados, como também aumentar os riscos à proteção. As políticas e as orientações relativas a comunicações externas devem estar disponíveis a todos os funcionários e podem ajudar a garantir que se evitem erros.

Detalhes anexados a imagens e incluídos em narrativas não devem permitir que as pessoas (especialmente crianças) sejam seguidas até às suas casas ou comunidades. O recurso de localização deve estar desabilitado ao serem tiradas fotografias.

Compromisso 5

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias têm acesso a mecanismos seguros e ágeis para lidar com as reclamações.

Critério de qualidade

As reclamações são bem recebidas e tratadas.



Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária, incluindo os grupos vulneráveis e marginalizados, estão cientes dos mecanismos de reclamação estabelecidos para a sua utilização.
2. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária consideram os mecanismos de resposta a reclamações, acessíveis, eficazes, confidenciais e seguros.
3. As reclamações são investigadas e resolvidas, e os resultados são apresentados ao reclamante no prazo estabelecido.

Ações-chave

5.1 Consultar as comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias sobre a conceção, a implementação e a monitorização dos processos de gestão de reclamações.

- Desagregar as informações por sexo, idade e deficiência, pois esses critérios podem influenciar a visão das pessoas a respeito do acesso e dos obstáculos aos mecanismos de reclamação.

- Estabelecer um acordo sobre o modo como as reclamações podem ser submetidas, o que pode evitar que as pessoas e os funcionários apresentem reclamações, e o modo como desejam receber resposta às mesmas. Considerar a forma como as queixas serão registadas e acompanhadas, e como o que foi aprendido poderá ser incorporado num futuro planeamento.
- Pesquisar mecanismos de reclamação em conjunto com outras agências, parceiros e terceiros contratados.
- Treinar os funcionários na utilização dos mecanismos de reclamação.

5.2 Acolher e aceitar as reclamações, além de explicar como aceder ao seu mecanismo e qual é a abrangência das questões que podem ser consideradas.

- Verificar a possibilidade de promover uma campanha informativa para ampliar o conhecimento sobre o sistema e os processos, em que as pessoas possam fazer mais perguntas sobre como irão funcionar.

5.3 Gerir as reclamações em tempo útil e de maneira justa e apropriada, dando prioridade à segurança de quem reclama e das pessoas afetadas em todas as etapas.

- Lidar com cada queixa individualmente, mesmo que muitas envolvam assuntos similares.
- Oferecer uma resposta no prazo estabelecido. O reclamante deve saber quando esperar por uma resposta.
- Levar em consideração a gestão e a participação da comunidade no sistema de tratamento das reclamações.

Responsabilidades organizacionais

5.4 O processo de gestão das reclamações para comunidades e pessoas afetadas pela crise está documentado e organizado. O processo deve cobrir a programação, a exploração e o abuso sexual e ainda outros abusos de poder.

- Manter o registo de como é estabelecido o mecanismo de reclamação, dos critérios de decisão, de todas as reclamações feitas, de como foram respondidas e em que prazo.
- Ter o cuidado de assegurar que as informações sobre as reclamações sejam mantidas confidenciais, em estrita observância das políticas de proteção de dados.
- Trabalhar em conjunto com outras organizações nos mecanismos de reclamação, já que isso pode ser menos confuso para as comunidades e a equipa.

5.5 É estabelecida uma cultura organizacional em que as reclamações são tratadas com seriedade e resolvidas de acordo com as políticas e os processos definidos.

- Dar a conhecer publicamente as políticas relacionadas com o dever do cuidado da organização perante as pessoas que tem por objetivo atender; os seus códigos de conduta e o modo como vai proteger os grupos potencialmente vulneráveis, como os das mulheres, das crianças e das pessoas com necessidades especiais.

- Estabelecer procedimentos formais de investigação que adotem os princípios da confidencialidade, independência e respeito. Conduzir investigações de modo exaustivo, célere e profissional, atendendo às normas legais e às obrigações laborais locais. Dar oportunidade de formação a gestores designados no âmbito da investigação e gestão da má conduta dos funcionários ou disponibilizar o acesso a assessoria especializada.
- Incluir um procedimento de apresentação de queixas e políticas de denúncia de irregularidades para lidar com as reclamações contra os funcionários, e deixá-los a par dessas medidas.

5.6 As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises estão plenamente conscientes do comportamento esperado dos trabalhadores humanitários incluindo os compromissos organizacionais assumidos em relação à prevenção de exploração e abuso sexual.

- Explicar o processo de reclamação às comunidades e aos funcionários. Incluir mecanismos tanto para assuntos delicados (como aqueles relativos à corrupção, à exploração e ao abuso sexual, à falta grave ou à negligência), quanto para informações não delicadas (como os desafios no uso de critérios de seleção).

5.7 As reclamações que não estejam no âmbito da organização são remetidas a uma entidade pertinente de acordo com as boas práticas.

- Esclarecer quais são as reclamações que estão no âmbito da organização, e quando e de que forma encaminhá-las a outros prestadores de serviços.

Notas de orientação

Conceber um mecanismo para as reclamações: a dinâmica social e de poder deve ser avaliada antes de se decidir o melhor caminho para interagir com as comunidades. Deve-se prestar atenção às necessidades dos idosos, das mulheres e meninas, dos meninos e homens, das pessoas com deficiência e de outras que possam estar marginalizadas. Assegure-se de que tenham o direito de se expressar quanto à conceção e à implementação dos sistemas de reclamação.

Conscientizar sobre como fazer uma reclamação: serão necessários tempo e recursos para garantir que as pessoas afetadas saibam que serviços, atitudes e comportamentos podem esperar das organizações humanitárias. As pessoas também devem saber como e onde fazer uma reclamação, caso uma organização humanitária não respeite esses compromissos.

O mecanismo deve ser concebido de modo a que as pessoas possam ter a certeza de que sempre poderão fazer uma reclamação de forma confidencial e sem medo de represália.

Administre as expectativas, já que as comunidades podem acreditar que o processo de reclamação é capaz de resolver todos os seus problemas. Se as mudanças esperadas estiverem fora do controlo da agência, poderá haver frustração e desapontamento.



A gestão das reclamações: explique com clareza ao reclamante quando a reclamação estiver fora do controlo e da competência da organização. Quando possível e em conformidade com o reclamante, encaminhe a reclamação para a organização apropriada. Deste modo coordene-se com outras agências e setores para se assegurar de que tal procedimento funciona eficazmente.

Somente os funcionários treinados para o efeito, podem investigar alegações de exploração e abuso sexual por parte dos colaboradores humanitários.

Deve-se providenciar, de acordo com a vontade do reclamante, o encaminhamento confidencial, para que possa receber apoio e cuidados complementares (apoio psicossocial e de saúde mental, entre outros cuidados de saúde).

As reclamações anónimas e mal-intencionadas são desafios específicos porque a sua origem é desconhecida. Podem ser um sinal de alerta de descontentamento velado pela organização, e para acompanhar o assunto, será necessário investigar se há alguma causa anterior desconhecida para a reclamação.

Proteger os reclamantes: tenha cuidado ao decidir quem precisa saber de determinada informação dentro da organização. As pessoas que denunciam abuso sexual podem enfrentar estigma social e correr perigo real por parte dos agressores e dos seus próprios familiares. Conceba um mecanismo que assegure que as reclamações sejam tratadas confidencialmente. Deve ser implementada uma política de denúncia de irregularidades, para proteger os funcionários que demonstrem preocupação com os programas ou com os comportamentos dos colegas.

As políticas de proteção de dados devem prever por quanto tempo certos tipos de informação devem ser mantidos, segundo as leis pertinentes sobre a proteção de dados.

O processo de atendimento das reclamações: assegure-se de que tanto os funcionários da organização quanto as próprias comunidades tenham a possibilidade de fazer reclamações. Elas podem ser vistas com uma oportunidade para melhorias na organização e no serviço; também podem indicar o impacto e a conveniência de uma intervenção, vulnerabilidades e possíveis riscos e o grau de satisfação das pessoas com os serviços prestados.

A exploração e o abuso sexual das pessoas afetadas por uma crise: uma organização e a sua direção de topo, têm a responsabilidade de implementar mecanismos e procedimentos de reclamação e de garantir que eles sejam seguros, transparentes, acessíveis e confidenciais. Quando conveniente, as organizações devem avaliar a inclusão de disposições específicas sobre a cooperação com as investigações de casos de exploração e abuso sexual nos seus acordos de parceria.

A cultura organizacional: os gestores e os funcionários mais graduados devem dar o exemplo e promover uma cultura de respeito mútuo entre toda a equipa, os parceiros, os voluntários e as pessoas afetadas por uma crise humanitária. O seu apoio é vital para a implementação de mecanismos de reclamação na comunidade. Os funcionários devem saber como lidar com as denúncias ou as alegações de abuso. Em caso de atividade criminosa ou quando uma lei internacional for violada, a equipa deve saber como contactar as autoridades competentes. As organizações que trabalham

em parceria, devem estabelecer um acordo sobre como irão detetar e lidar com as reclamações (inclusive as reclamações de uma organização em relação a outra).

O comportamento da equipa e os códigos de conduta: as organizações devem ter um código de conduta para a equipa que seja susbscrito pela direção de topo e que seja do conhecimento público. Deve-se aplicar uma política de proteção à infância a todos os funcionários e parceiros. Além disso, devem ser oferecidas orientações introdutórias e proporcionada formação sobre os padrões de comportamento esperados. Os funcionários devem saber e compreender quais são as consequências da quebra do código de conduta; ⊕ *ver Compromissos 3 e 8.*

Compromisso 6

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias recebem assistência coordenada e complementar.

Critério de qualidade

A resposta humanitária é coordenada e complementar.

Indicadores de desempenho

1. Mediante uma ação coordenada, as organizações reduzem falhas e sobreposições identificadas pelas comunidades afetadas e pelos parceiros.
2. As organizações de resposta — inclusivamente as organizações locais — partilham informações pertinentes mediante mecanismos de coordenação formais e informais.
3. As organizações coordenam as avaliações das necessidades, a entrega da ajuda humanitária e o monitorização da implementação da ajuda.
4. As organizações locais relatam ter participação e representação adequadas nos mecanismos de coordenação.



Ações-chave

6.1 Identificar os papéis, as responsabilidades, as capacidades e os interesses dos diferentes agentes envolvidos.

- Considerar a possibilidade de colaboração para otimizar a capacidade das comunidades, dos governos de acolhimento, dos doadores, do setor privado e das organizações humanitárias (locais, nacionais, internacionais) com diferentes incumbências e experiências técnicas.
- Sugerir e liderar avaliações, formações e análises em conjunto com todas as organizações e com outras partes intervenientes, para obter uma abordagem mais coerente.

6.2 Garantir que a resposta humanitária complemente a resposta das autoridades nacionais e locais e de outras organizações humanitárias.

- Reconhecer que, em última instância, o planeamento e a coordenação geral das iniciativas de socorro são da responsabilidade dos governos de acolhimento.

As organizações humanitárias têm um papel essencial a cumprir no suporte à função de resposta e coordenação do Estado.

6.3 Participar nos órgãos competentes e colaborar com outros para minimizar as solicitações nas comunidades, e maximizar a abrangência e a promoção de serviços do trabalho humanitário em geral.

- Defender, por meio da coordenação, a aplicação e a adesão às normas e às diretrizes de qualidade reconhecidas. Utilizar os órgãos de coordenação para contextualizar as normas humanitárias — especialmente os indicadores — para monitorizar e avaliar em conjunto as atividades e a resposta global. Determinar o âmbito das atividades e dos compromissos, assim como qualquer sobreposição com outros organismos de coordenação e como será tratada, por exemplo, a coordenação quanto a assuntos relativos à prestação de contas, ao gênero e à proteção.

6.4 Partilhar informações necessárias com parceiros, grupos de coordenação e outros agentes relevantes através dos canais de comunicação apropriados.

- Respeitar o uso dos idiomas locais em reuniões e em outras comunicações. Examinar as barreiras de comunicação de forma a que as partes locais intervenientes possam participar.
- Comunicar com clareza e evitar jargões e coloquialismos, especialmente quando outros participantes não falem o mesmo idioma.
- Oferecer intérpretes e tradutores, se necessário.
- Avaliar a localização das reuniões para possibilitar que os agentes locais participem.
- Trabalhar com a rede da sociedade civil local para garantir a contribuição dos seus membros.

Responsabilidades organizacionais

6.5 As políticas e as estratégias incluem um compromisso claro com a coordenação e colaboração com outros, incluindo autoridades nacionais e locais, sem abrir mão dos princípios humanitários.

- Incluir a coordenação nas políticas organizacionais e nas estratégias de obtenção de recursos. A organização deve comunicar de que forma vai interagir com os parceiros, autoridades de acolhimento e outros agentes humanitários e não humanitários.
- Os funcionários que representam as agências em reuniões de coordenação devem dispor das devidas informações, competências e autoridade para contribuir com o planeamento e a tomada de decisões. As responsabilidades de coordenação devem estar claramente expressas na descrição dos cargos da equipa.

6.6 O trabalho com parceiros é gerido por acordos claros e consistentes que respeitam o mandato, as obrigações e a independência de cada parceiro e reconhecem as respectivas limitações e compromissos.

- As organizações locais e nacionais interagem ou colaboram com parceiros que têm uma mesma compreensão a respeito da missão organizacional, e dos papéis e responsabilidades mútuas para uma ação eficaz e responsável.

Notas de orientação

O trabalho com o setor privado: o setor privado pode trazer para as organizações humanitárias a eficiência comercial, a experiência técnica e os recursos complementares. No mínimo, é necessário partilhar as informações para evitar duplicidade e para promover as boas práticas humanitárias. Assegure-se de que as empresas parceiras estejam comprometidas com os direitos humanos essenciais e que não tenham precedentes de perpetuação de desigualdades ou de práticas discriminatórias. As parcerias com o setor privado devem garantir benefícios expressos para as pessoas atingidas por uma crise e, ao mesmo tempo, reconhecer que os agentes do setor privado podem ter os seus próprios objetivos.

A coordenação civil-militar: as organizações humanitárias devem manter uma clara separação das forças militares para evitar qualquer associação, real ou aparente, com objetivos políticos ou militares, o que poderia comprometer a imparcialidade, a independência, a credibilidade e a segurança das agências, bem como o acesso às pessoas afetadas.

Os militares têm experiência técnica e recursos específicos, inclusivamente em termos de segurança, logística, transporte e comunicações. Contudo, a existência de qualquer vínculo, deve ser ao serviço das agências humanitárias, liderado por estas e de acordo com as regras aprovadas; ⊕ *ver O que é Esfera? Carta Humanitária e Princípios de Proteção*. Algumas organizações manterão um diálogo mínimo para assegurar a eficiência operacional, enquanto outras podem estabelecer ligações mais estreitas.

Os três elementos-chave da coordenação civil-militar são a partilha de informações, o planeamento e a divisão de tarefas. O diálogo deve existir sempre em qualquer contexto e a todos os níveis.

A ajuda complementar: as organizações e as autoridades locais e as redes da sociedade civil têm experiência significativa em contextos específicos. Podem precisar de apoio para se restabelecerem dos efeitos de uma crise, e precisam participar ativamente e estar representadas na coordenação do trabalho de resposta.

Quando as autoridades fizerem parte do conflito, os agentes humanitários devem usar o discernimento em relação à isenção das autoridades, mantendo os interesses da população afetada no centro da tomada de decisões.

A coordenação: a coordenação intersetorial pode resolver as necessidades das pessoas de forma global, ao invés de resolvê-las de forma isolada. Por exemplo: a coordenação em matéria de saúde mental e suporte psicossocial deve ser feita entre os setores da saúde, proteção e educação, como no caso de um grupo de trabalho técnico composto por especialistas desses setores.

Os líderes e coordenadores têm a responsabilidade de garantir que as reuniões e as informações partilhadas sejam bem administradas, eficientes e orientadas para o resultado. Os agentes locais podem não participar dos mecanismos de coordenação se estes forem pertinentes apenas às agências internacionais, devido ao idioma ou à localização. Podem ser necessários mecanismos de coordenação nacional e subnacional, e estes devem ter linhas claras de reporte da informação.



A participação em mecanismos de coordenação prévios a uma catástrofe, estabelece relacionamentos e melhora a coordenação durante uma resposta. Vincule as estruturas de coordenação de emergência aos planos de desenvolvimento de longo prazo e com os organismos de coordenação, quando existam.

Os mecanismos internacionais das interagências para a coordenação das emergências devem dar suporte aos mecanismos de coordenação nacional. Na assistência aos refugiados, o mecanismo de coordenação deve ser aquele adotado pelo ACNUR.

A partilha de informações (inclusive financeiras) entre as distintas partes intervenientes e os distintos mecanismos de coordenação, facilita a identificação de falhas ou de sobreposições no programa.

O trabalho com os parceiros: pode haver diferentes tipos de acordos com os parceiros, desde uma relação meramente contratual até à partilha de recursos e de tomada de decisões. Respeite a missão e a visão da organização parceira, bem como a sua independência. Respeite as oportunidades para o desenvolvimento e a aprendizagem mútuos. Identifique o que ambas as partes têm a ganhar com a parceria à medida que ampliam o seu conhecimento e as suas capacidades, e propiciam uma melhor prontidão, bem como opções de resposta mais variadas.

A colaboração de longo prazo entre organizações da sociedade civil locais e nacionais e organizações internacionais, permite que todos os parceiros ampliem os seus conhecimentos e as suas capacidades, e propicie uma melhor prontidão, bem como opções de resposta mais variadas.

Compromisso 7

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias podem esperar uma melhor assistência na medida em que as organizações aprendem com a experiência e a reflexão.

Critério de qualidade

Os agentes humanitários estão em constante aprendizagem e aperfeiçoamento.

Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária identificam melhorias na assistência e na proteção que recebem ao longo do tempo.
2. Realizam-se melhorias nas intervenções de assistência e proteção como resultado da aprendizagem gerada pela resposta em curso.
3. A assistência e a proteção oferecidas refletem a aprendizagem adquirida em outras respostas.

Ações-chave

7.1 Conceber os programas com base nas lições aprendidas e na experiência anterior.

- Conceber sistemas de monitorização que sejam simples e acessíveis, reconhecendo que as informações devem ser representativas dos diferentes

grupos, e identificar claramente quem beneficiou ou não dos programas anteriores.

- Considerar tanto os fracassos quanto os êxitos.

7.2 Aprender, inovar e implementar mudanças com base na monitorização, na avaliação, no *feedback* e nas reclamações.

- Utilizar um método de escuta aberta e outros métodos de participação qualitativa. As pessoas afetadas pelas crises são as melhores fontes de informação sobre as necessidades e as mudanças na situação.
- Partilhar e discutir com as comunidades o que foi aprendido, perguntando-lhes o que gostariam de fazer de forma diferente e como fortalecer o seu papel no processo da tomada de decisões ou na gestão.

7.3 Partilhar a aprendizagem e a inovação internamente com as comunidades e as pessoas afetadas pelas crises e com outros intervenientes.

- Apresentar as informações recolhidas por meio da monitorização e da avaliação num formato acessível que permita a partilha e a tomada de decisões; ⊕ *ver Compromisso 4.*
- Identificar meios para dar suporte às atividades de aprendizagem em todo o sistema.

Responsabilidades organizacionais

7.4 Existem políticas de avaliação e aprendizagem e também meios para se aprender com as experiências e melhorar a prática.

- As organizações incluem no seu ciclo de aprendizagem, uma revisão de desempenho e um plano de melhoria, com base em indicadores mensuráveis e objetivos.
- Todos os funcionários compreendem as suas responsabilidades em relação à monitorização do progresso do seu trabalho e ao modo como a aprendizagem pode contribuir para o seu desenvolvimento profissional.

7.5 Existem mecanismos para registar o conhecimento e as experiências, disponibilizando essas informações a toda a organização.

- A aprendizagem das organizações conduz a mudanças práticas (como a melhoria das estratégias para executar avaliações, a reorganização das equipas, para uma resposta mais coesa e uma articulação mais clara das responsabilidades na tomada de decisões).

7.6 A organização contribui para a aprendizagem e a inovação na resposta humanitária tanto entre pares quanto a nível setorial.

- Compile e publique relatórios sobre as respostas humanitárias com as principais lições aprendidas e recomendações para possibilitar a revisão das práticas em futuras respostas.



Notas de orientação

Aprender com a experiência: abordagens e métodos diferentes adaptam-se a diferentes objetivos de desempenho, de aprendizagem e de responsabilidades, tais como os apresentados a seguir.

A monitorização – a recolha periódica de conjuntos de dados das atividades e do desempenho do projeto, pode ser utilizada para a correção do rumo a seguir. Utilize dados qualitativos e quantitativos para monitorizar e avaliar. Faça a triangulação dos dados e mantenha registos consistentes. Leve em consideração aspetos éticos da forma como os dados são recolhidos, tratados e relatados. Determine que dados devem ser recolhidos e como são apresentados, tendo em vista a utilização pretendida e os utilizadores. Não recolha dados que não serão analisados ou utilizados.

As revisões em tempo real – exercícios pontuais de avaliação em que participem as pessoas que trabalham no projeto, podem ser usados para corrigir o rumo a seguir.

O *feedback* – as informações recebidas das pessoas afetadas, não necessariamente estruturadas, podem ser usadas para corrigir o rumo a seguir. As pessoas afetadas por uma crise são as que melhor podem julgar as mudanças nas suas vidas.

Revisões posteriores à ação – exercícios pontuais em que participem as pessoas que trabalham no projeto e que ocorrem após o seu término, identificam os elementos que devem ser mantidos ou modificados em futuros projetos.

As avaliações – as atividades formais com o propósito de determinar objetivamente o valor de uma ação, de um projeto ou de um programa, normalmente são conduzidas por pessoas externas ao projeto. Podem ocorrer em tempo real (para permitir a correção do rumo a seguir) ou após o término do projeto, com a finalidade de aportar aprendizagem para situações similares e fundamentar as políticas.

A pesquisa – envolve o estudo sistemático sobre questões específicas relacionadas à ação humanitária, geralmente utilizado para fundamentar as políticas.

Inovação: a resposta a uma crise humanitária frequentemente leva à inovação, na medida em que as pessoas e as organizações se adaptam a ambientes em mudança. As pessoas afetadas por uma crise inovam conforme se adaptam às mudanças nas suas próprias circunstâncias; podem beneficiar do apoio que as envolva sistematicamente em processos de inovação e desenvolvimento.

A colaboração e a partilha de lições: a aprendizagem em colaboração com outras agências, com órgãos governamentais ou não governamentais e com instituições académicas, é uma obrigação profissional e pode apresentar perspectivas e novas ideias, assim como maximizar a utilização de recursos limitados. A colaboração também ajuda a reduzir o ónus de avaliações repetidas numa mesma comunidade.

Os processos de aprendizagem entre pares têm sido utilizados por várias organizações e podem ser adotados para monitorizar o progresso em tempo real ou como um exercício de reflexão após uma crise.

As redes e as comunidades de ação prática (incluindo universidades) podem criar oportunidades de aprendizagem entre grupos de pares, tanto no trabalho de campo quanto nas reavaliações posteriores à ação ou em fóruns de estudos. Isso pode constituir uma contribuição importante para a prática organizacional e para um amplo sistema de aprendizagem. Compartilhar os desafios e os êxitos entre pares pode possibilitar que os trabalhadores humanitários identifiquem riscos e evitem erros futuros.

Os dados disponíveis entre os setores são particularmente úteis. A aprendizagem e as reavaliações de dados entre as organizações têm maior probabilidade de contribuir para uma mudança organizacional, do que as lições aprendidas dentro de uma única organização.

A monitorização realizada pelas próprias pessoas afetadas por uma crise humanitária pode melhorar a transparência e a qualidade, assim como estimular a apropriação da informação.

As políticas de avaliação e aprendizagem: as principais lições e as áreas identificadas com necessidade de melhorias, nem sempre são analisadas sistematicamente. As lições não podem ser consideradas aprendidas a não ser que tenham provocado mudanças visíveis na resposta atual ou nas subsequentes.

A gestão do conhecimento e a aprendizagem da organização: a gestão do conhecimento envolve recolha, desenvolvimento, partilha, armazenamento e utilização eficaz do conhecimento e da aprendizagem da organização. Os funcionários mais antigos de âmbito nacional, costumam ser a chave para a preservação do conhecimento e dos relacionamentos locais. A aprendizagem também deve ser estendida aos agentes nacionais, regionais e locais, a fim de ajudá-los a desenvolverem ou a atualizarem os seus próprios planos de preparação para as crises humanitárias.



Compromisso 8

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias recebem a assistência que necessitam das equipas e voluntários competentes e bem geridos.

Critério de qualidade

A equipa é incentivada a ser eficiente na sua função e é tratada de forma justa e igualitária.

Indicadores de desempenho

1. Todos os funcionários sentem-se apoiados pela organização para fazer o seu trabalho.
2. Os funcionários atingem os seus objetivos de desempenho satisfatoriamente.
3. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária avaliam a eficiência dos funcionários de acordo com os seus conhecimentos, as suas competências, os seus comportamentos e as suas atitudes.
4. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária estão cientes dos códigos de conduta humanitários e sabem como manifestar as preocupações sobre as violações.

Ações-chave

8.1 A equipa trabalha de acordo com o mandato e os valores da organização e com objetivos e padrões de desempenho previamente acordados.

- Podem-se aplicar termos e condições distintas a funcionários de distintos tipos e níveis. A lei laboral nacional geralmente determina a condição de um indivíduo e deve ser respeitada. Todos os funcionários devem ser informados da sua condição jurídica e organizacional, seja nacional ou internacional.

8.2 A equipa adere às políticas que são pertinentes e entende as consequências da não adesão às mesmas.

- A necessidade de orientação inicial e de formação relativa à missão da organização, às políticas e aos códigos de conduta aplica-se a todas as situações, incluindo as de implementação ou extensão rápidas.

8.3 A equipa desenvolve e utiliza as suas competências pessoais, técnicas e de gestão, para cumprir o seu papel e compreende como a organização pode apoiar na respetiva execução.

- As oportunidades de desenvolvimento formal dos funcionários podem ser limitadas numa primeira fase da resposta, mas os gestores devem oferecer, pelo menos, orientações iniciais e formação prática durante o desenvolvimento do trabalho.

Responsabilidades organizacionais

8.4 A organização tem a habilidade e a capacidade de implementar os seus programas.

- Contrate pessoas que possam aumentar a acessibilidade dos serviços e evite qualquer perceção de discriminação, considerando fatores como o idioma, a etnia, o género, a deficiência e a idade.
- Analise, com antecedência, de que forma a organização deverá solucionar os picos das solicitações por funcionários mais qualificados. Esclareça os cargos e as responsabilidades de âmbito nacional, assim como as responsabilidades internas de tomada de decisões e comunicação.
- Evite contratar funcionários por curtos períodos de tempo, pois isso gera elevada rotatividade da equipa, prejudicando a continuidade e a qualidade do programa, e pode levá-los a não assumirem a responsabilidade pessoal pelas tarefas.
- Adote práticas de recrutamento éticas evitando o risco de enfraquecer a capacidade das ONG locais.
- Promova o recrutamento de funcionários locais que tenham mais probabilidade de permanecer por períodos de tempo mais longos. Em agências com múltiplas atribuições, os funcionários que trabalham no desenvolvimento devem receber formação e estar disponíveis para a resposta humanitária.

8.5 As políticas e os procedimentos de trabalho são justos, transparentes, não discriminatórios e de acordo com a lei laboral local.

- As políticas e as práticas organizacionais possibilitam que a equipa de gestão e liderança garanta a continuidade, a memória institucional e as respostas mais apropriadas ao contexto.

8.6 As descrições do emprego, os objetivos de trabalho e os processos de avaliação existem para que a equipa possa compreender bem o que é requerido.

- As descrições do emprego são precisas e mantidas atualizadas.
- Os funcionários formulam objetivos individuais relativos aos seus projetos e às suas competências de trabalho, os quais são documentados num plano de desenvolvimento.

8.7 Existe um código de conduta que estabelece, no mínimo, a obrigação da equipa de não explorar, abusar ou discriminar pessoas.

- O código de conduta da organização é entendido, assinado e respeitado, ficando claro para todos os representantes da organização (inclusivamente para funcionários, voluntários, parceiros e fornecedores), quais são os padrões de comportamento esperados e quais são as consequências da sua inobservância.

8.8 Existem políticas para apoiar a equipa na melhoria das suas aptidões e competências.

- As organizações devem ter mecanismos para avaliar o desempenho dos funcionários, avaliar as deficiências em termos de capacidade e desenvolver talentos.

8.9 Existem políticas para garantir a segurança e o bem-estar da equipa.

- As agências têm o dever de zelar pelos seus funcionários. Os gestores dão conhecimento dos riscos aos trabalhadores humanitários e protegem-nos da exposição desnecessária a ameaças à sua saúde física e emocional.
- Podem ser adotadas medidas como a gestão eficaz da segurança, recomendações preventivas de saúde, apoio ativo para uma carga horária de trabalho razoável e acesso a apoio psicológico.
- Estabelecer uma política que expresse tolerância zero para o assédio e o abuso, incluindo assédio e abuso sexuais no local de trabalho.
- Estabeleça estratégias de resposta e prevenção holísticas para resolver incidentes de assédio e violência sexuais sofridos ou cometidos pelos funcionários.



Notas de orientação

Os funcionários e os voluntários: são considerados funcionários todos os representantes designados pela organização (nacionais, internacionais, empregados permanentes ou temporários, voluntários e consultores).

As organizações devem sensibilizar os funcionários e os voluntários para que tenham uma maior consciência em relação aos grupos marginalizados e para que evitem atitudes e práticas preconceituosas ou discriminatórias.

A adesão à missão, aos valores e às políticas organizacionais: é esperado que os funcionários trabalhem dentro do âmbito jurídico, da missão, da visão e dos valores da organização, os quais devem-lhes ser definidos e comunicados. Além deste amplo entendimento sobre o papel e os métodos de trabalho da organização, o indivíduo deve trabalhar tendo em vista uma série de objetivos organizacionais a cumprir, e as expectativas de desempenho acordadas com o seu gestor.

As políticas devem assumir compromissos explícitos quanto ao equilíbrio de gênero entre funcionários e voluntários.

As políticas devem promover um ambiente de trabalho aberto, inclusivo e acessível para pessoas com deficiência que englobe: a identificação e a eliminação de barreiras na acessibilidade ao local de trabalho; a proibição de discriminação com base na deficiência; a oferta de oportunidades iguais e a mesma remuneração para trabalhos de igual valor; e a realização de adaptações necessárias no local de trabalho para pessoas com deficiência.

Os parceiros externos, os adjudicatários e os prestadores de serviços também devem conhecer as políticas e os códigos de conduta que se lhes aplicam, assim como as consequências do seu incumprimento (como a rescisão de contratos).

As normas de desempenho e o desenvolvimento de competências: os funcionários e os seus empregadores são mutuamente responsáveis pelo desenvolvimento das suas capacidades — incluindo capacidades de gestão. Com a ajuda de objetivos claros e normas de desempenho, os funcionários devem saber quais são as capacidades, competências e conhecimentos necessários para exercer as suas atuais funções. Também devem ser informados sobre as oportunidades de crescimento e de desenvolvimento disponíveis ou exigidas. As competências podem ser aperfeiçoadas pela experiência, pela formação prática, pela tutoria e pelo *coaching*.

Podem-se utilizar vários métodos para avaliar as capacidades e os comportamentos de um funcionário, como a observação, a revisão do resultado do trabalho, as conversas diretas e as entrevistas com os seus colegas. Avaliações de desempenho periódicas e documentadas devem permitir que os gestores identifiquem as áreas que necessitam de apoio e formação.

As capacidades da equipa: os sistemas de gestão de pessoal diferem segundo a agência e o contexto, mas devem estar suportados por boas práticas. Precisam ser estudados e planeados a nível estratégico com o apoio da direção de topo. As organizações e os planos do projeto devem considerar a capacidade e o equilíbrio de gênero na equipa. Deve haver o número certo de funcionários, com as capacidades certas, no lugar certo e na hora certa para a implementação dos objetivos organizacionais de curto e de longo prazo.

As organizações devem possibilitar que os funcionários tenham as competências necessárias para apoiar os processos de escuta, a tomada de decisões e a ação da comunidade. Os funcionários também devem ser treinados a adotar os

procedimentos padrão, já que isso permite aumentar o grau da capacidade em delegar e obter respostas mais rápidas.

O cronograma de revisão de desempenho deve ser suficientemente flexível para abranger tanto os funcionários que trabalham com contratos de curta duração quanto aqueles com contratos por tempo indeterminado. Deve ser dada a devida atenção às capacidades de escuta, possibilitar a inclusão, facilitar o diálogo com a comunidade e possibilitar iniciativas de tomada de decisões por parte da comunidade. As organizações parceiras devem estar de acordo quanto às competências necessárias para os funcionários cumprirem os compromissos estabelecidos.

Os procedimentos e as políticas de pessoal: o estilo e a complexidade dos procedimentos e das políticas de pessoal dependerão do tamanho e do contexto de cada agência. Por mais simples ou complexa que a agência possa ser, os funcionários devem participar do desenvolvimento e da revisão das políticas, tão logo seja possível, para assegurar que os seus pontos de vista sejam contemplados. Um manual concebido para os funcionários facilita o conhecimento e a consulta sobre as políticas e as consequências do seu incumprimento.

As orientações aos funcionários: cada funcionário deve identificar os objetivos que correspondam às suas aspirações de trabalho e às competências que esperam desenvolver, e deve documentá-las num plano de desenvolvimento.

Uma resposta eficaz não envolve simplesmente garantir a presença de funcionários habilitados, mas também depende da forma como os indivíduos são geridos. As pesquisas sobre contextos de emergência mostram que uma gestão adequada, os sistemas, os modelos e os procedimentos para garantir uma resposta eficaz, são tão ou mais importantes do que as competências da equipa.

A segurança e o bem-estar: os funcionários muitas vezes trabalham durante longas horas em condições arriscadas e stressantes. O dever de uma agência de zelar pelos seus funcionários nacionais e internacionais, inclui ações para promover o seu bem-estar físico e mental e evitar a exaustão a longo prazo, desgaste, lesões ou doenças.

Os gestores podem estimular o dever de zelo adotando modelos de boas práticas e cumprindo pessoalmente as políticas. Os trabalhadores humanitários também precisam de se responsabilizar pessoalmente pela gestão do seu bem-estar. Primeiros socorros psicológicos devem estar sempre disponíveis para os trabalhadores que testemunharam ou participaram em eventos extremamente perturbadores.

Dê formação à equipa para receber informações sobre incidentes de violência sexual sofrida pelos seus colegas. Facilite o acesso a uma investigação rigorosa e a medidas de dissuasão que fomentem a confiança e a responsabilidade. Quando ocorrerem incidentes, adote uma abordagem centrada no sobrevivente para dar suporte médico e psicossocial, incluindo o reconhecimento do trauma vicariante. O suporte deve ser responsável e inclusivo quanto às necessidades dos funcionários nacionais e expatriados.

Um profissional da área da saúde mental, com preparação cultural e linguística, deve contactar todos os funcionários nacionais e internacionais, e todos os voluntários



no prazo de um a três meses, após terem sobrevivido a um evento potencialmente traumático. O profissional deve avaliar o sobrevivente e, se necessário, encaminhá-lo a uma clínica de tratamento.

Compromisso 9

As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias podem esperar que as organizações que as estão a ajudar utilizem os recursos de maneira efetiva, eficiente e ética.

Critério de qualidade

Os recursos são geridos e utilizados de forma responsável para o propósito previsto.

Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária estão cientes do orçamento da comunidade, das despesas e dos resultados atingidos.
2. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária consideram que os recursos disponíveis são usados:
 - a. Para os fins previstos;
 - b. Sem desvio ou desperdício.
3. Os recursos obtidos para a resposta são utilizados e monitorizados de acordo com os planos, as metas, os orçamentos e os cronogramas.
4. A resposta humanitária é implementada com uma boa relação de custo-benefício.

Ações-chave

9.1) Conceber programas e implementar processos para garantir a utilização eficiente dos recursos, equilibrando a qualidade, o custo e o tempo em cada fase da intervenção.

- Adaptar procedimentos em crises súbitas para facilitar decisões financeiras mais rápidas e para enfrentar os desafios (como, por exemplo, a falta de fornecedores disponíveis para realizar licitações competitivas).

9.2) Gerir e utilizar os recursos para cumprir o seu propósito, minimizando os desperdícios.

- Garantir a existência de sistemas e de uma equipa com habilidades específicas para administrar os riscos relativos às aquisições, à ajuda em dinheiro e à gestão do *stock*.

9.3) Monitorizar e relatar as variações entre as despesas e o orçamento.

- Estabelecer um planeamento financeiro e sistemas de monitorização para garantir que os objetivos do programa sejam alcançados, incluindo procedimentos para mitigar os principais riscos da gestão financeira.
- Realizar o seguimento de todas as transações financeiras.

9.4 Ao utilizar recursos locais e naturais, considerar o impacto no meio ambiente.

- Realizar uma rápida avaliação do impacto ambiental para determinar riscos e implementar medidas de mitigação na resposta ou no programa, o quanto antes.

9.5 Gerir o risco de corrupção e, se detetada, tomar as medidas necessárias.

- Documentar os critérios e as fontes de financiamento. Atuar de forma aberta e transparente em relação às informações do projeto.
- Encorajar as partes intervenientes a denunciar abusos de poder.

Responsabilidades organizacionais**9.6 Existem políticas e processos que orientam a utilização e a gestão dos recursos, incluindo o modo como a organização:**

- a. aceita e distribui fundos e doações em espécie, ética e legalmente;
- b. utiliza os seus recursos de maneira responsável com o meio ambiente;
- c. previne e enfrenta a corrupção, a fraude, os conflitos de interesse e o mau uso dos recursos;
- d. realiza auditorias, respeita as normas e faz relatórios transparentes;
- e. avalia, gere e atenua os riscos regularmente;
- f. garante que a aceitação dos recursos não prejudique a sua independência.

Notas de orientação

A utilização eficiente dos recursos: o termo “recursos” refere-se aos insumos de que uma organização necessita para executar a sua missão. Isso inclui, entre outros fatores, recursos financeiros, funcionários, bens, equipamentos, tempo, terras e o meio ambiente em geral.

Em crises humanitárias importantes e agudas, costuma haver pressão para uma resposta rápida e para mostrar que as agências estão a fazer algo para resolver a situação. Isso pode levar a um planeamento deficiente do projeto, e sem a ênfase necessária para explorar as diversas opções possíveis de programas e de financiamento (por exemplo, a utilização da ajuda em dinheiro), que possam oferecer uma maior rentabilidade. Contudo, o alto risco de corrupção nestes contextos mostra que é importante oferecer formação e apoio à equipa, e estabelecer mecanismos de denúncias para prevenir a corrupção dentro dos sistemas; ⊕ *ver Compromissos 3 e 5.*

Atuar com uma equipa sénior experiente durante esse período pode ajudar a mitigar os riscos e a encontrar um equilíbrio entre oferecer uma resposta em tempo útil, manter as normas e limitar o desperdício.



A colaboração e a coordenação entre as organizações (e as comunidades) também podem contribuir para uma resposta mais eficiente (como, por exemplo, realizar avaliações ou análises em conjunto e apoiar registos interagências e sistemas de logística).

No final do projeto, os bens e os recursos remanescentes devem ser doados, vendidos ou devolvidos de forma responsável.

A utilização de recursos para os fins previstos: todos os agentes humanitários são responsáveis perante os doadores e as pessoas afetadas e devem ser capazes de demonstrar que os recursos foram usados de forma sensata, eficiente e com bom resultado.

Os registos contabilísticos devem cumprir as normas nacionais e/ou internacionais e devem ser aplicados sistematicamente na organização.

A fraude, a corrupção e o desperdício desviam os recursos de quem mais necessita deles. Contudo, uma intervenção que não é eficaz por falta de funcionários ou de recursos suficientes, não pode ser considerada responsável. Economizar nem sempre é rentável. Por vezes é necessário alcançar um equilíbrio entre a economia, a eficácia e a eficiência.

A monitorização e os relatórios de despesas: todos os membros da equipa partilham a responsabilidade de assegurar a boa gestão financeira. Os funcionários são encorajados a relatar qualquer suspeita de fraude, corrupção ou mau uso dos recursos.

O impacto ambiental e o uso de recursos naturais: as respostas humanitárias podem ter um impacto negativo no meio ambiente. Por exemplo, podem produzir grandes quantidades de resíduos, degradar os recursos naturais, contribuir para o esgotamento ou a contaminação do lençol freático, causar desmatamento e outras ameaças ambientais. Os ecossistemas são essenciais para o bem-estar do ser humano e protegem-no contra os riscos naturais. Qualquer impacto no meio ambiente deve ser analisado como um assunto intersetorial, já que é passível de causar danos futuros e permanentes para a vida, a saúde e a subsistência. É de suma importância nesse processo, considerar as pessoas afetadas e as suas preocupações. O apoio à administração local dos recursos naturais deverá fazer parte do programa.

A gestão dos riscos de corrupção: a definição e o entendimento do que são práticas corruptas não são os mesmos em todas as culturas. A definição clara do comportamento esperado dos funcionários (inclusive dos voluntários) e dos parceiros é fundamental na abordagem destes riscos; ⊕ *ver Compromisso 8*. A interação respeitosa com os membros da comunidade, e o estabelecimento de mecanismos de monitorização no local e de transparência com as partes intervenientes, podem reduzir os riscos de corrupção.

Os presentes em espécie podem criar dilemas éticos. Presentear, em muitas culturas, constitui uma norma social importante e recusar um presente pode parecer indelicado. Se ao receber um presente, o presenteado tiver a sensação de ficar em débito, deve recusá-lo educadamente. Caso aceite, é importante informar e discutir o assunto com um gestor, caso permaneça preocupado com o assunto.

Atenue os riscos à independência operacional e à imparcialidade da organização, orientando os funcionários e incentivando a transparência. Os funcionários devem estar cientes destas políticas e dos possíveis dilemas.

Os recursos naturais e o impacto ambiental: as organizações devem estar comprometidas com políticas e práticas ambientais consistentes (incluindo um plano de ação e uma rápida avaliação do impacto ambiental), bem como fazer uso de orientações existentes que ajudem a resolver as questões ambientais numa emergência. As políticas de compras sustentáveis ajudam a reduzir o impacto no meio ambiente, mas precisam ser administradas de modo a reduzir atrasos na prestação da assistência.

A corrupção e a fraude: a fraude inclui o roubo, o desvio de mercadorias ou de propriedades e a falsificação de registros, como comprovativos de despesas. Todas as organizações devem manter um registro preciso das transações financeiras para mostrar como foram utilizados os recursos. Estabeleça sistemas e procedimentos para assegurar o controle interno dos recursos financeiros e evitar a fraude e a corrupção.

As organizações devem apoiar práticas reconhecidas em matéria de gestão financeira e da elaboração de relatórios. As políticas organizacionais também devem assegurar que os sistemas de compras sejam transparentes e consistentes, e devem incorporar medidas antiterrorismo.

Os conflitos de interesses: os funcionários devem certificar-se de que não haja conflito de interesses entre os objetivos da organização e os seus próprios interesses pessoais ou financeiros. Por exemplo, não devem adjudicar contratos a fornecedores, organizações ou indivíduos se os próprios ou os seus familiares forem beneficiados financeiramente.

Há várias formas de conflito de interesses e as pessoas nem sempre compreendem que estão a violar códigos e políticas organizacionais. Por exemplo, utilizar os recursos da organização sem permissão ou receber presentes de um fornecedor, pode ser interpretado como um conflito de interesses.

Criar uma cultura na qual as pessoas sintam que podem discutir abertamente e declarar quaisquer conflitos de interesse, reais ou potenciais, é essencial para poder geri-los.

A auditoria e a transparência: as auditorias podem ser de diferentes formas. As auditorias internas verificam se os procedimentos estão a ser seguidos. As auditorias externas verificam se as demonstrações financeiras da organização são fidedignas e verdadeiras. A auditoria de investigação é executada quando uma organização suspeita de algum problema específico, normalmente fraude.



Apêndice

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave e as responsabilidades organizacionais

Seguem-se perguntas de orientação relativas às ações-chave da Norma Humanitária Essencial e às responsabilidades organizacionais. Estas perguntas podem ser utilizadas para auxiliar a conceção do programa ou como ferramenta de revisão de um projeto, de uma resposta ou de uma estratégia.

Compromisso 1. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias recebem ajuda adequada às suas necessidades.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. Foi realizada e utilizada uma avaliação exaustiva e consultiva acerca das capacidades e das necessidades, com a finalidade de serem utilizados no planeamento da resposta?
2. As pessoas e as comunidades afetadas, as instituições locais e outras partes intervenientes (incluindo grupos representativos de mulheres, homens, meninas e meninos), foram consultadas quando da análise das necessidades, dos riscos, das capacidades, das vulnerabilidades e do contexto? Os dados de avaliação e de monitorização estão desagregados por sexo, idade e deficiência?
3. Como foram identificados os grupos de risco?
4. As questões transversais pertinentes são consideradas na análise das necessidades e do contexto?
5. A resposta na prestação da ajuda está adaptada às necessidades e às preferências da população afetada (por exemplo, ajuda em espécie ou em dinheiro)? Há distintos tipos de ajuda e de proteção para distintos grupos demográficos?
6. Quais as ações adotadas para adaptar a estratégia da resposta aos diferentes grupos demográficos com base na mudança das necessidades, das capacidades, dos riscos e do contexto?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. A organização tem uma política clara, comprometida com uma ação humanitária imparcial, independente e baseada nos direitos? E os seus funcionários estão cientes dessa política?
2. As partes intervenientes pertinentes consideram a organização imparcial, independente e não discriminatória?
3. Os processos de trabalho incluem mecanismos para, de forma consistente, recolher dados desagregados por sexo, idade, deficiência ou outras características relevantes?
4. Esses dados são habitualmente utilizados para orientar a conceção e a implementação de programas?



5. A organização tem recursos financeiros, políticas de pessoal e flexibilidade nos programas que permitam a adaptação da resposta às mudanças nas necessidades?
6. A organização realiza regularmente análises de mercado para definir as formas apropriadas de ajuda?

Compromisso 2. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias têm acesso à ajuda humanitária de que precisam no momento certo.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. As limitações, tais como barreiras físicas ou a discriminação e os riscos, são regularmente identificadas e analisadas, e os planos são devidamente adaptados em conformidade com a população afetada?
2. O planeamento considera o momento ideal para a realização das atividades, tendo em vista fatores como o clima, estação do ano, fatores sociais, facilidade de acesso ou conflitos?
3. Os atrasos na implementação dos planos e das atividades são monitorizados e resolvidos?
4. São utilizados sistemas de alerta precoce e planos de contingência?
5. As normas técnicas reconhecidas são adotadas e cumpridas?
6. As necessidades não atendidas são identificadas e tratadas?
7. Os resultados da monitorização são utilizados para adaptar os programas?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Existem processos claros para avaliar se a organização dispõe de capacidade suficiente, financiamento e pessoal adequado disponível antes de assumir compromissos de programação?
2. Existem diretrizes claras, processos e recursos para respaldar a monitorização e a avaliação, cujos resultados são utilizados para a gestão e a tomada de decisões? São conhecidos pela equipa?
3. Existem processos claros para definir as responsabilidades e os prazos para a tomada de decisões quanto à afetação de recursos?

Compromisso 3. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias não são afetadas negativamente e estão mais preparadas, resilientes e menos expostas ao risco, como resultado da ação humanitária.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. Foram identificadas capacidades locais de resiliência (estruturas, organizações, grupos informais, líderes e redes de apoio) e existem planos para fortalecê-las?
2. As informações sobre os riscos, os perigos, as vulnerabilidades e os planos relacionados a estes assuntos, são utilizadas na programação das atividades?
3. O programa considerou se e como os serviços poderiam ser prestados por órgãos da sociedade civil local, do governo ou do setor privado? Há estratégias para apoiar esses órgãos à medida que assumem a prestação de serviços pertinentes?

4. As estratégias e as ações para reduzir riscos e desenvolver resiliência são concebidas através de consultas ou com a orientação das pessoas e das comunidades afetadas?
5. De que modo (formal ou informal) os líderes e/ou autoridades locais são consultados para assegurar que as estratégias da resposta estejam alinhadas com as prioridades locais e/ou nacionais?
6. A equipa dá apoio suficiente às iniciativas locais, incluindo as de autoajuda da comunidade, em particular dos grupos minoritários e marginalizados, as de primeira resposta e de desenvolvimento de capacidades para as futuras respostas?
7. A resposta é concebida para facilitar uma recuperação rápida?
8. Existe uma progressiva apropriação e tomada de decisões por parte das pessoas locais?
9. Foi realizada uma avaliação de mercado para identificar possíveis impactos do programa na economia local?
10. Foi desenvolvida uma estratégia clara de transição e/ou de saída, através da consulta às pessoas afetadas e às outras partes intervenientes relevantes?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Existe alguma estratégia que requeira a realização de avaliações e redução de riscos para as pessoas vulneráveis nas áreas programáticas das organizações? A estratégia é conhecida pelos funcionários?
2. Existem políticas e procedimentos para analisar e mitigar os efeitos negativos da resposta? São conhecidos pelos funcionários?
3. Existem políticas e procedimentos para lidar com situações de exploração sexual, abuso ou discriminação, inclusivamente aquelas decorrentes de orientação sexual ou de outras características? São conhecidos pelos funcionários?
4. Existem planos de contingência para responder a novas crises ou em evolução? São conhecidos pelos funcionários?
5. Os funcionários compreendem o que se espera deles em matéria de proteção, de segurança e de riscos?
6. A organização possibilita e incentiva ações de autoajuda e de outras lideradas pela comunidade?

Compromisso 4. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias conhecem os seus direitos e benefícios, têm acesso a informações e participam nas decisões que as afetam.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. As informações sobre a organização e a resposta são divulgadas de modo acessível e adequado junto aos diferentes grupos afetados?
2. As mulheres, os homens, os meninos e as meninas (especialmente aqueles que são marginalizados e vulneráveis) conseguem ter acesso e compreender as informações disponibilizadas?



3. As opiniões das pessoas afetadas, inclusivamente as das mais vulneráveis e marginalizadas, são solicitadas e utilizadas para orientar a conceção e a implementação dos programas?
4. Os grupos da comunidade afetada sabem como dar *feedback* sobre a resposta humanitária e sentem-se seguros utilizando os canais disponíveis?
5. O *feedback* é utilizado? O programa consegue indicar elementos que mudaram com base no *feedback* recebido? ➕ Ver *Ações-chave* 1.3 e 2.5.
6. Os obstáculos para dar *feedback* são identificados e resolvidos?
7. Os dados fornecidos por meio dos mecanismos de *feedback* são desagregados por sexo, idade, deficiência e outras categorias pertinentes?
8. Quando a ajuda é prestada por meio de transferências eletrônicas, existem canais de *feedback* disponíveis para as pessoas, mesmo que não haja contacto direto com a equipa?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. As políticas e os planos dos programas possuem disposições sobre a partilha de informações, com critérios sobre quais informações devem ser ou não partilhadas? São conhecidos pelos funcionários?
2. As políticas e os planos dos programas possuem disposições sobre a proteção de dados? Existem critérios para o armazenamento seguro dos dados (em armários que podem ser trancados, no caso de cópias impressas e em arquivos protegidos por senha, no caso de cópias eletrônicas), com acesso restrito, destruição de dados em caso de saída e protocolos de partilha de informações? Esses protocolos detalham quais as informações que devem ser partilhadas, com quem e em que situações? Lembre-se de que as informações devem ser partilhadas somente se necessárias, e não devem conter detalhes de identificação ou narrativas de casos, exceto se indispensáveis.
3. As políticas contêm disposições sobre como lidar com as informações confidenciais ou delicadas ou com informações que poderiam colocar os funcionários ou as pessoas afetadas em risco? São conhecidas pelos funcionários?
4. Existem compromissos e orientações sobre o modo como as pessoas afetadas devem ser representadas nas comunicações externas ou nos materiais de angariação de fundos? São conhecidos pelos funcionários?

Compromisso 5. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias têm acesso a mecanismos seguros e ágeis para lidar com as reclamações.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária são consultadas sobre a conceção dos mecanismos de reclamação?
2. Na conceção dos processos de gestão das reclamações, consideraram-se as preferências de todos os grupos demográficos, particularmente aquelas relativas a questões de segurança e confidencialidade?

3. As informações são disponibilizadas para todos os grupos demográficos? Eles compreendem como funcionam os mecanismos de reclamação e que tipos de reclamações podem ser feitas através desses mesmos mecanismos?
4. Existem cronogramas para investigar e solucionar as reclamações que tenham sido estabelecidas de comum acordo e para que sejam respeitadas? O tempo entre a apresentação de uma reclamação e a sua solução é registrado?
5. As denúncias sobre exploração sexual, abuso e discriminação são investigadas imediatamente por funcionários competentes e com nível de autoridade apropriado?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Há políticas, orçamentos e procedimentos específicos para lidar com as reclamações?
2. São oferecidos a todos os funcionários cursos de formação e atualização sobre as políticas e os procedimentos da organização para lidar com as reclamações?
3. A estratégia da organização para lidar com as reclamações contém disposições sobre a exploração, o abuso ou a discriminação sexual?
4. O compromisso da organização com a estratégia e os procedimentos para prevenção de exploração, abuso e discriminação sexual, é partilhado com as pessoas afetadas?
5. As reclamações que não podem ser resolvidas pela organização são encaminhadas, em tempo útil, para outras organizações competentes?

Compromisso 6. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias recebem assistência coordenada e complementar.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. As informações sobre as competências, os recursos, as áreas geográficas e os setores de trabalho da organização, são partilhadas em tempo útil com outras organizações que respondem à crise?
2. As informações sobre as competências, os recursos, a abrangência geográfica e os setores de trabalho de outras organizações, inclusive das autoridades locais e nacionais, são consultadas e utilizadas?
3. As estruturas de coordenação existentes foram identificadas e apoiadas?
4. Os programas de outras organizações e autoridades foram considerados na conceção, no planeamento e na implementação dos programas?
5. As falhas e as sobreposições foram identificadas e resolvidas?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Nas políticas e estratégias da organização, existe um compromisso claro de trabalhar em colaboração com outros agentes?
2. Foram estabelecidos critérios ou condições para a seleção, a colaboração e a coordenação com parceiros?
3. Existem acordos formais de parceria?



4. Os acordos de parceria possuem definições claras dos papéis, das responsabilidades e dos compromissos de cada parceiro, e do modo como cada um contribuirá para, em conjunto, cumprir com os princípios humanitários?

Compromisso 7. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias podem esperar uma melhor assistência na medida em que as organizações aprendem com a experiência e a reflexão.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. As avaliações e as revisões das respostas a crises similares são consultadas e incorporadas, se pertinentes, à concepção do programa?
2. Os processos de monitorização, avaliação, *feedback* e tratamento das reclamações, levam a mudanças e/ou inovações na concepção e na implementação do programa?
3. A aprendizagem é sistematicamente documentada?
4. São usados sistemas específicos para partilhar a aprendizagem com as partes intervenientes pertinentes, inclusive com as pessoas afetadas e os parceiros?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Existem políticas e recursos para as avaliações e a aprendizagem? São conhecidos pelos funcionários?
2. Existem uma orientação clara para o registo e a disseminação da aprendizagem incluindo orientação específica aplicável a crises humanitárias?
3. A aprendizagem identificada no programa é documentada e partilhada dentro da organização?
4. A organização é um membro ativo de fóruns de aprendizagem e inovação? Como é que a organização contribui para os fóruns?

Compromisso 8. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias recebem a assistência que necessitam das equipas e voluntários competentes e bem geridos

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. A missão e os valores da organização são comunicados aos novos membros da equipa?
2. O desempenho dos funcionários é gerido? O desempenho insuficiente é tratado? E o bom desempenho é reconhecido?
3. Os funcionários subscrevem um código de conduta ou outro documento similar? Em caso afirmativo, a compreensão do regulamento está baseada na formação sobre esse ou sobre outros regulamentos pertinentes?
4. As queixas contra os funcionários ou contra os parceiros são recebidas? Como são tratadas?
5. Os funcionários têm conhecimento do apoio disponível para o desenvolvimento das competências exigidas pela função? Utilizam-no?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Existem procedimentos para avaliar as necessidades de recursos humanos em relação à extensão e ao escopo do programa?
2. O planeamento da organização prevê a necessidade de liderança futura e o desenvolvimento de novos talentos?
3. As políticas e os procedimentos de pessoal estão em conformidade com a legislação laboral local, e seguem as boas práticas reconhecidas na gestão do pessoal?
4. As políticas de segurança e de bem-estar da equipa abrangem necessidades práticas e psicossociais dos funcionários locais que possam ter sido pessoalmente afetados pela crise?
5. No recrutamento, na formação e na avaliação dos funcionários, são consideradas as capacidades interpessoais que auxiliam a capacidade da equipa de escutar e de responder ao *feedback* das pessoas afetadas pelas crises?
6. Todos os funcionários têm a descrição das funções e os objetivos atualizados incluindo as responsabilidades específicas?
7. A estrutura de remuneração e benefícios é justa, transparente e aplicada de forma consistente?
8. Todos os funcionários recebem formação e atualização em gestão de desempenho e em políticas e procedimentos de desenvolvimento de pessoal?
9. É exigido que todos os funcionários (e adjudicatários) subscrevam um código de conduta (que abranja a prevenção da exploração e do abuso sexual)? Recebem a devida formação sobre o código?
10. Está estipulada alguma cláusula ou código de conduta no contrato com os prestadores de serviços financeiros e agentes comerciais, para prevenir a exploração tanto sexual quanto de outro tipo?
11. A organização dispõe de diretrizes específicas para um mecanismo interno de tratamento de reclamações? Essas diretrizes são conhecidas pela equipa?
12. Os membros da equipa entendem, reconhecem e respondem à discriminação nos seus próprios programas e nas suas atividades?

Compromisso 9. As comunidades e as pessoas afetadas pelas crises humanitárias podem esperar que as organizações que as estão a ajudar utilizem os recursos de maneira efetiva, eficiente e ética.

Perguntas de orientação para monitorizar as ações-chave

1. A equipa segue os protocolos organizacionais nas decisões referentes às despesas?
2. As despesas são regularmente monitorizadas e os relatórios são partilhados no decorrer da gestão do programa?
3. Os bens e os serviços são adquiridos por meio de um processo de licitação competitivo?
4. Os possíveis impactos no meio ambiente (na água, no solo, no ar e na biodiversidade) são monitorizados e são tomadas medidas para mitigá-los?



5. Existe um procedimento seguro de denúncia de irregularidades, conhecido pela equipa, pelas pessoas afetadas e por outras partes intervenientes?
6. O custo-benefício e o impacto social são monitorizados?

Perguntas de orientação para monitorizar as responsabilidades organizacionais

1. Existem políticas e procedimentos para as aquisições, a utilização e a gestão ética dos recursos?
2. Essas políticas e procedimentos possuem disposições para:
 - a aceitação e a afetação de recursos financeiros?
 - a aceitação e a afetação de presentes?
 - a mitigação e prevenção de impactos ambientais?
 - a prevenção de fraude, o tratamento de corrupção suspeita e comprovada e a má utilização dos recursos?
 - os conflitos de interesses?
 - a auditoria, a verificação e os relatórios?
 - a avaliação e a gestão de riscos relativos a bens?

Referências e leitura complementar

Recursos adicionais à Norma Humanitária Essencial

corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

Prestação de contas

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. *Financial Management Essentials: Handbook for NGOs*. Mango, 2015. <https://www.humentum.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. <https://www.calpnetwork.org>

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpha.org>

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice*. Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>

Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução. Rede Interinstitucional para Educação em Situação de Emergência [INEE], 2010. <https://inee.org>

Top Tips for Financial Governance. Mango, 2013. <https://www.humentum.org>

O desempenho do trabalhador humanitário

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. <http://chsalliance.org>

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. <http://www.alnap.org>

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. <https://www.unocha.org>



Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance.

<https://www.chsalliance.org>

Rutter, L. Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011.

<https://ngocoordination.org>

Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. OMS, War Trauma Foundation e World Vision International, 2015. <https://www.paho.org>

Avaliações

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014.

www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015.

<https://interagencystandingcommittee.org>

Participatory assessment, in *Participation Handbook for Humanitarian Field Workers* (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. <https://www.alnap.org>

Resposta em dinheiro

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments.* CalP, World Economic Forum, 2017.

<https://reliefweb.int>

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming.

Cash Learning Partnership, July 2017. <https://www.calpnetwork.org>

Martin-Simpson, S. Grootenhuys, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies.* Cash Learning Partnership, 2017.

<https://www.calpnetwork.org>

Crianças

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014.

<https://resourcecentre.savethechildren.net>

Coordenação

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters.* ALNAP,

2015. <https://reliefweb.int>

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Conceção e resposta

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response.

www.humanitarianresponse.info

Pessoas com deficiência

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). ONU, 2006

<https://www.ministeriopublico.pt/>

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. <http://www.washingtongroup-disability.com/>

Meio ambiente

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. <https://reliefweb.int/>

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. <https://reliefweb.int/>

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. <http://postconflict.unep.ch>

Gênero

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies.* ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University. <https://fic.tufts.edu/>

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org>

Violência de gênero

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines, IASC, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>

Resposta humanitária centrada nas pessoas

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts.* ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

Desempenho, monitorização e avaliação

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide.* Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs.* CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners.* ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011. <https://www.alnap.org>

Sphere for Monitoring and Evaluation. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org



Proteção

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. ALNAP, 2005. www.alnap.org

Recuperação

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017.
<https://seepnetwork.org>

Resiliência

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation*. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor acesse
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Leitura complementar

Prestação de contas

Guia de Bolso de Boas Práticas: Evitando Corrupção em Operações Humanitárias. Transparência Internacional, 2010.

https://issuu.com/transparencyinternational/docs/ti_pocketbook_portuguese-1

Value for Money: What it Means for UK NGOs (background paper). Bond, 2012.

https://www.bond.org.uk/sites/default/files/value_for_money_-_what_it_means_for_ngos_jan_2012.pdf

O desempenho do trabalhador humanitário

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report. CHS Alliance, 2016.

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit.* CHS Alliance, 2016.

<https://www.chsalliance.org/get-support/resource/hr-metrics-dashboard>

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors.* CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity. CHS Alliance, People In Aid, 2011.

<https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/7-debriefing-building-staff-capacity%283%29.pdf>

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance.* Christian Aid, 2012.

<https://www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2016-03/building-the-future-of-humanitarian-aid-briefing-paper-mar-2012.pdf>

PSEA Implementation Quick Reference Handbook. CHS Alliance, 2017.

<https://www.chsalliance.org/get-support/resource/psea-implementation-quick-reference-handbook/>

Conceção e resposta

Camp Management Toolkit. Norwegian Refugee Council, 2015.

<https://www.refworld.org/docid/526f6cde4.html>

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0). IASC, 2015.

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian>

Meio ambiente

Environment and Humanitarian Action (factsheet). OCHA and UNEP, 2014.

https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf



Resposta humanitária centrada nas pessoas

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do. IFRC, 2016. <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf>

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members. Catholic Relief Services, 2013.

www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises. FRC, 2017. <https://www.icrc.org/en/download/file/57272/icrc-ifrc-ocha-social-media-guide.pdf>

Infosaid Diagnostic Tools. CDAC Network, 2012.

<http://www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q>

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015.

www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning

Desenvolvimento, monitorização e avaliação

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide.* ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments.* ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956



Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção da Higiene (WASH)



Carta
Humanitária



Princípios
de Proteção



Norma
Humanitária
Essencial



Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção da Higiene (WASH)

Promoção da higiene	Abastecimento de água	Gestão de dejetos	Controlo de vetores	Gestão de resíduos sólidos	WASH em surtos de doença e ambientes de saúde
Norma 1.1 Promoção da higiene	Norma 2.1 Acesso e quantidade de água	Norma 3.1 Ambiente livre de dejetos humanos	Norma 4.1 Controlo de vetores no assentamento	Norma 5.1 Ambiente livre de resíduos sólidos	Norma 6 WASH em ambientes de saúde
Norma 1.2 Identificação, acesso e utilização de artigos de higiene	Norma 2.2 Qualidade da água	Norma 3.2 Acesso e utilização de instalações sanitárias	Norma 4.2 Ações domésticas e pessoais para o controlo de vetores	Norma 5.2 Ações domésticas e pessoais para a gestão segura de resíduos sólidos	
Norma 1.3 Higiene menstrual e Incontinência		Norma 3.3 Gestão e manutenção da recolha, transporte, eliminação e tratamento de dejetos		Norma 5.3 Sistemas de gestão de resíduos sólidos na comunidade	

APÊNDICE 1 Lista de verificação para a avaliação das necessidades iniciais de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene

APÊNDICE 2 O diagrama F: transmissão fecal-oral de doenças diarreicas

APÊNDICE 3 Quantidades mínimas de água: índices de sobrevivência e quantificação das necessidades de água

APÊNDICE 4 Número mínimo de sanitas: na comunidade, em locais públicos e instituições

APÊNDICE 5 Doenças relacionadas com a água e o saneamento

APÊNDICE 6 Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico de água

Sumário

Conceitos essenciais relativos ao abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene	96
Normas de abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene:	
1. Promoção da higiene.....	101
2. Abastecimento de água.....	111
3. Gestão de dejetos	119
4. Controlo de vetores	127
5. Gestão de resíduos sólidos	133
6. WASH em surtos de doenças e ambientes de saúde.....	138
Apêndice 1: Lista de verificação para a avaliação das necessidades iniciais de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene	146
Apêndice 2: O diagrama F: transmissão fecal-oral de doenças diarreicas.....	151
Apêndice 3: Quantidades mínimas de água: índices de sobrevivência e quantificação das necessidades de água.....	152
Apêndice 4: Número mínimo de sanitas: na comunidade, em locais públicos e instituições	153
Apêndice 5: Doenças relacionadas com a água e o saneamento	154
Apêndice 6: Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água	157
Referências e leitura complementar	158



Conceitos essenciais relativos ao abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene

Todas as pessoas têm direito a água e a saneamento

As Normas Mínimas Esfera para abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH, sigla em inglês) manifestam, na prática, o direito ao acesso à água e ao saneamento em contextos humanitários. As normas estão assentes nas crenças, princípios, direitos e deveres declarados na Carta Humanitária, os quais incluem o direito à vida com dignidade, o direito à proteção e à segurança, e o direito a receber ajuda humanitária de acordo com a necessidade.

Para consultar uma lista dos principais documentos jurídicos e políticos que fundamentam a Carta Humanitária, ⊕ *ver Anexo 1.*

As pessoas afetadas por uma crise são mais suscetíveis a doenças (principalmente as diarreicas e as infecciosas) e à consequente morte. Estas doenças estão intimamente relacionadas com um saneamento e abastecimento de água inadequados e uma higiene precária. Os programas de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene visam reduzir os riscos para a saúde pública.

As principais vias de transmissão de agentes patogénicos são as fezes, os fluidos, as mãos, as moscas e os alimentos. O principal objetivo dos programas WASH na resposta humanitária é reduzir os riscos para a saúde pública, interrompendo essas vias de transmissão, ⊕ *ver Apêndice 2: O diagrama F.* As principais atividades são:

- promover boas práticas de higiene;
- fornecer água potável segura;
- fornecer instalações sanitárias apropriadas;
- reduzir riscos ambientais e para a saúde;
- assegurar condições que permitam às pessoas viverem com boa saúde, dignidade, conforto e segurança.

Nos programas WASH, é importante:

- gerir toda a cadeia da água: abastecimento, tratamento, distribuição, recolha, armazenamento e consumo no domicílio;
- gerir toda a cadeia de saneamento de forma integrada;
- possibilitar comportamentos saudáveis positivos;
- assegurar o acesso a artigos de higiene.

A participação da comunidade é crucial

A participação da comunidade em programas WASH é um processo dinâmico que liga a comunidade a outras partes intervenientes, de modo que as pessoas afetadas pela

crise tenham mais controle sobre a resposta e o seu impacto sobre elas próprias. A participação eficaz vincula as comunidades e as equipes de resposta, maximizando a influência da comunidade para reduzir riscos para a saúde pública; oferecer serviços adequados e acessíveis; melhorar a qualidade do programa e estabelecer a prestação de contas. Explora a capacidade e a disposição da comunidade para gerir e manter os sistemas WASH; ⊕ *ver Figura 4 Participação da comunidade em programas WASH.*

A interação com a comunidade permite que se tenha uma compreensão essencial das suas percepções, das necessidades, dos mecanismos de enfrentamento, das capacidades, das normas existentes, das estruturas de liderança e prioridades, bem como das medidas adequadas a serem tomadas. A monitorização e a avaliação, incluindo os mecanismos de *feedback*, indicam se as respostas relativas ao abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH) são apropriadas ou se precisam de ser ajustadas; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromissos 4 e 5.*



Análise
 Programa
 Participação externa

Participação da comunidade em programas WASH (figura 3)



Os Programas WASH requerem diretrizes específicas em áreas urbanas

A participação da comunidade pode ser mais difícil em áreas urbanas onde a densidade populacional é maior e os grupos de risco são menos visíveis. No entanto, nas áreas urbanas, os espaços públicos, os *média* e a tecnologia podem oferecer oportunidade para um diálogo mais amplo e eficiente. A diversidade na propriedade de recursos (nas habitações em áreas rurais, na combinação do público-privado em áreas urbanas) influencia a escolha das opções de resposta e dos métodos de execução.

É necessária uma combinação de abordagens

A assistência baseada no mercado pode considerar de forma eficiente e eficaz as necessidades de abastecimento de água, saneamento e higiene (WASH, assim como pode assegurar o acesso a artigos de higiene. A ajuda em dinheiro (dinheiro em efetivo ou vales) deve ser complementada por outras atividades WASH, como a assistência técnica e o envolvimento da comunidade. Para a implementação, as opções variam da construção da infraestrutura à promoção da higiene e à mobilização da comunidade. Geradores ou instalações sanitárias temporárias podem ser fornecidos de forma imediata, enquanto que a reestruturação dos serviços de tratamento de água é um projeto a longo prazo. O controlo da qualidade e a assistência técnica são essenciais para garantir saúde e segurança. A assistência técnica deve ser adequada e realizada em tempo útil; deve ser consistente, acessível e passível de ser executada de forma sustentável.

As soluções WASH devem melhorar os objetivos da comunidade a longo prazo e reduzir o impacto ambiental. A gestão integrada da água e do saneamento deve atender às necessidades humanas e proteger o ecossistema. Isto pode influenciar a escolha da tecnologia, no cronograma e nas fases das atividades, no envolvimento da comunidade, na interação com o setor privado e com o mercado, e nas opções de financiamento.

Estas Normas Mínimas não devem ser aplicadas isoladamente

O direito à água e ao saneamento adequados está vinculado aos direitos à habitação, alimentação e saúde. O progresso efetivo no cumprimento das Normas Mínimas numa determina área influi no progresso em outras áreas. Uma boa articulação e colaboração com outros setores, bem como a articulação com autoridades locais e outras agências de resposta, ajudam a garantir que as necessidades são atendidas, que não há sobreposição de iniciativas e que a qualidade das respostas WASH é otimizada. Por exemplo, quando as normas relativas à nutrição não são atendidas, a urgência de cumprir as normas relativas à água e ao saneamento é maior, porque a vulnerabilidade das pessoas a doenças aumenta. O mesmo se aplica às populações onde a prevalência de VIH é elevada. As referências cruzadas do Manual sugerem potenciais interligações.

Quando as normas nacionais estão aquém das Normas Mínimas Esfera, as organizações humanitárias devem trabalhar em conjunto com o governo para as melhorar progressivamente.

O direito internacional protege especificamente o direito à água e ao saneamento

O direito inclui o acesso a um fornecimento de água suficiente, seguro e acessível para uso pessoal e no domicílio, e a instalações sanitárias privadas, seguras e limpas. Os

Estados são obrigados a assegurar esse direito durante uma crise humanitária; ⊕ *ver Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera.*

Água potável e instalações sanitárias adequadas são essenciais para:

- sustentar a vida, a saúde e a dignidade;
- evitar a morte por desidratação;
- reduzir o risco de doenças relacionadas com a água, o saneamento e a higiene;
- atender adequadamente às necessidades de água para consumir, cozinhar e para higiene pessoal e doméstica.

O direito à água e ao saneamento faz parte dos direitos universais essenciais à sobrevivência e à dignidade humanas, e os agentes estatais e não estatais têm a responsabilidade de cumpri-lo. Durante um conflito armado, por exemplo, é proibido atacar, destruir, remover ou inutilizar as instalações de água ou as obras de irrigação.

Os vínculos com os Princípios de Proteção e com a Norma Humanitária Essencial

O uso da água afeta a proteção. Os conflitos armados e a desigualdade afetam a segurança no abastecimento de água para indivíduos e grupos. As múltiplas solicitações de água para consumo e para fins domésticos e de subsistência, podem causar preocupação quanto à proteção se as atividades de curto e longo prazo não forem projetadas adequadamente. A proteção das respostas no abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH) costuma ser considerada a partir da perspectiva da proteção e da segurança pessoal, reconhecendo-se que há vulnerabilidade, em especial, durante a recolha de água, a defecação ou a higiene menstrual. Estes elementos relativos à proteção pessoal são essenciais; porém, cuidados mais amplos com a proteção também são fundamentais. Medidas simples desde o início, como trincos nas portas das instalações sanitárias, iluminação adequada e separação das instalações, podem reduzir o risco de abuso ou violência.

Para evitar a discriminação, reduzir possíveis riscos e melhorar a utilização ou a qualidade dos serviços, é essencial uma programação adaptada e inclusiva. Por exemplo: deve-se garantir que as pessoas com deficiência possam ter acesso a instalações de higiene e que as mulheres e crianças tenham recipientes de tamanho adequado para transportar água. A participação dos indivíduos e comunidades em todas as fases da resposta pode ajudar a incluir questões relativas à proteção nos programas WASH.

Os trabalhadores humanitários devem receber formação em proteção infantil e saber como usar os sistemas de encaminhamento de casos suspeitos de violência, abuso ou exploração, inclusive de crianças.

A cooperação e a coordenação civil-militar devem ser cuidadosamente avaliadas pelas organizações humanitárias, sobretudo em situações de conflito. As percepções de neutralidade e de imparcialidade podem influenciar na aceitação por parte da comunidade. As organizações humanitárias talvez precisem aceitar ajuda militar em algumas situações, como por exemplo, aquelas relacionadas ao transporte e à distribuição. No entanto, é necessário analisar com cuidado o impacto sobre os princípios



humanitários e devem ser feitos todos os esforços para mitigar os riscos à proteção;  ver *Carta Humanitária e Cenários com a presença de forças militares nacionais ou internacionais* em *O que é Esfera?*

Ao aplicarem-se as Normas Mínimas, os nove compromissos da Norma Humanitária Essencial devem ser respeitados como base, para que se possa fornecer um programa responsável de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH).

1. Promoção da higiene

Nas crises humanitárias, as doenças relacionadas com a água, saneamento e higiene, são a causa de doenças importantes e de mortes que poderiam ser evitadas. A promoção da higiene que favorece comportamentos, a participação da comunidade e ações para reduzir o risco de doenças, é fundamental para uma resposta WASH bem sucedida.

É improvável que uma abordagem padronizada, apoiada principalmente em mensagens educativas e na distribuição de artigos de higiene, seja muito eficaz. Os riscos — e a percepção dos mesmos — variam segundo os contextos. As pessoas têm experiências de vida, estratégias de enfrentamento e normas culturais e comportamentais distintas. É importante adaptar os métodos com base na análise desses fatores assim como do contexto. A promoção eficaz da higiene depende:

- do trabalho com a comunidade para mobilizar ações e contribuir para a tomada de decisões;
- da comunicação bidirecional e do *feedback* sobre riscos, prioridades e serviços;
- do acesso e da utilização de instalações WASH, de serviços e produtos.

A promoção da higiene deve aproveitar o próprio conhecimento das pessoas sobre prevenção de riscos e de doenças para fomentar comportamentos positivos em matéria de saúde.

Monitorize regularmente as atividades e os resultados para garantir que os programas de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene evoluem. Coordene com os agentes de saúde a monitorização da incidência de doenças relacionadas com WASH, como doença diarreica, cólera, tifo, tracoma, vermes intestinais e schistosomíase; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde; Doenças transmissíveis – Normas 2.1.1 a 2.1.4 e Sistemas de saúde – Norma 1.5*.

Promoção da higiene – Norma 1.1: Promoção da higiene

As pessoas estão cientes dos principais riscos para a saúde pública relacionados com a água, saneamento e higiene e podem adotar medidas individuais, domésticas e comunitárias para os reduzir.

Ações-chave

- 1 Identificar os principais riscos para a saúde pública e as práticas de higiene atuais que contribuem para esses riscos.
 - Elaborar um perfil da comunidade para determinar quais são os indivíduos e os grupos vulneráveis, e quais os riscos relacionados com WASH e por quê.
 - Identificar fatores que podem motivar comportamentos positivos e ações preventivas.
- 2 Trabalhar com a população afetada para conceber e gerir uma promoção da higiene e uma resposta WASH mais ampla.



- Desenvolver uma estratégia de comunicação utilizando meios de comunicação de massa e de diálogo com a comunidade para partilhar informações práticas.
 - Identificar e formar indivíduos influentes, grupos comunitários e técnicos de proximidade.
- 3 Utilizar o *feedback* da comunidade e os dados da vigilância sanitária para adaptar e melhorar a promoção da higiene.
- Monitorizar o acesso e a utilização das instalações WASH e o modo como as atividades de promoção da higiene afetam o comportamento e as práticas.
 - Adaptar atividades e identificar necessidades não atendidas.

Indicadores-chave

Percentagem de famílias afetadas que descrevem corretamente três medidas para prevenir doenças relacionadas com WASH

Percentagem da população-alvo que cita corretamente dois momentos cruciais para a lavagem das mãos

Percentagem da população-alvo observada ao utilizar pontos de lavagem das mãos na saída das instalações sanitárias comunitárias

Percentagem de domicílios afetados nos quais sabão e água estão disponíveis para a lavagem das mãos

Percentagem da população afetada que obtém água de fontes de água melhorada

Percentagem de domicílios que armazenam água potável em recipientes limpos e cobertos

Percentagem de cuidadores que relatam eliminar os dejetos das crianças com segurança

Percentagem de família que usam material de incontinência (pensos para incontinência, fraldas, aparadeiras, urinóis, cadeiras sanitárias) e que relatam eliminar os dejetos de incontinência adulta com segurança

Percentagem de famílias afetadas que eliminam resíduos sólidos adequadamente

Percentagem de pessoas que deram *feedback* e disseram que este foi utilizado para adaptar e melhorar instalações e serviços WASH

O local está livre de fezes, humanas e de animais

Notas de orientação

Entender e gerir os riscos WASH: priorizar e reduzir os riscos no abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene na fase inicial de uma crise pode ser desafiante. Concentre-se no uso da água potável, na gestão de dejetos e na lavagem das mãos, pois é provável que estes tenham maior impacto na prevenção da transmissão de doenças. Para avaliar os riscos para a saúde pública relacionados com WASH e as medidas para os reduzir, será necessário compreender os seguintes aspetos:

- A utilização atual de instalações e serviços WASH;
- O acesso a artigos essenciais de higiene doméstica; ⊕ *ver Normas de promoção da higiene 1.2 e 1.3;*
- As estratégias atuais de enfrentamento, os costumes e as crenças locais;
- As estruturas sociais e a dinâmica de poder na comunidade;
- O local onde as pessoas procuram assistência médica (inclusive curandeiros, farmácias, clínicas);
- O responsável pelo funcionamento e manutenção da infraestrutura de WASH;
- Os dados de vigilância de doenças vinculadas com WASH;
- As barreiras sociais, físicas e de comunicação ao acesso às instalações e serviços WASH, principalmente para mulheres e meninas, idosos e pessoas com deficiência;
- As variações no nível salarial;
- As condições ambientais e as tendências a doenças sazonais.

Para manter a motivação, a mudança de comportamento e as práticas precisam de ser fáceis. As instalações devem ser apropriadas e acessíveis a todos os utilizadores; seguras, dignas, limpas e culturalmente adequadas. Deve-se incluir homens e mulheres nas atividades de promoção da higiene, uma vez que o apoio ativo nas atividades de higiene por parte dos homens, pode ter uma influência decisiva sobre o comportamento da família.

A mobilização comunitária: trabalhe com as estruturas existentes, assegurando-se de que as oportunidades remuneradas ou voluntárias estejam igualmente disponíveis para mulheres e homens. Líderes comunitários e religiosos respeitados, técnicos de proximidade e colaboradores locais confiáveis, como grupos de mulheres ou de jovens, podem facilitar a mobilização e a ação preventivas.

É comum afetar dois técnicos de proximidade para cada 1.000 pessoas. Os técnicos de proximidade e os voluntários, devem possuir boa capacidade de comunicação, ser capazes de construir relações respeitadas com as comunidades locais e ter uma compreensão profunda das necessidades e das preocupações locais. Se necessário, devem ser acordados incentivos com os técnicos de proximidade, por meio de um fórum de coordenação local para promover a igualdade e evitar transtornos.

Os agentes comunitários de saúde podem ter funções semelhantes às dos técnicos de proximidade WASH, mas diferentes responsabilidades ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2: Profissionais de saúde.*

O trabalho com crianças: as crianças podem promover comportamentos saudáveis entre os seus colegas e familiares. O departamento de educação ou os serviços sociais podem identificar oportunidades para fomentar a higiene nas escolas, nos lares residenciais, nas unidades familiares encabeçadas por crianças e entre as crianças que vivem na rua. Envolver as crianças na elaboração de mensagens; ⊕ *ver Manual INEE, sigla em inglês (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução) e CPMS Handbook.*

Os canais e as formas de comunicação: veicule informações em múltiplos formatos (escritos, gráficos, áudios) e idiomas para torná-los o mais acessíveis possível. Adapte-os para crianças e pessoas com deficiência; desenvolva e teste as mensagens



para garantir que elas são compreensíveis e que traduzem as diferenças de idade, sexo, nível educacional e idioma.

O diálogo com a comunidade é útil para a resolução de problemas e o planeamento de ações. A comunicação social pode reforçar as informações gerais com um alcance mais amplo. Ambos são úteis se direcionados a públicos específicos. Crie mecanismos adequados de *feedback* com os utilizadores, e monitorize a sua eficácia. Comunique o *feedback* à comunidade, incentivando-a a responder; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 5.*

Lavar as mãos com sabão é uma maneira importante de prevenir a transmissão de doenças diarreicas. As instalações de lavagem das mãos precisam de um fornecimento regular de água e sabão, bem como de drenagem segura. Posicione as instalações de modo a que a lavagem das mãos ocorra antes de que se toque nos alimentos (antes de comer, de preparar alimentos ou de alimentar uma criança) e após o contacto com dejetos (depois de utilizar a sanita ou de limpar uma criança); ⊕ *ver Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da água.*

Promover a utilização de instalações sanitárias: uma questão fundamental para a equipa de promoção da higiene é o uso inclusivo de instalações e materiais de eliminação de dejetos. Além das preocupações com a limpeza e o odor, os principais impedimentos para que as pessoas utilizem as instalações sanitárias, são o constrangimento, os tabus culturais, a acessibilidade física e as preocupações com privacidade e segurança; ⊕ *ver Controlo de dejetos – Norma 3.2: Acesso e utilização de instalações sanitárias.*

Recolher, transportar e armazenar água potável com segurança é fundamental para reduzir os riscos de contaminação. As famílias precisam de recipientes separados para recolher e armazenar água potável; ⊕ *ver Promoção da higiene – Norma 1.2 e Normas de fornecimento de água 2.1 e 2.2.*

As pessoas em trânsito: encontre oportunidades de interagir com as pessoas em trânsito, seja viajando com elas temporariamente, seja encontrando-as em áreas de descanso. Utilize canais de comunicação como o rádio, SMS, redes sociais e linhas diretas gratuitas para informar sobre a higiene e solicitar *feedback*. Para auxiliar, crie kits de “artigos domésticos” com telemóveis ou carregadores solares, que também vão possibilitar que as pessoas se comuniquem com os seus familiares, acedam às informações e deem *feedback*.

Promoção da higiene – Norma 1.2:

Identificação, acesso e utilização de artigos de higiene

Os artigos apropriados para higiene, saúde, dignidade e bem-estar estão disponíveis e são utilizados pelas pessoas afetadas.

Ações-chave

- 1 Identificar os artigos essenciais de higiene de que os indivíduos, as famílias e as comunidades necessitam.
 - Considerar as distintas necessidades de homens, mulheres, idosos, crianças e pessoas com deficiência.

- Identificar e fornecer artigos comunitários adicionais para a manutenção da higiene ambiental, tais como recipientes para resíduos sólidos e materiais de limpeza.
- 2 Propiciar o acesso a artigos essenciais em tempo útil.
- Avaliar a disponibilidade dos artigos nos mercados locais, regionais ou internacionais.
- 3 Trabalhar com as populações afetadas, autoridades locais e outros agentes para planejar como as pessoas vão recolher ou comprar artigos de higiene.
- Fornecer informações sobre horário, local, conteúdo e destinatários da ajuda em dinheiro e/ou artigos de higiene.
- Coordenar-se com outros setores para prestar ajuda em dinheiro e/ou artigos de higiene e decidir sobre os mecanismos de distribuição.
- 4 Procurar o *feedback* das pessoas afetadas sobre a adequação dos artigos de higiene escolhidos e a sua satisfação com o método de acesso aos mesmos.

Indicadores-chave

Todos os domicílios afetados têm acesso à quantidade mínima de artigos essenciais de higiene:

- 2 recipientes de água por domicílio (10 a 20 L; um para recolha, um para armazenamento);
- 250 g de sabão para banho por pessoa por mês;
- 200 g de sabão para lavagem de roupa por pessoa por mês;
- Sabão e água num ponto de lavagem de mãos (um ponto por sanita partilhada ou um por domicílio);
- Bacio, pâninha ou fraldas para eliminar as fezes das crianças.

Percentagem de pessoas afetadas que relatam/são observadas utilizando regularmente artigos de higiene após a distribuição

Percentagem do rendimento familiar utilizado na compra de artigos de higiene para necessidades prioritárias identificadas

Notas de orientação

Identifique os artigos essenciais: adapte artigos e kits de higiene à cultura e ao contexto. Priorize artigos essenciais na fase inicial (como sabão, recipientes para água e produtos para a menstruação e a incontinência) sobre os artigos “bom ter” (como escova de cabelo, champô, pasta e escova de dentes). Alguns grupos terão necessidades específicas; ⊕ ver *Notas de orientação – Os grupos de risco* (ver abaixo).

Os recipientes para água: identificar recipientes para água de 10 a 20 L para recolha e armazenamento de água potável e para uso doméstico. O tamanho e o tipo dos recipientes devem ser adequados à idade e à capacidade de transporte das pessoas que costumam recolher água.



Os recipientes devem ter tampas, estar limpos e cobertos. Os recipientes para armazenamento devem ter um gargalo ou torneira para que a recolha, o armazenamento e o consumo de água potável sejam seguros.

Se o fornecimento de água for intermitente, disponibilize recipientes maiores para armazenamento. Em ambientes urbanos ou quando os fornecimentos são centralizados, o armazenamento no domicílio deve ser suficiente para o consumo normal (incluindo o consumo máximo, quando pertinente) entre os reabastecimentos.

Os grupos de risco: algumas pessoas vão precisar de diferentes artigos de higiene pessoal, ou em maior quantidade, devido à idade, condição de saúde, deficiência, mobilidade ou incontinência. Pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção podem precisar de artigos adicionais. Isso inclui sabão extra, artigos para incontinência, recipientes de água, aparadeira, cadeira higiênica ou protetores plásticos para os colchões. Pergunte às pessoas ou aos seus cuidadores se eles precisam de ajuda para recolher e eliminar os resíduos de modo a que seja respeitada a sua dignidade. Consulte as pessoas e as suas famílias ou cuidadores sobre o tipo de ajuda mais adequada.

A programação no fornecimento de artigos de higiene com base no mercado: o fornecimento de artigos de higiene deve apoiar os mercados locais, sempre que possível (por exemplo, pela disponibilização de dinheiro ou de vales, ou melhorando a infraestrutura do armazém). Os planos de acesso e utilização de artigos de higiene devem estar baseados numa avaliação do mercado e numa análise do rendimento familiar, inclusive dos papéis dos géneros nas decisões sobre as despesas. Monitorize o mercado para verificar se este está a fornecer ou não produtos na quantidade e na qualidade esperada, e faça ajustes se necessário; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

A distribuição: dê prioridade à segurança e à proteção da população ao organizar qualquer distribuição; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1.*

Estabeleça uma equipa própria para a distribuição. Informe as pessoas com antecedência sobre o horário, o local, a lista de artigos e os critérios de seleção. Combata a discriminação e a estigmatização e, se necessário, faça a distribuição por famílias ou por meios de distribuição distintos. Identifique e tente resolver todos os obstáculos ao acesso a locais de distribuição ou a sistemas de distribuição, especificamente para mulheres e meninas, idosos e pessoas com deficiência.

O reabastecimento de artigos de consumo: estabeleça um fornecimento regular e confiável dos artigos de consumo, tais como sabão e produtos para a menstruação e a incontinência.

A coordenação de distribuições conjuntas: planeie consultas comunitárias partilhadas para compreender as necessidades e os mecanismos de enfrentamento em todos os setores. Atenda a várias necessidades ao mesmo tempo, para a conveniência da população-alvo e para economizar tempo e dinheiro em todos os setores. Certifique-se de que, após a distribuição, as famílias podem transportar para casa, com segurança, todos os seus artigos.

As pessoas em trânsito: quando as pessoas estiverem em trânsito, confirme a capacidade de transporte dos artigos de higiene (como sabão para viagem). Permita que selecionem os artigos que desejam em vez de distribuir kits padronizados; estabeleça um sistema para recolher e eliminar os resíduos das embalagens.

Promoção da higiene – Norma 1.3: Higiene menstrual e incontinência

As mulheres e as meninas em idade menstrual e os homens e as mulheres com incontinência, têm acesso a produtos de higiene e instalações WASH que promovem dignidade e bem-estar.

Ações-chave

- 1 Entender as práticas, as normas sociais e os mitos relativos à higiene menstrual e à incontinência e adaptar os abastecimentos e as instalações de higiene.
- 2 Consultar mulheres, meninas e pessoas com incontinência sobre o projeto, a localização e a gestão de instalações (sanitas, chuveiros, lavanderia, eliminação de resíduos e abastecimento de água).
- 3 Proporcionar acesso a produtos adequados para a higiene menstrual e para a incontinência (para banho, lavagem de roupas e das mãos) e outros artigos de higiene.
 - Nas distribuições facilitar as entregas em locais discretos para assegurar a dignidade e reduzir o estigma. Demonstrar a utilização adequada de eventuais artigos desconhecidos.

Indicadores-chave

Porcentagem de mulheres e meninas em idade menstrual que têm acesso a produtos adequados para a higiene menstrual

Porcentagem de beneficiários que estão satisfeitos com os produtos e as instalações para a higiene menstrual

Porcentagem de pessoas com incontinência que utilizam produtos e instalações adequadas para a incontinência

Porcentagem de beneficiários satisfeitos com os produtos e instalações para a incontinência

Notas de orientação

O cuidado com a higiene menstrual e a incontinência numa crise: o cuidado adequado com a higiene menstrual e com a incontinência auxilia as pessoas a viver com dignidade e a participar das atividades diárias. Além de proporcionar o acesso a artigos de higiene, é importante consultar os utilizadores sobre os mecanismos de eliminação de resíduos em casa, bem como em instalações comunitárias e instituições, como as escolas. As instalações sanitárias devem ser adaptadas, e deve ser disponibilizado espaço para instalações de lavagem e secagem de roupa, ⊕ *ver Gestão de dejetos – Normas 3.1 e 3.2.*



Os tabus sobre a menstruação: as crenças, as normas e os tabus sobre a menstruação terão influência no sucesso da resposta. Talvez não seja possível investigar essas questões durante a fase inicial ou aguda da crise, mas isso deve ser feito o mais rápido possível.

A incontinência pode não ser um termo utilizado com frequência em alguns contextos, mesmo entre os médicos. A incontinência é uma questão complexa, sanitária e social, que ocorre quando uma pessoa não consegue controlar o fluxo da urina ou das fezes. Pode levar a um elevado nível de preconceito, de isolamento social e de stress e à impossibilidade de acesso a serviços, oportunidades de ensino e de trabalho. A prevalência pode parecer baixa, já que muitas pessoas a mantêm em segredo, mas um elevado número de pessoas pode sofrer de incontinência, entre elas:

- as pessoas mais velhas;
- as pessoas com deficiência e as que têm dificuldade de locomoção;
- as mulheres que deram à luz — incluindo meninas, que correm mais risco de desenvolver fístulas;
- as pessoas com doenças crônicas, como asma, diabetes, acidente vascular cerebral ou cancro;
- as meninas e as mulheres que sofreram violência de género ou foram submetidas à mutilação genital;
- as pessoas que se submeteram a cirurgia, como a de exérese da próstata;
- as mulheres na menopausa;
- as crianças pequenas e as crianças psicologicamente afetadas por um conflito ou tragédia.

A higiene inadequada em situações de incontinência pode ser uma fonte importante de transmissão de doenças em emergências. O acesso a quantidades muito maiores de água e sabão é fundamental. As pessoas com incontinência e os seus cuidadores precisam de cinco vezes mais sabão e água do que as outras pessoas. As pessoas incontinentes e sem mobilidade precisam consultar especialistas de saúde para aprender como prevenir e cuidar de infeções e úlceras de pressão (escaras), que podem ser fatais.

Os fornecimentos e as instalações: analise as opções com as pessoas afetadas para entender as suas preferências quanto a: produtos descartáveis ou reutilizáveis; mecanismos de eliminação de resíduos em habitações, escolas, centros de saúde e instalações comunitárias; instalações de lavagem e secagem de roupas; instalações sanitárias e de banho. Leve em consideração as normas e as preferências específicas da idade, pois o tipo e a quantidade de abastecimentos podem mudar com o tempo. Faça a demonstração da utilização de produtos desconhecidos.

São necessários distintos tipos de pensos para incontinência fecal e urinária e segundo os graus de incontinência. O dimensionamento dos pensos é importante para uma utilização segura. Forneça vários tipos e tamanhos de pensos para incontinência urinária e fecal.

Considere a proximidade das instalações sanitárias para as pessoas com incontinência. Algumas pessoas conseguem evitar episódios de incontinência se puderem chegar rapidamente à instalação sanitária. Pode ser necessário fornecer cadeira higiénica, aparadeira e/ou urinol.

Fornecimentos mínimos para a higiene menstrual e a incontinência:

- Um recipiente específico com tampa para colocar roupa de molho e para guardar pensos/panos;
- Corda e molas de roupa para secar.

Para a higiene menstrual:

- Material absorvente de algodão (4 m² por ano), pensos higiênicos descartáveis (15 por mês) ou pensos higiênicos reutilizáveis (6 por ano), conforme a preferência das mulheres e meninas;
- Roupa interior (6 por ano);
- Sabão extra (250 g por mês); ⊕ *ver Promoção da higiene – Norma 1.2: Identificação, acesso e utilização de artigos de higiene.*

Para a incontinência, os fornecimentos vão depender da gravidade e do tipo de incontinência e das preferências pessoais. O mínimo sugerido é:

- Material absorvente de algodão macio (8 m² por ano), pensos descartáveis para incontinência (150 por mês) ou roupas interiores para incontinência reutilizáveis (12 por ano);
- Roupa interior (12 por ano);
- Sabão extra (500 g para banho e 500 g para lavar roupas por mês);
- Dois protetores de colchão laváveis e impermeáveis;
- Recipientes adicionais de água;
- Lixívia ou produto de limpeza desinfetante similar (3 L de produto não diluído por ano);
- Aparadeiras, urinóis, cadeira higiênica (se conveniente).

O reabastecimento de materiais: planeie como e quando reabastecer os materiais. A ajuda em dinheiro ou as distribuições em espécie podem ser utilizadas de diferentes maneiras no decorrer do tempo. Pesquise opções para que pequenas empresas forneçam materiais ou para que as pessoas fabriquem os seus próprios artigos de proteção; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

Escolas, espaços seguros e centros de aprendizagem: o apoio ao abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH), nas escolas e em espaços seguros, deve considerar a infraestrutura de WASH e a formação dada aos professores. As instalações devem ter um mecanismo de eliminação discreto, um recipiente com tampa, um sistema de recolha e eliminação ou uma ligação da sanita até um incinerador. Implemente instalações WASH bem conservadas e separadas por sexo, com ganchos e prateleiras para os materiais de higiene menstrual.

Incentive os professores a incluírem no currículo-padrão, a educação sobre higiene menstrual. Ensine as professoras e os professores no sentido de:

- auxiliar as práticas de higiene menstrual das meninas;
- manter materiais de higiene menstrual na escola;



- auxiliar os alunos que sofrem de incontinência devido aos efeitos psicológicos da crise humanitária; ⊕ *ver Manual INEE (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução).*

O alojamento trabalhe em conjunto com o setor de alojamento para assegurar que haja privacidade adequada à higiene menstrual e à incontinência no domicílio ou no alojamento comunitário. Poderão ser utilizados biombos ou áreas separadas para a troca de roupa.

As pessoas em trânsito: ofereça materiais para a higiene menstrual e a incontinência à medida que as pessoas passem pelos pontos de abastecimento.

2. Abastecimento de água

A quantidade e a qualidade inadequadas da água, são a causa subjacente à maioria dos problemas de saúde pública em situações de crise humanitária. Pode não haver água suficiente disponível para atender às necessidades básicas; portanto, é essencial fornecer uma quantidade de água potável necessária para a sobrevivência. A prioridade é fornecer uma quantidade adequada de água, mesmo que seja de qualidade intermédia, o que pode ser necessário até que se cumpram as normas mínimas para a quantidade e a qualidade da água.

Devido aos conflitos, aos desastres naturais ou à falta de sistemas de manutenção, as torneiras, os poços e as canalizações geralmente ficam em mau estado. Em situações de conflito, impedir o acesso à água pode ser uma estratégia intencional utilizada pelas partes em conflito. Algo rigorosamente proibido no Direito Internacional Humanitário.

Consulte os membros da comunidade e as partes intervenientes pertinentes para entender como utilizam e obtêm a água, se há restrições ao acesso e como estas podem variar conforme a estação do ano.

Abastecimento de água – Norma 2.1: Acesso e quantidade de água

As pessoas têm acesso equitativo e de baixo custo a uma quantidade suficiente de água potável para beber e atender às suas necessidades domésticas.

Ações-chave

- 1 Identificar as fontes de água subterrâneas ou de superfície mais adequadas, tendo em conta possíveis impactos ambientais.
 - Levar em consideração as variações sazonais no abastecimento e na procura de água, e os mecanismos de acesso à água potável, à água para uso doméstico e à água para a subsistência.
 - Conhecer as distintas fontes de água, os fornecedores e operadores e o acesso à água nas comunidades e nas habitações.
- 2 Determinar a quantidade de água requerida e os sistemas necessários para o seu fornecimento.
 - Trabalhar com as partes intervenientes para localizar pontos de água que permitam acesso seguro e equitativo a todos os membros da comunidade.
 - Estabelecer sistemas de funcionamento e manutenção com uma atribuição clara de responsabilidades e que incluam futuras necessidades de acesso sustentável.



- 3 Assegurar a drenagem adequada dos pontos de água nas áreas de lavagem, de banho e de cozinha e nas instalações de lavagem das mãos das habitações e da comunidade.
- Procurar oportunidades de reutilizar a água, como por exemplo, nas hortas, na fabricação de tijolos ou na irrigação de terrenos.

Indicadores-chave

Volume médio de água utilizada para beber e para a higiene doméstica por domicílio

- Mínimo de 15 L por pessoa por dia
- Determine a quantidade com base no contexto e na fase da resposta.

Número máximo de pessoas que utilizam as instalações de água

- 250 pessoas por torneira (com base num débito de 7,5 L/min)
- 500 pessoas por bomba manual (com base num débito de 17 L/min)
- 400 pessoas por poço aberto (com base num débito de 12,5 L/min)
- 100 pessoas por lavandaria
- 50 pessoas por instalação de banho

Percentagem do rendimento familiar utilizado para comprar água para beber e para a higiene doméstica

- Meta 5% ou menos

Percentagem de famílias beneficiárias que sabem onde e quando vão receber o próximo fornecimento de água

Distância entre qualquer habitação e o ponto de água mais próximo

- <500 m

Tempo de espera nas fontes de água

- <30 min

Percentagem de pontos comunitários de distribuição de água, isentos de água parada

Percentagem de sistemas/instalações de água que possuem um sistema de gestão funcional e responsável

Notas de orientação

A seleção das fontes de água deve considerar:

- a disponibilidade, a segurança, a proximidade e a sustentabilidade de uma quantidade suficiente de água;
- a necessidade e a viabilidade do tratamento da água, seja numa grande escala, seja numa quantidade de uso doméstico;
- os fatores sociais, políticos ou legais que afetam o controlo de fontes de água, que podem ser controversos, especialmente durante um conflito.

Na fase inicial de uma crise, muitas vezes, é necessária uma combinação de abordagens e de diferentes fontes para atender às necessidades de sobrevivência. As fontes de água de superfície, apesar de exigirem mais tratamento, podem ser a solução mais rápida. São preferíveis as fontes subterrâneas e/ou o abastecimento a partir das nascentes. Estas precisam de menos tratamento, e o fluxo por gravidade dispensa o bombeamento. Monitorize regularmente todas as fontes para evitar a extração excessiva; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento.*

As necessidades: a quantidade de água necessária para beber, para higiene e para uso doméstico depende do contexto e da fase de uma resposta. Essa quantidade será influenciada por fatores como o uso e os hábitos anteriores à crise, o projeto de contenção de dejetos e os hábitos culturais; ⊕ *ver Compreensão e gestão de riscos no abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene – Norma 1.1 e Gestão de dejetos – Norma 3.2.*

A prática estabelecida é de um mínimo de 15 L por pessoa por dia. Nunca é um “máximo”, e talvez essa quantidade mínima não seja adequada a todos os contextos ou fases de uma resposta. Por exemplo, essa não é uma quantidade suficiente quando há pessoas deslocadas por muitos anos. Na fase aguda de uma seca, 7,5 L por pessoa por dia podem ser adequados por um curto período. Num ambiente urbano de rendimento médio, 50 L por pessoa por dia pode ser o volume mínimo aceitável para manter a saúde e a dignidade.

As consequências do fornecimento de diferentes quantidades de água devem ser revistas em função das taxas de morbidade e de mortalidade, por doenças relacionadas com WASH. Delibere com outros agentes WASH sobre a quantidade mínima nesse contexto. Para orientações sobre como determinar a quantidade de água para uso humano, pecuário, institucional e outros, consulte Cuidados essenciais de saúde – Doenças transmissíveis – Normas 2.1.1 a 2.1.4 e Abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene – Apêndice 3. Para necessidades de água em emergência na pecuária, ⊕ *ver Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*



Necessidades	Quantidade (litros/pessoa/dia)	Adaptar ao contexto em função de
Sobrevivência: ingestão de água (beber e comer)	2,5 a 3	Clima e fisiologia individual
Higiene	2 a 6	Normas sociais e culturais
Confeção básica de alimentos	3 a 6	Tipo de alimento e normas sociais e culturais
Água básica total	7,5 a 15	

As necessidades básicas mínimas de água para a sobrevivência: as necessidades de água variam entre a população, principalmente entre as pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção, e entre os grupos com diferentes práticas religiosas.

A medição: não divida simplesmente a quantidade de água fornecida pela população atendida. As pesquisas feitas com as famílias, a observação e os grupos de discussão

comunitários, são métodos mais eficazes de recolher dados sobre o uso e o consumo de água, do que a medição do volume de água transportada ou bombeada, ou o uso de bombas manuais. Faça a integração dos relatórios do sistema de água com os relatórios sobre as pesquisas feitas com as famílias.

O acesso e a equidade: os pontos de água incluem instalações sanitárias, instalações comunitárias para tomar banho, zonas para cozinhar e lavar roupa, bem como ambientes institucionais como escolas ou unidades de saúde.

As metas de quantidade mínima (ver indicadores-chave acima) pressupõem que o ponto de água esteja acessível cerca de 8 h por dia, com um abastecimento constante de água. Utilize essas metas com cautela, pois estas não garantem uma quantidade mínima de água ou um acesso equitativo.

As respostas relativas à água e ao saneamento devem atender igualmente às necessidades das populações de acolhimento e deslocadas para evitar tensões e conflitos.

Durante o projeto, leve em consideração que as necessidades variam conforme a faixa etária e o sexo ou conforme se trate de pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção. Localize pontos de água acessíveis e suficientemente próximos às habitações para restringir a exposição a riscos de proteção.

Informe a população afetada sobre quando e onde esperar a entrega de água, os seus direitos à distribuição equitativa e como dar *feedback*.

O tempo de ida e volta e de espera na fila: o tempo excessivo de espera na fila e de ida e volta indica um número inadequado de pontos de água, ou um rendimento inadequado das fontes de água. Isso pode levar à redução do consumo individual de água e ao aumento do consumo de fontes de superfície desprotegidas, além de resultar em menos tempo para atividades educacionais ou tarefas que geram rendimentos. O tempo de espera na fila também influi no risco de violência na área junto à torneira; ⊕ ver *Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 1*.

Os recipientes de água apropriados: ⊕ ver *Promoção da higiene – Norma 1.2: Identificação, acesso e utilização de artigos de higiene*. Quando for utilizado o *tratamento e armazenamento doméstico seguro de água* (TADSA), ajuste o número e o tamanho dos recipientes. Por exemplo, o processo de coagulação, floculação e desinfecção exigirá dois baldes, um pano para coar e um utensílio para mexer.

A programação de água com base no mercado: analisar como as famílias tinham acesso à água e aos recipientes antes e depois da crise. Esta simples avaliação de mercado deve fundamentar as decisões sobre como fornecer um acesso sustentável à água a curto e a longo prazo. Determine como utilizar, apoiar e desenvolver o mercado de água, considerando um método combinado de assistência às famílias, com base em dinheiro, subsídios e formação técnica com vendedores ou fornecedores, ou outros meios. Acompanhe os preços mensais do mercado (água, combustível) para avaliar as despesas das famílias no decorrer do tempo, e utilize essa tendência para fundamentar as mudanças no desenho do programa; ⊕ ver *A prestação de ajuda através dos mercados*.

O pagamento: as despesas de água não devem exceder de 3% a 5% do rendimento familiar. Informe-se como é que as famílias estão a dar resposta aos custos mais

elevados durante a crise e tome medidas para combater os mecanismos de enfrentamento negativos; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1*. Certifique-se de que os sistemas financeiros sejam geridos com transparência.

A gestão dos sistemas e das infraestruturas de água: trabalhe com a comunidade e com as outras partes intervenientes para decidir sobre a localização, o projeto e a utilização dos pontos de água (planos imediatos e de longo prazo). Isto engloba instalações para tomar banho, cozinhar e lavar roupa, instalações sanitárias e instituições como escolas, mercados e unidades de saúde. Utilize o *feedback* para adaptar e melhorar o acesso às instalações de água.

Considere as estruturas anteriores e atuais de gestão da água, a capacidade e a disposição das pessoas de pagar pelos serviços de água e saneamento, e os mecanismos de recuperação de custos. Leve em consideração o investimento de capital em sistemas de abastecimento de água que ofereçam economia a longo prazo ou economia de escala. Compare alternativas como o bombeamento solar ou um sistema de água canalizada, com transporte de água por camião, especialmente em crises prolongadas em áreas urbanas e assentamentos comunitários.

Forneça às pessoas os meios para utilizar e manter os sistemas de água através de comités WASH ou de parcerias com o setor privado ou público.

A utilização de água engarrafada: a água tratada é mais económica, mais adequada e tecnicamente mais correta do que a água engarrafada devido ao transporte, ao custo, à qualidade e à produção de resíduos. Exceções podem ser feitas a curto prazo, por exemplo, em casos de pessoas em trânsito. Estabeleça um sistema adequado de gestão de resíduos plásticos.

As instalações de lavandaria, lavagem das mãos e banho: se as habitações não dispuserem de instalações de banho, providencie instalações separadas para homens e mulheres que garantam segurança, privacidade e dignidade.

Consulte os utilizadores, especialmente as mulheres, as meninas e as pessoas com deficiência, para decidir sobre a localização, o projeto e a segurança das instalações. Avalie a possibilidade de acesso à água quente para tomar banho e para lavar roupas em situações específicas, como nas respostas à sarna e durante variações climáticas.

A drenagem de pontos de água, lavandarias, instalações de banho e locais de lavagem das mãos: ao construir e reabilitar pontos de distribuição e de utilização de água, certifique-se de que as águas residuais não apresentem risco à saúde ou não favoreçam a reprodução de vetores problemáticos. Estabeleça um plano geral de drenagem em coordenação com os projetistas do local, o setor de alojamento e/ou as autoridades municipais.

Projete sistemas WASH e de infraestrutura para atender aos requisitos de drenagem. Por exemplo, o nível de pressão nas torneiras, as dimensões do ponto de água e/ou da lavandaria e a altura da torneira até o fundo dos recipientes de água, devem ser adequados ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento*.



Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da água

A água é palatável e tem qualidade suficiente para beber e cozinhar, e para a higiene pessoal e doméstica, sem causar riscos à saúde.

Ações-chave

- 1 Identificar os riscos para a saúde pública associados à água disponível e a forma mais adequada de os reduzir.
 - Proteger as fontes de água e repetir regularmente as análises de controlo de qualidade nas fontes e nos pontos de água.
- 2 Determinar o método mais adequado para garantir água potável para beber no ponto de consumo ou de utilização.
 - As opções de tratamento incluem tratamento e distribuição de água a granel, com recolha e armazenamento doméstico seguro, ou tratamento doméstico de água e armazenamento seguro.
- 3 Reduzir a contaminação da água após a entrega no ponto de consumo ou de utilização.
 - Equipar as habitações com recipientes seguros para recolher e armazenar água potável, e com os meios necessários para extrair água para beber com segurança.
 - Medir os parâmetros de qualidade da água — cloro residual livre (CRL) e unidades formadoras de coliformes (UFC) — no ponto de entrega e no ponto de consumo ou de utilização.

Indicadores-chave

Percentagem de pessoas afetadas que recolhem água potável de fontes de água protegidas

Percentagem de domicílios observados que armazenam água com segurança (sempre em recipientes limpos e cobertos)

Percentagem de testes de qualidade que cumprem os padrões mínimos de qualidade da água

- <10 UFC/100 ml no ponto de entrega (água sem cloro)
- ≥ 0.2 a 0.5mg/L CRL no ponto de entrega (água com cloro)
- Turbidez inferior a 5 UNT

Notas de orientação

Manter uma cadeia de água segura: as doenças relacionadas com a água representam um risco para a integridade da cadeia da água. As barreiras à transmissão fecal-oral incluem conter os dejetos, cobrir os alimentos, lavar as mãos em momentos-chave

e recolher e armazenar a água com segurança; ➕ *ver Promoção da higiene – Norma 1.1; Gestão de dejetos – Norma 3.2 e Apêndice 2: O diagrama F.*

Uma avaliação de risco à cadeia da água, desde a fonte até ao recipiente de armazenamento de água potável, envolve:

1. Análise da qualidade sanitária do ponto de água;
2. Observância do uso de recipientes separados para a recolha e o armazenamento de água;
3. Observância na utilização de recipientes de água potável limpos e cobertos;
4. Testes de qualidade da água.

Quando exista uma elevada probabilidade da água não ser segura, essas ações podem evidenciar riscos aparentes sem a necessidade de se realizarem testes de qualidade da água nas habitações, o que envolve um trabalho intensivo.

Uma análise da qualidade sanitária avalia as condições e as práticas que podem constituir risco para a saúde pública no ponto de água. A análise considera a estrutura do ponto de água, a drenagem, as cercas, as práticas de defecação e de gestão de resíduos sólidos, como possíveis causas de contaminação. A análise também examina os recipientes de água das habitações.

A qualidade da água: ao colocar em uso uma nova fonte de água, teste a água quanto aos parâmetros físicos, bacteriológicos e químicos. Faça isso antes e depois das flutuações sazonais locais. Não negligencie a análise dos parâmetros químicos (como os níveis de flúor e de arsénico) que podem provocar problemas de saúde a longo prazo.

As bactérias coliformes fecais (>99% das quais são *E. coli*) indicam o nível de contaminação por dejetos humanos e de animais na água, e a possível presença de outros agentes patogénicos nocivos. Se houver coliformes fecais, trate a água. Mesmo que a *E. coli* não seja encontrada, sem um desinfetante residual, a água está propensa a uma nova contaminação.

Quando a água é tratada com cloro, antes da distribuição ou do tratamento doméstico, devem ser feitas verificações pontuais nas habitações, medindo o cloro residual livre (CRL) e tratando quando necessário. A frequência da entrega de água, a temperatura e o período em que a água é armazenada, afetam as medições de CRL nas habitações (por dissipação do cloro).

A promoção de fontes protegidas: as pessoas podem preferir fontes de água desprotegidas como os rios, os lagos e os poços por razões de paladar, de proximidade e de conveniência social. Procure compreender a sua lógica e conceba mensagens e desenvolva atividades que fomentem a utilização de fontes de água protegidas.

O sabor da água: se a água potável segura não tiver um bom sabor (devido ao nível de salinidade, de sulfureto de hidrogénio ou cloro, aos quais as pessoas não estão habituadas), os utilizadores podem beber água de fontes com um melhor sabor, mas não seguras. Apoie-se no envolvimento da comunidade e promova atividades de higiene para estimular a utilização da água potável segura.



A desinfecção da água: a água deve ser tratada com um desinfetante residual como o cloro se houver risco significativo de contaminação na fonte ou após o fornecimento. O risco será determinado pela densidade populacional, pelos métodos de eliminação de dejetos, pelas práticas de higiene e pela prevalência de doenças diarreicas. A turbidez deve estar abaixo de 5 UNT. Se for maior, ensine as pessoas a filtrar, sedimentar e decantar a água para reduzir a turbidez antes do tratamento. Se não houver alternativa, deve-se avaliar a possibilidade de fazer tratamento com cloro em dose dupla por um curto período. Esteja ciente de que a dissipação do cloro varia segundo o tempo de armazenamento e a variação da temperatura; portanto, esses fatores devem ser considerados na dosagem e no tempo de contacto; ⊕ *ver Apêndice 6: Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico de água.*

A quantidade versus a qualidade: se não for possível atender às Normas Mínimas de quantidade e de qualidade da água, priorize a quantidade em vez da qualidade. Mesmo a água de qualidade intermédia pode ser utilizada para evitar a desidratação, diminuir o stress e prevenir doenças diarreicas.

A contaminação após o fornecimento: a água que é segura no ponto de entrega pode ser contaminada durante a recolha, o armazenamento e a captação de água potável. Reduza essa possibilidade através de práticas seguras de recolha e armazenamento. Limpe regularmente os tanques de armazenamento dos domicílios e dos assentamentos e ensine a comunidade como o fazer; ⊕ *ver Promoção da higiene – Normas 1.1 e 1.2.*

O tratamento e o armazenamento doméstico seguro de água (TADSA): utilize esta alternativa quando não for possível operacionalizar um sistema de tratamento de água centralizado. As opções de tratamento e armazenamento doméstico que reduzem a incidência de diarreia, e melhoram a qualidade microbiológica da água armazenada no domicílio, incluem fervura, tratamento com cloro, desinfecção solar, filtragem cerâmica, filtragem lenta por areia, filtragem de membrana e floculação, e desinfecção. Trabalhe em conjunto com outros setores para acordar sobre o combustível doméstico necessário para ferver água e como o obter. Em crises e epidemias, evite introduzir uma opção desconhecida de tratamento de água. A utilização efetiva das opções de tratamento e armazenamento doméstico seguro de água (TADSA) requer acompanhamento, apoio e monitorização regulares, sendo pré-requisito para adotá-lo como um método alternativo de tratamento; ⊕ *ver Apêndice 6: Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico de água.*

A qualidade da água para as instituições: trate com cloro ou outro desinfetante residual, todos os fornecimentos de água para escolas, hospitais, centros de saúde e centros de distribuição de alimentação; ⊕ *ver Apêndice 3: Quantidades mínimas de água: índices de sobrevivência e quantificação das necessidades de água.*

A contaminação química e radiológica: quando os registos hidrogeológicos ou a notícia de alguma ação industrial ou militar indicarem que o abastecimento de água pode acarretar riscos químicos ou radiológicos para a saúde pública, realize uma análise química. A decisão de utilizar água possivelmente contaminada para abastecimentos de longo prazo, deve ser tomada apenas após uma análise minuciosa das implicações para a saúde e da validação junto às autoridades locais.

3. Gestão de dejetos

Um ambiente livre de dejetos humanos é essencial para a dignidade, a segurança, a saúde e o bem-estar das pessoas. Isto inclui o meio ambiente, bem como os ambientes onde as pessoas vivem, estudam e trabalham. A boa gestão de dejetos é uma prioridade do abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH). Em situações de crise humanitária, é tão importante como um abastecimento de água seguro.

Todas as pessoas devem ter acesso a instalações sanitárias adequadas, seguras, limpas e confiáveis. Defecar com dignidade é uma questão muito pessoal. A sua adequação é determinada por práticas culturais, costumes e hábitos diários das pessoas, pelas percepções pessoais e pelo facto de já terem ou não utilizado instalações sanitárias anteriormente. Os ambientes de defecação humana descontrolada constituem um grande risco para a saúde, particularmente em situações nas quais a densidade populacional é elevada, as pessoas são deslocadas e os ambientes são molhados ou húmidos.

No setor WASH, utilizam-se diferentes termos para definir instalações de gestão de dejetos. Neste Manual, “sanita” significa qualquer instalação ou dispositivo que contenha diretamente os dejetos e crie a primeira barreira entre as pessoas e os resíduos; ⊕ ver Apêndice 2: O diagrama F. A palavra “sanita” é usada no lugar da palavra “latrina” em todo o Manual.

A contenção de dejetos humanos longe das pessoas cria uma barreira inicial às doenças relacionadas com os dejetos, reduzindo as vias diretas e indiretas de transmissão de doenças; ⊕ ver Apêndice 2: O diagrama F. A contenção de dejetos deve ser integrada com o sistema de recolha, transporte, tratamento e eliminação, para reduzir os riscos para a saúde pública e de impacto ambiental.

A presença de fezes humanas nos ambientes onde as pessoas vivem, estudam e trabalham, pode indicar problemas relacionados com a proteção. As pessoas podem não se sentir seguras utilizando as instalações, especialmente em áreas densamente povoadas.

Para este capítulo, “dejetos humanos” é o termo que define os resíduos eliminados pelo corpo, especialmente fezes, urina e resíduos menstruais. As normas desta secção abrangem toda a cadeia dos dejetos, desde a contenção inicial até ao tratamento final.

Gestão de dejetos – Norma 3.1: Ambiente livre de dejetos humanos

Todos os dejetos são contidos com segurança no local para evitar a contaminação ambiental, dos espaços de moradia, de estudo, de trabalho e comunitários.

Ações-chave

- 1 Colocar instalações em assentamentos comunitários recém construídos ou em assentamentos cuja infraestrutura sofreu danos sérios para conter de imediato os dejetos.



- 2 Descontaminar imediatamente todos os espaços contaminados por fezes (de habitação, estudo ou trabalho) ou de fontes de água superficial.
- 3 Elaborar projetos e construir todas as instalações de gestão de dejetos com base numa avaliação do risco de possível contaminação de qualquer fonte de água próxima, superficial ou subterrânea.
 - Avaliar a topografia local, as condições do solo, as águas subterrâneas e as águas superficiais (inclusive nas variações sazonais) para evitar a contaminação das fontes de água e para facilitar as escolhas técnicas.
- 4 Conter e eliminar as fezes de crianças e de bebés com segurança.
- 5 Elaborar projetos e construir todas as instalações de gestão de dejetos para restringir o acesso aos dejetos por vetores problemáticos.

Indicadores-chave

Não há fezes humanas presentes no ambiente em que as pessoas vivem, estudam e trabalham

Todas as instalações de contenção de dejetos estão localizadas adequadamente e a uma distância apropriada de qualquer fonte de água superficial ou subterrânea

Notas de orientação

As etapas: imediatamente após uma crise, a defecação a céu aberto e indiscriminada deve ser controlada com urgência. Estabeleça áreas de defecação, localize e construa instalações sanitárias comunitárias e inicie uma campanha de higiene coordenada. Evite a defecação próxima às fontes de água (utilizadas ou não para beber) e às instalações de armazenamento e tratamento de água. Não estabeleça áreas de defecação em planos inclinados ou contra o vento em relação ao assentamento, ao longo de vias públicas, perto de instalações comunitárias (especialmente instalações de saúde e espaços de alimentação), ou próximas a áreas de armazenamento e de preparação de alimentos.

Realize uma campanha de promoção da higiene que incentive a eliminação segura de dejetos e que estabeleça a requisição de mais instalações sanitárias.

Nas crises urbanas, avalie a extensão dos danos nos sistemas de esgoto existentes. Considere a instalação de sanitários portáteis ou use fossas sépticas ou depósitos de contenção que se possam deslodar regularmente.

A distância das fontes de água: certifique-se de que o material fecal das instalações de contenção (latrinas de trincheira, fossas, depósitos, fossas sépticas, fossas de imersão) não contamine as fontes de água. A contaminação fecal não é uma preocupação imediata para a saúde pública — a menos que a fonte de água seja para consumo — no entanto, os danos ambientais devem ser evitados.

Sempre que possível, faça testes de permeabilidade do solo para calcular a velocidade com que os resíduos se infiltram no solo (taxa de infiltração). Utilize os

resultados para determinar a distância mínima entre as instalações de contenção e as fontes de água. A taxa de infiltração dependerá dos níveis de saturação do solo, de qualquer extração da fonte e da natureza dos dejetos (os dejetos mais aquosos deslocam-se mais rapidamente que os menos aquosos).

Se não for possível realizar testes de permeabilidade do solo, a distância entre as instalações de contenção e as fontes de água deve ser de pelo menos 30 m, e o fundo das fossas deve estar pelo menos a 1,5 m acima do lençol freático. Aumente essas distâncias em caso de rochas fissuradas e de solos calcários, ou reduza-os em caso de solos finos.

Em situações em que o lençol freático é elevado ou em inundações, deve-se impermeabilizar a infraestrutura de contenção para reduzir a contaminação das águas subterrâneas. Em alternativa, podem-se construir sanitas elevadas ou fossas sépticas para conter os dejetos e impedir que contaminem o meio ambiente. Evite que a drenagem ou o despejo das fossas sépticas contaminem as águas de superfície ou as fontes subterrâneas.

Em caso de suspeita de contaminação, identifique e controle imediatamente a fonte de contaminação e inicie o tratamento da água. Alguns contaminantes de água podem ser tratados com métodos de purificação como o tratamento com cloro. No entanto, a fonte de contaminantes, como os nitratos, precisa ser identificada e controlada. A metahemoglobinemia é uma afeição aguda, porém reversível, associada, por exemplo, a elevados níveis de nitratos na água potável; ⊕ *ver Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da água.*

A contenção das fezes de crianças: as fezes de bebês e de crianças normalmente são mais perigosas do que as dos adultos. A infecção por dejetos, em geral, é mais elevada em crianças, pois elas podem não ter desenvolvido anticorpos para as infecções. Forneça aos pais e aos cuidadores informações sobre a eliminação segura das fezes dos bebês, práticas de lavagem e a utilização de fraldas, bacias ou pânzinhos para fazer a eliminação com segurança.



Gestão de dejetos – Norma 3.2:

O acesso e a utilização das instalações sanitárias

As pessoas têm instalações sanitárias adequadas e aceitáveis para possibilitar o acesso rápido, seguro e protegido em qualquer momento.

Ações-chave

- 1 Determinar as opções técnicas mais adequadas para as instalações sanitárias.
 - Elaborar projetos e construir instalações sanitárias para reduzir as ameaças à segurança e à proteção dos utilizadores, dos encarregados da manutenção e especialmente das mulheres e meninas, das crianças, dos idosos e das pessoas com deficiência.
 - Separar por sexo e idade todas as instalações sanitárias comunitárias ou partilhadas, quando conveniente.

- 2 Quantificar as necessidades de instalações sanitárias para a população afetada com base nos riscos para a saúde pública, nos hábitos culturais e na recolha e armazenamento de água.
- 3 Consultar as partes intervenientes representativas sobre a localização, o projeto e a implementação de instalações sanitárias partilhadas ou comunitárias.
 - Considerar o acesso e a utilização: por idade, sexo e deficiência, pessoas com dificuldade de locomoção, pessoas com VIH, pessoas com incontinência e minorias sexuais ou de género.
 - Posicionar as instalações sanitárias comunitárias suficientemente próximas das habitações para possibilitar o acesso seguro, e suficientemente distantes para que as famílias não sejam estigmatizadas em razão da proximidade das instalações sanitárias.
- 4 Fornecer recursos adequados dentro das instalações sanitárias para lavar e secar ou rejeitar materiais de higiene menstrual e de incontinência.
- 5 Certificar-se de que as necessidades de abastecimento de água das opções técnicas possam ser atendidas.
 - Incluir o abastecimento adequado de água para a lavagem das mãos com sabão, para a limpeza anal e para dispositivos de descarga ou de sistemas de vedação hidráulica, se for a opção escolhida.

Indicadores-chave

Proporção de sanitas partilhadas

- Mínimo de 1 por 20 pessoas

Distância entre a habitação e a instalação sanitária partilhada

- Máximo de 50 m

Percentagem de instalações sanitárias com fechaduras internas e iluminação adequada

Percentagem de instalações sanitárias consideradas seguras por mulheres e meninas

Percentagem de mulheres e meninas satisfeitas com as opções de higiene menstrual nas instalações sanitárias que normalmente utilizam

Notas de orientação

O que é adequado, conveniente e aceitável? O tipo de instalações sanitárias adotadas dependerá da fase da resposta, das preferências dos utilizadores, da infraestrutura existente, da disponibilidade de água para descarga e do sistema de vedação hidráulica, da formação do solo e da disponibilidade dos materiais de construção.

Geralmente, as instalações sanitárias são adequadas, convenientes e aceitáveis se:

- são seguras para a utilização de toda a população incluindo crianças, idosos, gestantes e pessoas com deficiência;

- estão localizados de modo a reduzir ameaças à segurança dos utilizadores, especialmente de mulheres e meninas e pessoas com outras condições de proteção específicas;
- não estão a mais de 50 m das habitações;
- oferecem privacidade de acordo com as expectativas dos utilizadores;
- são fáceis de utilizar e de manter limpas (geralmente, instalações sanitárias limpas são usadas com mais frequência);
- não apresentam riscos para o meio ambiente;
- têm espaço adequado para diferentes utilizadores;
- têm fechaduras internas;
- dispõem de fácil acesso à água para lavagem das mãos, limpeza anal e descarga;
- permitem a limpeza, a secagem e a eliminação adequada dos materiais de higiene menstrual das mulheres e de incontinência de crianças e adultos;
- reduzem a reprodução de moscas e mosquitos;
- reduzem o odor.

As pessoas com doenças crônicas como VIH devem ter facilidade de acesso a uma instalação sanitária, pois frequentemente sofrem de diarreia crônica e têm mobilidade reduzida.

Monitore a utilização e a percentagem de pessoas que relatam que as instalações sanitárias atendem às suas necessidades. Utilize estas informações para saber quais os grupos que não estão satisfeitos e como melhorar a situação. Considere o acesso e a utilização, tendo em vista o sexo e a idade, as pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção, as pessoas com VIH e as pessoas com incontinência.

A acessibilidade: a opção técnica escolhida deve respeitar o direito de todas as pessoas, inclusive das pessoas com deficiência, de ter acesso a instalações sanitárias com segurança. Pode ser necessário construir, adaptar ou comprar sanitários acessíveis ou acrescentar complementos aos já existentes, para crianças, idosos e pessoas com deficiência ou incontinência. É aconselhável disponibilizar também instalações sanitárias de uso comum, neutras em relação ao gênero, com rampas ou entradas planas, com melhor acessibilidade, **numa proporção mínima de 1 para 250 pessoas.**

Instalações seguras e protegidas: a localização inadequada das instalações sanitárias pode deixar as mulheres e as meninas mais vulneráveis a ataques, principalmente à noite. Certifique-se de que todos os grupos de risco — como as mulheres e meninas, meninos, idosos e outras pessoas que suscitam preocupação específica em relação à proteção — se sintam e estejam efetivamente seguros ao utilizar as instalações sanitárias durante o dia e a noite. Ilumine adequadamente as instalações e verifique a possibilidade de fornecer lanternas aos grupos de risco. Pergunte à comunidade, especialmente às pessoas de maior risco, como melhorar a sua segurança. Consulte as partes intervenientes nas escolas, centros de saúde, clínicas, espaços infantis, mercados e centros de alimentação.



Observe que não basta consultar apenas as mulheres e as crianças sobre instalações seguras e dignas de WASH, pois em muitos contextos os homens controlam o que as mulheres e as crianças podem fazer. Esteja ciente da hierarquia social e da dinâmica do poder e procure interagir com quem toma as decisões para reforçar o direito das mulheres e das crianças de terem acesso a instalações sanitárias e chuveiros com segurança.

A iluminação em instalações comunitárias pode melhorar o acesso, mas também pode atrair pessoas que utilizam a iluminação para outros fins. Trabalhe com a comunidade, especialmente com as pessoas mais vulneráveis quanto à segurança, para encontrar outros meios de reduzir a sua exposição a riscos.

Quantificar as necessidades de instalações sanitárias: estude como adaptar as necessidades de instalações sanitárias ao contexto, para que reflitam as mudanças no ambiente habitacional, antes e depois da crise, as necessidades das áreas públicas e os riscos específicos para a saúde pública. Durante as primeiras fases de uma crise súbita, as **instalações sanitárias comunitárias são uma solução imediata com uma proporção mínima de sanitas de 1 para 50 pessoas**, a qual deve ser melhorada o mais rápido possível. A médio prazo, **a proporção mínima é de 1 para 20 pessoas**, com uma proporção de 3:1 de sanitas femininas e masculinas. Para estimativas de planeamento e número de sanitas ⊕ *ver Apêndice 4*.

Domésticas, partilhadas ou comunitárias? As instalações sanitárias domésticas são consideradas ideais em termos de segurança, proteção, conveniência e dignidade do utilizador e pela relação verificada entre propriedade e manutenção. Às vezes, a regra é a partilha de instalações entre um pequeno grupo de habitações. As instalações sanitárias comunitárias ou partilhadas podem ser planeadas e construídas com o objetivo de no futuro disponibilizar instalações sanitárias domésticas. Por exemplo, deixando “corredores” de saneamento nos assentamentos, haverá espaço para construir instalações comunitárias próximas às habitações e depois construir instalações domésticas conforme o orçamento permitir. Os “corredores” de saneamento garantem o acesso para a remoção do lodo, manutenção e desativação.

As instalações sanitárias comunitárias também serão necessárias em alguns espaços públicos ou comunitários, como unidades de saúde, áreas de mercados, centros de alimentação, ambientes de aprendizagem e áreas administrativas ou de acolhimento; ⊕ *ver Apêndice 4: Número mínimo de sanitas: comunidade, locais públicos e instituições*.

As instalações sanitárias comunitárias construídas durante uma resposta rápida terão requisitos específicos de funcionamento e de manutenção. Pode-se estabelecer um acordo com as comunidades sobre a remuneração de pessoas para limparem as instalações sanitárias, como medida temporária com uma clara estratégia de saída.

A água e os produtos de higiene anal: ao planejar a instalação, verifique se há água, papel higiênico ou outro produto de higiene anal suficiente. Consulte os utilizadores sobre os produtos de higiene mais adequados e providencie a eliminação segura e a continuidade do fornecimento.

A lavagem das mãos: a instalação deve dispor de meios para lavar as mãos com água e sabão (ou uma alternativa, como cinzas) após utilizar a sanita, limpar uma criança que defecou e antes de comer e de preparar alimentos.

A higiene menstrual: as instalações sanitárias devem ter recipientes adequados para a eliminação de materiais para a menstruação, a fim de evitar o entupimento dos canos de esgoto ou dificuldades em deslodar fossas ou fossas sépticas. Consulte mulheres e meninas sobre a concepção das instalações sanitárias quanto ao espaço disponível, o acesso à água para se lavarem e às áreas para se enxugarem.

Gestão de dejetos – Norma 3.3: Gestão e manutenção da recolha, do transporte, da eliminação e do tratamento de dejetos

As instalações, a infraestrutura e os sistemas de gestão de dejetos são geridos e mantidos com segurança para propiciar a prestação de serviços com um impacto mínimo no meio ambiente.

Ações-chave

- 1 Estabelecer sistemas de recolha, transporte, tratamento e eliminação, alinhados com os sistemas locais, trabalhando com as autoridades locais responsáveis pela gestão de dejetos.
 - Aplicar as normas nacionais e cuidar para que a carga extra colocada nos sistemas existentes não afete negativamente o meio ambiente ou as comunidades.
 - Estabelecer um acordo com as autoridades locais e os proprietários de terras acerca do uso do solo para tratamento e eliminação fora do assentamento.
- 2 Definir sistemas para a gestão de instalações sanitárias a curto e a longo prazo, especialmente das estruturas subterrâneas (fossas, depósitos, fossas sépticas estanques ou de infiltração).
 - Elaborar projetos e dimensionar as estruturas subterrâneas para assegurar que todos os dejetos possam ser contidos com segurança e que o lodo seja removido das fossas.
 - Estabelecer funções e responsabilidades claras e definir os meios de financiamento para futuras execuções e manutenção.
- 3 Extrair o lodo da instalação de contenção com segurança, considerando não só as pessoas que fazem a recolha mas também quem está ao seu redor.
- 4 Certificar-se de que as pessoas tenham informações, meios, ferramentas e materiais para construir, limpar, reparar e manter as suas instalações sanitárias.
 - Realizar campanhas de promoção da higiene quanto à utilização, à limpeza e à manutenção das instalações sanitárias.
- 5 Confirmar que se pode obter água para o transporte dos dejetos a partir das fontes de água disponíveis sem as colocar em risco desnecessário.



Indicador-chave

Os dejetos humanos são eliminados de maneira segura para a saúde pública e para o meio ambiente

Notas de orientação

Deslodar significa remover os dejetos (não tratados e parcialmente tratados) da fossa, depósito ou tanque, e transportá-los para uma instalação de tratamento e eliminação fora do assentamento. Se for necessária a remoção de lodo, deve ser prevista nos processos de funcionamento e manutenção, bem como no orçamento, desde o início.

As águas cinzentas ou águas residuais domésticas são classificadas como esgoto quando misturadas com dejetos humanos. As águas residuais domésticas não se devem misturar com dejetos humanos, a menos que o assentamento esteja situado onde exista um sistema de esgoto. O esgoto é difícil e mais caro de tratar do que as águas residuais domésticas.

O planejamento: inicialmente, calcule um volume diário de dejetos de 1 a 2 L por pessoa por dia. A longo prazo, calcule de 40 a 90 L anuais por pessoa; os dejetos reduzem-se em volume à medida que se decompõem. O volume real vai depender dos seguintes fatores: se a água é usada ou não para descarga; se a higiene anal é feita apenas com água ou com algum material; se na limpeza das instalações sanitárias são utilizados água e outros produtos, e ainda qual é a dieta dos utilizadores. A água doméstica, proveniente da limpeza, da cozinha, da lavanderia e do banho, não deve entrar nas instalações de contenção, pois o excesso de água gera uma quantidade maior de lodo a ser removido. Deixe 0,5 m na parte superior da fossa, considerando o aterro.

Para situações específicas de saúde pública, como surtos de cólera, ⊕ ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.

Os mercados locais: na construção de instalações sanitárias, utilize materiais e mão de obra disponíveis no local, quando conveniente. Isso melhora a participação na utilização e na manutenção das instalações.

A contenção de dejetos em ambientes difíceis: em cheias ou crises urbanas, pode ser especialmente difícil fornecer instalações apropriadas de contenção de dejetos. Nessas situações, avalie o uso de sanitas elevadas, sanitas com separação de urina, tanques de contenção de esgoto e sacos plásticos descartáveis temporários com sistemas adequados de recolha e eliminação. Defenda esses diferentes métodos nas atividades de promoção da higiene.

Os dejetos como recurso: os dejetos também são um recurso em potencial. Há tecnologia disponível para converter lodo processado em energia, como por exemplo, pedras combustíveis ou biogás. Os processos de saneamento ecológico ou de compostagem recuperam frações orgânicas e nutrientes de uma combinação de resíduos humanos e de resíduos orgânicos de cozinha. O composto resultante pode ser utilizado como regulador do solo ou adubo para hortas domésticas.

4. Controlo de vetores

Um vetor é um agente portador de doenças. Os vetores geram um trajeto desde a origem de uma doença até às pessoas. As doenças transmitidas por vetores são uma das principais causas de doenças e mortes em muitos cenários humanitários. A maioria dos vetores são insetos, como mosquitos, moscas e piolhos, mas também podem ser roedores. Além disso alguns podem morder causando dor. Os vetores podem ser sinal de problemas quanto à gestão de resíduos sólidos, de drenagem ou de dejetos, de escolha inadequada do local, ou de problemas mais amplos em matéria de proteção e segurança.

As doenças transmitidas por vetores podem ser complexas. Para solucionar problemas relativos a vetores pode ser necessário o aconselhamento de um especialista. Contudo, é possível impedir a propagação de tais doenças por meio de medidas simples e eficazes.

Os programas de controlo de vetores podem não ter nenhum impacto se atingirem o vetor errado, utilizarem métodos ineficazes, ou atingirem o vetor certo no lugar errado ou no momento errado. Os controlos devem ser direcionados e baseados nos ciclos de vida e na ecologia dos vetores.

Os programas de controlo devem visar reduzir a densidade populacional dos vetores, os focos de reprodução, e o contacto entre humanos e vetores. Ao desenvolver programas de controlo, consulte estudos existentes e procure orientação especializada nas organizações nacionais e internacionais de saúde. Procure orientação local sobre padrões de doenças, focos de reprodução e variações sazonais no número de vetores e na incidência de doenças.

As normas desta secção têm como foco a redução ou a eliminação de vetores problemáticos com a finalidade de prevenir as doenças transmitidas por vetores e reduzir incómodos. É necessário fazer o controlo dos vetores através de múltiplos setores; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2, Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1 e Ajuda alimentar - Norma 6.2.*



Controlo de vetores – Norma 4.1: Controlo de vetores no assentamento

As pessoas vivem num ambiente onde os locais de reprodução e de alimentação dos vetores são alvo de intervenção de modo a reduzir os riscos dos problemas relacionados com vetores.

Ações-chave

- 1 Analisar o risco de doenças transmitidas por vetores numa determinada área.
 - Definir se a taxa de incidência da área é maior do que a da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a da norma nacional estabelecida para a doença.

- Conhecer os possíveis focos de reprodução e o ciclo de vida dos vetores, especialmente a alimentação, com base na experiência técnica local e no conhecimento de vetores importantes.
- 2 Alinhar as ações humanitárias para o controlo de vetores com os planos ou sistemas locais de controlo de vetores, e com as diretrizes, os programas ou as políticas nacionais.
- 3 Determinar, com base na compreensão dos ciclos de vida dos vetores, se o controlo químico ou não químico fora das habitações é pertinente.
- Informar a população sobre os possíveis riscos decorrentes do controlo químico de vetores e sobre a agenda de aplicação dos produtos químicos.
 - Treinar e equipar todo o pessoal que manuseia produtos químicos com equipamentos e roupas de proteção individual (EPI).

Indicador-chave

Percentagem de focos de reprodução identificados onde o ciclo de vida do vetor é modificado

Notas de orientação

Os assentamentos comunitários: a escolha do local é importante para reduzir a exposição da população afetada ao risco de doenças transmitidas por vetores. Este deve ser um dos fatores-chave ao serem considerados os possíveis locais. Para controlar a malária, por exemplo, localize os assentamentos comunitários a uma distância de 1 a 2 km a favor do vento dos grandes focos de reprodução, como pântanos ou lagos, mas assegure a disponibilidade de uma fonte adicional de água limpa. Considere o impacto que um novo local de assentamento pode ter sobre a presença de vetores problemáticos nas comunidades de acolhimento vizinhas; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento.*

A avaliação dos fatores de risco: baseie as decisões sobre as respostas de controlo de vetores numa análise de doenças prováveis e de outros riscos, assim como em evidências clínicas e epidemiológicas dos problemas causados por doenças transmitidas por vetores. Reveja os casos suspeitos e confirmados na área definida, ocorridos nos dois anos anteriores. Outros fatores que implicam este risco são:

- Situação de imunidade da população, inclusive a exposição prévia e alterações nutricionais entre outros;
- Deslocamento de pessoas de uma área não endémica para uma endémica;
- Tipo e prevalência de agente patogénico tanto nos vetores quanto nos humanos;
- Espécies de vetores, números, comportamentos e ecologia (estação, focos de reprodução) e o modo como possivelmente interagem;
- Aumento da exposição a vetores resultante da proximidade, padrão de assentamento, tipo de alojamento, medidas de prevenção e de proteção individual.

A remoção ou modificação dos focos de reprodução e de alimentação dos vetores:

muitas atividades de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH) podem ter um grande impacto nos focos de reprodução e alimentação, inclusive:

- Eliminar a água estagnada ou as áreas molhadas ao redor dos pontos de distribuição de água, das áreas de banho e de lavandarias;
- Gerir o armazenamento doméstico dos resíduos sólidos durante a recolha e o transporte, e nos locais de tratamento e eliminação;
- Fornecer tampas para recipientes de água;
- Controlar dejetos;
- Limpar as superfícies das instalações sanitárias para dissuadir a presença de vetores;
- Vedar as fossas sanitárias para garantir que não ingressem fezes no ambiente e os vetores problemáticos não entrem nas fossas;
- Realizar programas de promoção da higiene sobre limpeza em geral;
- Manter os poços cobertos e/ou tratá-los com larvicida, por exemplo, onde a febre da dengue seja endêmica.

As três principais espécies de mosquitos responsáveis pela transmissão de doenças são:

- *Culex* (filaríase e vírus do Nilo Ocidental), que se reproduz em água parada com matéria orgânica como é o caso das instalações sanitárias;
- *Anopheles* (malária e filaríase), que se reproduz em águas superficiais relativamente não poluídas, como poças, córregos de fluxo lento e poços;
- *Aedes* (dengue, febre amarela, vírus chicungunha e zica), que se reproduzem em recipientes com água, como garrafas, baldes e pneus.

O controlo biológico e não químico: o controlo biológico introduz organismos que atacam, parasitam, competem com ou reduzem populações das espécies de vetores-alvo. Por exemplo, peixes que se alimentam de larvas e crustáceos de água doce podem controlar os mosquitos *Aedes* (vetores da dengue). Uma das mais promissoras estratégias é o uso da bactéria endossimbiótica *Wolbachia* que tem como objetivo reduzir a transmissão do vírus da dengue. O controlo biológico tem sido eficaz em certos ambientes operacionais, e as evidências apontam para a sua eficácia em grande escala.

Ainda que o controlo biológico evite a contaminação química do meio ambiente, pode haver limitações operacionais e consequências ecológicas indesejáveis. Os métodos de controlo biológico são eficazes somente na fase imatura dos mosquitos vetores e geralmente estão restringidos ao uso em grandes recipientes ou poços de armazenamento de água, de betão ou de argila vitrificada. É essencial a boa vontade das comunidades locais de aceitarem a introdução de organismos em recipientes de água. Também é importante o envolvimento da comunidade na distribuição dos organismos de controlo e na monitorização e reabastecimento de recipientes quando necessário.

As respostas da engenharia ambiental: diversas medidas básicas de engenharia ambiental reduzem a proliferação de vetores, inclusive:



- A eliminação apropriada de dejetos humanos e de animais, instalações sanitárias em bom funcionamento e tamponamento da abertura das sanitas de fossa;
- A eliminação apropriado dos resíduos sólidos para controlar insetos e roedores;
- A boa drenagem nos assentamentos;
- A drenagem da água parada e a limpeza da vegetação ao redor de canais abertos e lagos abertos para controlar os mosquitos.

Essas medidas vão reduzir a densidade populacional de alguns vetores. Talvez não haja impacto suficiente em todos os focos de reprodução, de alimentação e de descanso dos vetores dentro ou perto de um assentamento, mesmo a longo prazo. Nessa hipótese, considere o controle químico localizado ou medidas de proteção individual. A pulverização de espaços infetados pode reduzir o número de moscas adultas e prevenir uma epidemia de diarreia ou ajudar a reduzir a incidência da doença, se efetuada durante uma epidemia. A pulverização residual interna vai reduzir a densidade de mosquitos adultos transmissores de malária ou dengue; os engodos tóxicos vão reduzir as populações de roedores.

Os protocolos nacionais e internacionais: a OMS tem publicado protocolos e normas internacionais claras que abordam tanto a escolha quanto a aplicação de produtos químicos no controle de vetores, assim como a necessidade de proteção de pessoal e a necessidade de formação. As medidas de controle de vetores devem ter como foco duas principais preocupações: eficácia e segurança. Se as normas nacionais relativas à escolha de produtos químicos estiverem aquém dos padrões internacionais, consulte e tente convencer a autoridade nacional competente a autorizar a adesão aos padrões internacionais.

Proteja todo o pessoal que manuseia produtos químicos dando formação, roupas de proteção e instalações de banho, e restrinja o número de horas de manuseio dos produtos químicos.

Coordenação com o tratamento da malária: implemente estratégias de controle do vetor da malária simultaneamente com o diagnóstico precoce e o tratamento com medicação contra a malária; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1: Prevenção.*

Controle de vetores – Norma 4.2:

Ações domésticas e pessoais para o controle de vetores

Todas as pessoas afetadas têm conhecimento e meios para se protegerem a si mesmas e às suas famílias dos vetores que possam causar risco significativo para a saúde e o bem-estar.

Ações-chave

- 1 Avaliar as práticas atuais de prevenção ou profilaxia de vetores no ambiente doméstico como parte de um programa geral de promoção da higiene.

- Identificar os obstáculos existentes para a adoção de comportamentos e de fatores de motivação mais eficazes.
- 2 Utilizar campanhas de consciencialização participativas e acessíveis para informar as pessoas sobre vetores problemáticos, horários e locais de transmissão de alto risco e medidas preventivas.
- Acompanhar especificamente os grupos de alto risco.
- 3 Realizar uma avaliação do mercado local quanto às medidas preventivas pertinentes e eficazes.
- Considerar o fortalecimento dos mercados para propiciar uma fonte sustentável de medidas preventivas.
- Fazer um plano de aquisição, de distribuição e de implementação dos artigos para o controlo de vetores em colaboração com a comunidade, autoridades locais e outros setores se os mercados locais não conseguirem atender à procura.
- 4 Formar as comunidades para monitorizar, relatar e dar *feedback* sobre os vetores problemáticos e o programa de controlo de vetores.

Indicadores-chave

Percentagem de pessoas afetadas que conseguem descrever corretamente modos de transmissão e medidas eficazes de controlo de vetores no âmbito doméstico

Percentagem de pessoas que adotam medidas adequadas para se protegerem de doenças relevantes transmitidas por vetores

Percentagem de famílias que dispõem de proteção adequada para alimentos armazenados

Notas de orientação

As medidas individuais de proteção contra a malária: medidas oportunas, de proteção sistemática, como tendas, cortinas e mosquiteiros tratados com inseticida, ajudam a proteger contra a malária. Mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração também protegem contra piolhos do corpo e da cabeça, pulgas, carraças, baratas e percevejos. Utilize também outros métodos de proteção como roupa de manga comprida, fumigadores domésticos, serpentinas, aerossóis e repelentes contra mosquitos. Facilite a utilização de tais métodos para as pessoas de maior risco, como crianças menores de cinco anos, pessoas com défice imunitário e grávidas.

Os grupos de alto risco: alguns segmentos da comunidade serão mais vulneráveis às doenças relacionadas a vetores que outros, especialmente bebês e crianças pequenas, idosos, pessoas com deficiência, pessoas doentes, mulheres grávidas e lactantes. Identifique os grupos de risco e adote medidas específicas para reduzir o risco. Tenha cuidado para evitar a estigmatização.



Mobilização social e comunicação: é necessária uma mudança comportamental no âmbito individual e comunitário para reduzir tanto o *habitat* de larvas como o da população de vetores adultos. As atividades de mobilização social e de comunicação devem ser totalmente integradas às iniciativas de prevenção e controle de vetores através da utilização de uma ampla variedade de meios.

As medidas de proteção individual para outros vetores: a boa higiene pessoal e a lavagem regular das roupas de uso pessoal e das roupas de cama, são a proteção mais eficaz contra o piolho do corpo. Controle as infestações através do tratamento pessoal (pulverização), da lavagem em massa ou de campanhas de despolhamento. Desenvolva e utilize protocolos de tratamento para recém-chegados ao assentamento. Um ambiente domiciliário limpo, a eliminação eficaz de resíduos e o armazenamento apropriado de alimentos cozinhados e não cozinhados, impedirão que ratos, outros roedores e insetos (como baratas) entrem nas casas ou nos alojamentos; ⊕ ver *Promoção da Higiene – Norma 1.1*.

5. Gestão de resíduos sólidos

A gestão de resíduos sólidos consiste no processo de manusear e eliminar resíduos sólidos orgânicos e não orgânicos que envolve:

- Planeamento de sistemas de gestão de resíduos sólidos;
- Manuseamento, separação, armazenamento, triagem e processamento de resíduos na fonte;
- Transferência para um ponto de recolha;
- Transporte e eliminação final, reutilização, reaproveitamento ou reciclagem.

Os resíduos podem ser gerados a nível doméstico, institucional, comunitário, bem como nos ambientes de atendimento médico. Podem ser perigosos ou não. A gestão inadequada de resíduos sólidos representa um risco para a saúde pública, porque pode criar o *habitat* favorável para insetos, roedores e outros vetores de doenças; ⊕ ver *Controlo de vetores – Norma 4.1: Controlo de vetores no assentamento*. Os resíduos não tratados podem poluir as águas de superfície e as águas subterrâneas. As crianças podem brincar com resíduos sólidos mal geridos, correndo o risco de lesões ou de doenças. Os coletores de resíduos, que ganham dinheiro recolhendo materiais reutilizáveis das lixeiras, podem correr o risco de lesões ou doenças infecciosas.

Os resíduos sólidos podem bloquear os sistemas de drenagem, gerando água parada e poluída na superfície, a qual pode servir de *habitat* para vetores, além de desencadear outros riscos para a saúde pública.

Estas normas não abrangem o tratamento ou a eliminação de efluentes químicos ou lixiviados. Para orientações sobre o manuseio e tratamento de resíduos perigosos, ⊕ ver *Referências e leitura complementar*. Para orientações sobre resíduos médicos, ⊕ ver *WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde*.

Gestão de resíduos sólidos – Norma 5.1: Ambiente livre de resíduos sólidos

Os resíduos sólidos são acondicionados com segurança para evitar a poluição do meio ambiente, dos ambientes habitacionais, de estudo, trabalho e dos ambientes comunitários.

Ações-chave

- 1 Elaborar o programa de eliminação de resíduos sólidos com base nos riscos para a saúde pública, na avaliação dos resíduos produzidos em habitações e instituições e nas práticas existentes.
- Analisar a capacidade de reutilização, reaproveitamento, reciclagem e compostagem locais.



- Compreender as funções das mulheres, homens, meninas e meninos na gestão de resíduos sólidos para evitar criar mais riscos relacionados com a proteção.
- 2 Trabalhar com as autoridades locais ou municipais e os prestadores de serviço para garantir que os sistemas e a infraestrutura existentes não fiquem sobrecarregados, especialmente em áreas urbanas.
- Certificar-se de que as instalações de tratamento e eliminação, novas e existentes fora do assentamento, possam ser utilizadas por todos.
- Estabelecer um cronograma para cumprir, assim que possível, as normas ou as políticas sanitárias locais sobre a gestão de resíduos sólidos.
- 3 Organizar campanhas periódicas ou seletivas de limpeza de resíduos sólidos com a infraestrutura de apoio necessária.
- 4 Fornecer roupas de proteção e imunizar as pessoas que recolhem e eliminam os resíduos sólidos, bem com aquelas envolvidas na sua reutilização ou reaproveitamento.
- 5 Assegurar-se de que os centros de tratamento são geridos de modo conveniente, adequado e seguro.
 - Utilizar métodos de tratamento e eliminação seguros e apropriados, como enterramento, aterro controlado e incineração.
 - Administrar os centros de gestão de resíduos para evitar ou reduzir riscos à proteção, especialmente para crianças.
- 6 Diminuir a utilização de embalagens e reduzir a carga de resíduos sólidos trabalhando com as organizações responsáveis pela distribuição de alimentos e de artigos domésticos.

Indicador-chave

Não há acumulação de resíduos sólidos em torno dos bairros ou dos pontos comunitários designados para a recolha pública

Notas de orientação

As pessoas em trânsito deverão eliminar artigos pesados ou que não sejam mais necessários. A produção de resíduos sólidos nos pontos de distribuição pode aumentar a tensão com as populações de acolhimento. O volume de resíduos sólidos aumentará se os artigos domésticos distribuídos não atenderem às reais necessidades. É provável que estes resíduos sejam de material diferente daqueles produzidos localmente e, portanto, devem ser tratados ou eliminados de maneira diferente.

As áreas urbanas: a infraestrutura de gestão urbana de resíduos sólidos pode ser integrada em outros sistemas de serviços. Trabalhe com as autoridades e os sistemas para acomodar a carga extra de resíduos sólidos.

A proteção das pessoas que manipulam os resíduos: forneça roupas de proteção para todos os envolvidos na gestão de resíduos sólidos; no mínimo, luvas. De

preferência, também forneça botas e máscaras de proteção. Quando necessário, providencie imunização contra o tétano e a hepatite B. Cuide para que haja água e sabão para lavar as mãos e o rosto. Informe e forme os profissionais sobre a forma correta de transportar e eliminar os resíduos e sobre os riscos associados à gestão inadequada; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1: Prevenção.*

As pessoas que manipulam os resíduos podem ser estigmatizadas de sujas ou pobres. A assessoria comunitária pode ajudar a mudar atitudes. Também é útil providenciar equipamentos apropriados para as pessoas que manipulam os resíduos e para que possam manter a limpeza.

Os assentamentos comunitários e áreas rurais: a eliminação doméstica de resíduos sólidos pode ser possível e até preferível em assentamentos comunitários e em áreas com densidade populacional mais baixa. Calcule o tamanho da área necessária para o enterramento dos resíduos sólidos domésticos ou das fossas de incineração com base no tamanho das habitações e na avaliação do fluxo de resíduos. As fossas domésticas devem ser vedadas de forma adequada para evitar que crianças e animais tenham acesso e, de preferência, devem estar localizadas a pelo menos 15 m das habitações.

Para os pontos de recolha dos bairros e das comunidades, forneça inicialmente um recipiente de 100 L para cada 40 habitações. A longo prazo, forneça um recipiente para cada 10 habitações, pois a produção de resíduos domésticos provavelmente aumentará com o tempo. Como referência, deve-se disponibilizar uma equipa de manutenção de 2 a 5 pessoas por cada 1.000.

A reutilização, o reaproveitamento e a reciclagem: estimule a reutilização, o reaproveitamento ou a reciclagem de resíduos sólidos pela comunidade, a não ser que isso represente um risco significativo para a saúde pública. Avalie as oportunidades de negócios de pequenas empresas ou de rendimento complementar com a reciclagem de resíduos e a possibilidade de compostagem doméstica ou comunitária de resíduos orgânicos.



Gestão de resíduos sólidos – Norma 5.2:

Ações domésticas e pessoais para a gestão segura de resíduos sólidos

As pessoas podem recolher com segurança e eventualmente tratar os resíduos sólidos nas suas casas.

Ações-chave

- 1 Fornecer às famílias um armazenamento conveniente, de tamanho adequado e coberto para os resíduos domésticos ou recipientes para pequenos grupos familiares.

- Considerar a preferência das famílias quanto ao número e tamanho dos recipientes para a reutilização e a reciclagem.
- 2 Disponibilizar pontos públicos de recolha nos bairros, que sejam claramente delimitados e vedados e onde as famílias possam depositar os resíduos diariamente.
- 3 Organizar um sistema para remover regularmente os resíduos domésticos e outros resíduos dos pontos designados de recolha pública.
- 4 Assegurar que o enterramento de resíduos sólidos ou as fossas de incineração domésticas ou comunitárias sejam geridos com segurança.

Indicadores-chave

Percentagem de famílias com acesso a um ponto designado de recolha de resíduos sólidos no bairro ou na comunidade a uma distância aceitável das suas habitações

Percentagem de famílias que relatam que o armazenamento doméstico de resíduos é adequado

Notas de orientação

O planeamento: a quantidade de resíduos sólidos que as pessoas geram depende do modo como o alimento é obtido e cozinhado, bem como de que atividades são realizadas dentro ou perto da habitação. As variações podem ser sazonais e geralmente refletem os cronogramas de distribuição ou de mercados. Calcule que uma pessoa gera 0,5 kg de resíduos sólidos por dia. Isto equivale a uma quantidade entre 1 L e 3 L por pessoa por dia, com base numa densidade normal de resíduos sólidos de 200 a 400 kg/m³.

Gestão de resíduos sólidos – Norma 5.3: Sistemas de gestão de resíduos sólidos na comunidade

Os pontos designados de recolha pública de resíduos não excedem a capacidade, e o tratamento e a eliminação final são seguros.

Ações-chave

- 1 Garantir que instituições como escolas e espaços de aprendizagem, espaços de convivência infantil e escritórios tenham um armazenamento bem delimitado, adequado e coberto para os resíduos produzidos nesses locais.
- 2 Providenciar um armazenamento bem delimitado e vedado para resíduos produzidos em áreas comunitárias, especialmente em mercados formais e informais, centros de trânsito e centros de registo.

Indicadores-chave

Porcentagem de escolas e centros de aprendizagem com armazenamento de resíduos conveniente e adequado

Porcentagem de mercados públicos com armazenamento de resíduos conveniente e adequado

Porcentagem de fossas ou de incineradores de resíduos sólidos em escolas, centros de aprendizagem, mercados públicos e em outras instituições públicas, que são geridos com segurança

Notas de orientação

Os resíduos de mercados: os mercados precisam de atenção especial, pois as áreas comunitárias geralmente carecem de uma unidade designada com responsabilidade de gerir os resíduos sólidos. Trate da maioria dos resíduos de mercados da mesma forma que os resíduos sólidos domésticos.

Os resíduos de matadouros: assegure-se de que o abate é higiênico e está em consonância com as leis locais. Grande parte dos resíduos sólidos produzidos por matadouros e mercados de peixe podem ser tratados como os resíduos sólidos domésticos, mas dê atenção especial aos resíduos líquidos. Se for conveniente, elimine estes resíduos numa fossa coberta próxima ao matadouro ou à fábrica de processamento de peixe. Escoe o sangue e outros resíduos líquidos para a fossa através de uma calha coberta por lajetas para reduzir o acesso de insetos à fossa. Disponibilize água para limpeza.



6. WASH em surtos de doenças e ambientes de saúde

Os agentes de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene e os agentes de saúde trabalham para reduzir os riscos para a saúde pública, para prevenir a transmissão de doenças e para controlar os surtos de doenças. É necessária uma forte coordenação com as estruturas e os parceiros governamentais — dos dois setores — para lidar com os riscos para a saúde pública na comunidade e nos ambientes de saúde. Esta norma 6 está baseada nas normas 1 a 5 de WASH, bem como no capítulo Saúde, que devem ser consultados na íntegra e devem orientar todas as intervenções técnicas.

A prevenção e o controle de infecções (PCI) é a atividade-chave da prevenção de doenças em qualquer situação, assim como das respostas a surtos. É crucial para o doente, para o profissional de saúde e para a comunidade. É responsabilidade das agências de saúde assegurar que as Normas Mínimas sejam cumpridas nos ambientes de saúde, mas isso, em geral, exige apoio e colaboração estruturada dos agentes WASH.

Boas práticas WASH (abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene) aplicadas sistematicamente tanto na comunidade como nos ambientes de saúde reduzirão a transmissão de doenças infecciosas e ajudarão a controlar os surtos. As ações mínimas desta norma aplicam-se à resposta em curso e destacam as áreas que precisarão de tratamento intensivo numa situação de surto.

A resposta da comunidade a surtos

Nem sempre é prático responder a todos os componentes do abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene. Tenha como foco o risco imediato para a saúde pública e construa uma relação de confiança e de responsabilidade com as comunidades. Priorize respostas com base nos resultados epidemiológicos da avaliação dos fatores de risco; nos meios de transmissão (sobretudo além do fecal-oral); no impacto esperado de cada intervenção e nos recursos disponíveis.

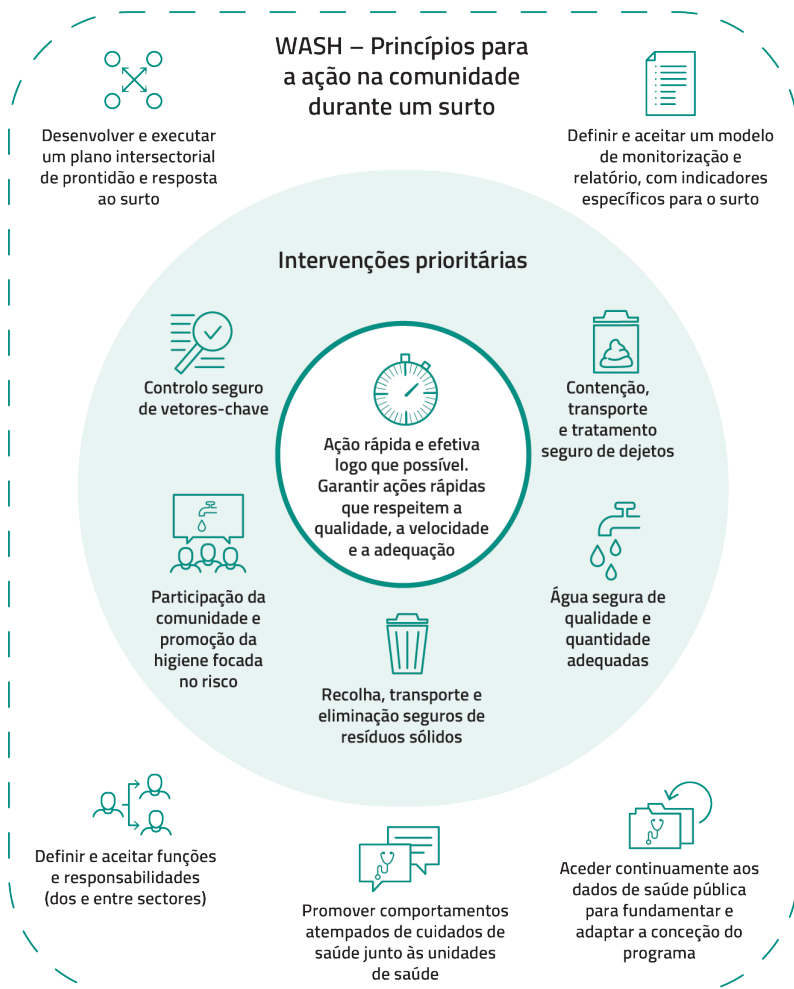
A participação da comunidade permanece como um componente primordial de uma resposta a surtos destinada a prevenir a propagação de doenças. As percepções e as crenças existentes na comunidade podem ajudar ou dificultar a resposta; assim, é importante compreendê-las e saber lidar com elas. Talvez seja necessário modificar alguns padrões sociais para impedir a transmissão da doença. Por exemplo: trabalhe com a comunidade para encontrar formas alternativas de cumprimento que substituam o aperto de mãos.

Incentive medidas de prevenção e de tratamento de doenças específicas dentro da comunidade afetada, como o uso de mosquiteiros para prevenir a malária ou a utilização de sais de reidratação oral e zinco (para crianças) em casos de diarreia.

Se os técnicos de proximidade da comunidade se dedicam ativamente a detectar casos ou desempenham tarefas relacionadas, devem receber formação. Integre todos os dados na atividade geral de investigação e resposta ao surto. É crucial para uma resposta em tempo útil fazer um rastreamento rápido da propagação do surto e a

quem afeta. A integração dos dados num sistema comum evita que sejam contabilizados em duplicado ou que áreas-chave sejam desconsideradas; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.4: Prontidão para surtos e resposta.*

Durante o surto de alguma doença, siga sempre as orientações técnicas atualizadas, pois as doenças emergentes terão riscos e impactos distintos. Há muitas orientações sobre a prevenção e o controlo de infeções (PCI) específicas, e estas devem ser seguidas como uma prioridade; ⊕ *ver Referências, a seguir.* Esta norma apresenta um mínimo de questões a serem consideradas e descreve a colaboração entre abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene e os setores de saúde. O diagrama seguinte dá uma visão geral das ações-chave WASH desenvolvidas com base na comunidade durante um surto. Para as ações de saúde, ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Doenças transmissíveis – Normas 2.1.1 a 2.1.4.*



WASH - princípios para a ação na comunidade durante um surto (Figura 4)

WASH em surtos de doenças e em ambientes de cuidados de saúde – Norma 6:

WASH em ambientes de saúde

Todos os ambientes de saúde mantêm as normas mínimas WASH para a prevenção e o controle de infecções, inclusive em surtos de doenças.

Ações-chave

- 1 Disponibilizar um abastecimento de água confiável, com quantidade e qualidade suficientes, e apropriado para um ambiente de saúde.
 - Armazenar água potável para consumo, no mínimo, por 48 h (0,5 mg/l de cloro residual livre) para assegurar um abastecimento constante.
 - **Surtos:** aumentar o volume de água e adaptar as soluções de cloro, de acordo com o tipo de doenças, riscos e necessidades.
- 2 Fornecer instalações suficientes de eliminação de dejetos para restringir a transmissão de doenças.
 - Fornecer cadeiras e baldes sanitários para pessoas com dificuldade de locomoção.
 - Limpar as instalações sanitárias (sanitas, chuveiros e área de lavagem) com água e detergente. Evitar o uso de detergentes fortes nas instalações sanitárias.
 - **Surtos:** providenciar instalações de eliminação de dejetos em cada área do ambiente de saúde.
 - **Surtos:** adaptar materiais e suprimentos para doenças específicas, como camas para cólera e baldes para dejetos ou vômitos.
 - **Surtos:** determinar medidas de precaução adicionais necessárias para limpeza, desativação e extração do lodo das instalações e dos equipamentos para dejetos.
- 3 Fornecer materiais e equipamentos de limpeza suficientes aos profissionais de saúde, aos doentes e aos visitantes para que mantenham a higiene.
 - Instalar pontos de lavagem das mãos em locais estratégicos com água limpa, sabão ou álcool-gel. Utilizar secador de mãos ou toalhas descartáveis.
 - **Surtos:** instalar pontos de lavagem das mãos em cada área.
 - **Surtos:** estabelecer práticas adicionais de higiene, como lavar ou borrifar os pés com cloro (dependendo da doença) e lavar as mãos antes de colocar ou remover equipamentos de proteção individual (EPI).
 - **Surtos:** fornecer aos doentes, antes de terem alta, artigos específicos de higiene e orientações sobre como utilizá-los.
- 4 Manter um ambiente limpo e higienizado.
 - Limpar diariamente o chão e as superfícies horizontais de trabalho com água e detergente.

- Limpar e desinfetar superfícies que possam estar contaminadas com solução de cloro a 0,2%.
- Limpar, desinfetar ou esterilizar os aparelhos médicos reutilizáveis, dependendo do risco, e antes de cada utilização.
- Desinfetar toda a roupa de cama com solução de cloro a 0,1% após ficar de molho, se visivelmente suja; esterilizar toda a roupa de cama das salas de cirurgia.
- **Surtos:** utilizar um desinfetante mais forte para a limpeza dos pavimentos e das superfícies contaminadas. Considerar métodos especiais para desinfetar as roupas.

5 Manusear, tratar e eliminar corretamente os resíduos.

- Separar os resíduos de saúde no local onde são gerados utilizando o método de três baldes.
- Treinar todos os profissionais de saúde na separação e gestão de resíduos.
- Fazer com que as equipas designadas utilizem EPI para recolher, tratar e eliminar resíduos (pelo menos luvas e botas).
- **Surtos:** aumentar as medidas de precaução no manuseamento de resíduos utilizando EPI completos de acordo com o tipo de doença.

6 Assegurar que todos os trabalhadores de saúde, doentes e cuidadores utilizem EPI apropriados.

- Fornecer EPI conforme o tipo de exposição e a categoria das precauções de isolamento.
- Treinar os trabalhadores de saúde, os doentes e outras pessoas da unidade para selecionar, utilizar e remover EPI.
- **Surtos:** analisar o tipo de exposição prevista e adaptar o EPI ao tipo de transmissão.

7 Cuidar e sepultar os mortos de maneira digna, culturalmente apropriada e segura, segundo as práticas de saúde pública.

- Levar em consideração as tradições locais, assim como a necessidade de identificação e da entrega dos falecidos às famílias.
- **Surtos:** identificar alternativas com a comunidade caso as práticas habituais não forem seguras.
- **Surtos:** formar e dar às equipas EPI adequados para realizar os enterros.



Indicadores-chave

Todos os profissionais de saúde lavam as mãos utilizando sabão ou álcool-gel antes e depois de cada contacto com os doentes

Todos os doentes e cuidadores lavam as mãos antes de manusear ou ingerir alimentos e após a utilização das instalações sanitárias

Todos os pontos de lavagem das mãos têm sabão ou álcool-gel (ou solução de cloro a 0,05% em surtos)

Número de pontos de lavagem das mãos

- Mínimo: um ponto para cada 10 doentes

Qualidade da água potável no ponto de fornecimento

- Mínimo: 0,5 a 1mg/l CRL

Quantidade de água potável disponível

- Mínimo: 5 L por ambulatório por dia
- Mínimo: 60 L por doente por dia em centros de tratamento de cólera
- Mínimo: 300 a 400 L por doente por dia em centros de tratamento de febre hemorrágica viral.

Número de sanitas acessíveis

- Mínimo: 4 em unidades de ambulatório (separados para homens, mulheres, crianças e profissionais de saúde)
- Mínimo: 1 para cada 20 doentes internados (separados para homens, mulheres, crianças e profissionais de saúde)

Notas de orientação

A prevenção e o controlo de infeções: a programação é essencial nos ambientes de saúde, incluindo ambulâncias e programas de saúde comunitária. É necessário elaborar diretrizes sobre padrões de precaução, medidas preventivas em função da transmissão e técnicas clínicas de assepsia. Contemple uma equipa dedicada ao controlo e à prevenção de infeções em cada ambiente e em cada formação para profissionais de saúde. As infeções associadas a cuidados de saúde e à resistência microbiana devem ser monitorizadas por meio de sistemas de vigilância sanitária. Os ambientes devem ter pessoal e carga de trabalho adequados; as camas devem ser ocupadas somente por um doente; os serviços de saúde devem ser prestados num ambiente seguro e apropriado, construído com infraestrutura de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH) e equipamentos suficientes para manter práticas seguras de higiene; ⊕ *ver Sistema de saúde – Normas 1.1 e 1.2.*

A quantidade e a qualidade da água: ao calcular a quantidade de água necessária, tenha como referência os valores do Apêndice 3 e ajuste-os conforme a situação; ⊕ *ver Apêndice 3: Quantidades mínimas de água.* As clínicas móveis devem procurar fornecer os mesmos padrões WASH que os estabelecidos para ambulatórios, inclusive acesso a instalações sanitárias e fontes de água potável. Assegure pelo menos um abastecimento (e armazenamento) de 48 h por unidade. Para surtos como ébola e cólera, o abastecimento deve ser de 72 h. Sobre os fundamentos dos programas comunitários WASH, ⊕ *ver Abastecimento de água – Normas 2.1 e 2.2.*

As seguintes soluções de cloro são necessárias para as diversas utilizações nos ambientes de saúde:

Solução de cloro	Atividades das unidades de saúde
0,05%	Lavar as mãos Lavar roupas (após a limpeza)
0,2% (cólera) 0,5% (ébola)	Secar superfícies horizontais de trabalho após limpeza (só para cólera) Limpar materiais, aventais, botas, utensílios de cozinha e pratos Enxaguar aparadeiras e baldes Limpar as superfícies contaminadas com fluidos corporais Preparar cadáveres (ébola)
2%	Preparar cadáveres (cólera) Adicionar a baldes de dejetos e vômitos (cólera)
1%	Solução-mãe para água clorada

A gestão de dejetos: ⊕ ver *Gestão de dejetos – Normas 3.1 a 3.3* para orientações gerais sobre gestão de dejetos e *Promoção da higiene – Norma 1.3: Higiene menstrual e incontinência*, para informações específicas sobre produtos.

Disponibilize instalações sanitárias adequadas do ponto de vista técnico e cultural, com sanitas em cabines fechadas e bem iluminadas e com espaço suficiente para os cuidadores ajudarem os doentes. Todas as instalações sanitárias (sanitas, chuveiros, área de lavagem) devem ser limpas com água e detergente. Evite utilizar desinfetantes fortes dentro das sanitas (principalmente para fossas sépticas), uma vez que interrompe os processos naturais de biodegradação de alguns agentes patogênicos.

Durante os surtos, adote precauções adicionais quando limpar, desativar ou extrair lodo dos equipamentos e das instalações de dejetos (utilize uma solução de cloro para a limpeza e o tratamento com cal viva ou cloro, por exemplo).

As águas cinzentas: no mínimo, elimine as águas cinzentas utilizando uma caixa de gordura e um poço de imersão. Assegure-se de que este seja vedado para evitar a manipulação pelo público.

Os resíduos de cuidados de saúde contêm organismos infecciosos, como os de VIH e de hepatite B, que também podem contaminar o solo e as fontes de água. Utilize pelo menos o método de três baldes para recolher e separar resíduos assim que sejam produzidos:



Categoria	Exemplo	Recipiente cor/rótulo
Resíduos em geral Não perigosos	Papel	Preto
Cortantes e perfurantes utilizados Perigosos, infetantes	Agulhas, bisturis, conjuntos de infusão, vidro partido, frascos vazios	Amarelo, rotulado "CORTANTES E PERFURANTES", estaque e à prova de perfuração
Não cortantes e perfurantes Perigosos, infetantes	Materiais contaminados com fluidos corporais, como cotonetes, curativos, suturas, culturas de laboratório	Amarelo, rotulado e estaque

Pode ser necessária uma outra separação para resíduos patológicos (tecido humano), farmacêuticos e químicos (reagentes laboratoriais). Recolha os resíduos separados

da área médica pelo menos uma vez ao dia, e imediatamente, se forem altamente infecciosos. Utilize um carrinho para transportar os resíduos por um trajeto fixo até às áreas indicadas com acesso restrito ao público. Os recipientes de resíduos, os carrinhos e as áreas de armazenamento devem ser desinfetados regularmente. Vacine contra a hepatite B e o tétano todas as pessoas que manipulam resíduos de saúde.

Trate e elimine os resíduos conforme as instalações disponíveis:

Categoria	Tratamento e eliminação
Geral	Reciclar, incinerar ou enterrar Aterro municipal
Materiais cortantes e perfurantes utilizados	Recipiente para recolha de materiais cortantes e perfurantes Encapsular e enterrar em aterros Incinerar (não os frascos) e depois enterrar em cova de cinzas (com cuidado, pois os materiais cortantes ainda podem ter as pontas)
Infetante (não cortante)	Cova (cobrir os resíduos com cal viva) Incinerar e depois enterrar em cova de cinzas Autoclave ou tratamento químico
Patológico	Depende de normas socioculturais: Covas (por exemplo, cova de placenta) ou cemitérios Cremação
Farmacêutico	Siga as diretrizes nacionais, se possível, ou devolva ao fornecedor. Encapsular e eliminar em aterro sanitário. Incineradores especiais (> 1.200 °C).
Resíduos químicos	Siga as diretrizes nacionais, se possível, ou devolva ao fornecedor. Pequenas quantidades podem ser incineradas ou encapsuladas. Tratar em estação de tratamento ou forno rotativo.

Os incineradores devem exceder 900 °C e ter câmaras duplas. Os de baixa qualidade produzem emissões tóxicas e poluentes do ar, além de não esterilizarem completamente. Todas as covas e incineradores devem ser construídos conforme as normas nacionais e internacionais vigentes e ser utilizados, mantidos e desativados com toda a segurança.

Os equipamentos de proteção individual (EPI) são obrigatórios em conformidade com os protocolos de prevenção e controlo de infeções e para assegurar que os doentes, as famílias e os funcionários não fiquem sujeitos a riscos adicionais.

Avalie o tipo de exposição prevista (respingo, aerossol, contacto ou toque) e a categoria das doenças contagiosas. Utilize equipamentos que sejam bem ajustados, duráveis e adequados (como os resistentes a fluidos ou à prova de fluidos).

Os EPI protegem os utilizadores da exposição ao sangue, a fluidos corporais, a secreções ou a dejetos. São compostos de: luvas para manipular material infeccioso; batas/aventais quando as roupas ou a pele exposta estão em contacto com material infeccioso; proteção facial, como máscaras, óculos ou protetor facial para proteger de respingos, gotículas ou aerossóis. Os EPI adicionais (ou EPI básico noutras situações)

podem também ter de ser usados a depender do tipo de transmissão da doença: por contacto (por exemplo, batas e luvas quando no ambiente do doente); por gotículas (máscaras cirúrgicas quando a uma distância menor do que 1 m do doente).

Coloque os EPI descartáveis nos contentores de lixo (como bidões de 220 L) na entrada da área de troca de roupa. Recolha e leve os contentores de lixo à área designada para a gestão dos resíduos. Coloque os EPI reutilizáveis, como óculos e luvas para tarefas pesadas, em contentores com uma solução de cloro a 0,5%. Limpe, lave, repare e armazene adequadamente os EPI.

Deve ser disponibilizada uma solução de cloro a 0,5% para lavar as mãos com luvas após cada passo do procedimento de tirar a roupa. Providencie um lavatório separado para lavar as mãos com solução de cloro a 0,05%, na etapa final do procedimento.

A gestão de cadáveres: identifique todos os cadáveres, promova um enterro seguro, digno e segundo a cultura das pessoas falecidas. Deixe as pessoas identificarem os seus familiares e conduzirem os funerais. Não colocar os corpos em valas comuns sem um funeral. Os enterros coletivos podem ser um obstáculo para a obtenção das certidões de óbito necessárias para fazer petições legais. Considere eventuais questões legais quando enterrar as vítimas de violência;  ver *Sistemas de saúde – Norma 1.1: Prestação de serviço de saúde*.

Podem ser necessárias, durante os surtos, precauções especiais como preparar o cadáver com solução de cloro, dependendo do agente patogénico e da sua transmissão. Os rituais para limpar e cuidar do cadáver podem aumentar a possibilidade de transmissão da doença, mas o desrespeito por sensibilidades culturais pode provocar a realização de enterros em segredo, os quais não são notificados.

Os profissionais de saúde e as equipas de enterro devem sempre utilizar EPI. Dê apoio psicossocial aos agentes funerários da comunidade. Trabalhe com os líderes comunitários para evitar o preconceito contra as pessoas que desempenham essa função.

A desativação: consulte a comunidade, as autoridades locais e os agentes humanitários para decidir como desativar um ambiente temporário de saúde durante uma resposta.



Apêndice 1

Lista de verificação para avaliação das necessidades iniciais de abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene (WASH)

Esta lista de perguntas é útil principalmente para analisar as necessidades, identificar os recursos e descrever as condições locais. Não inclui perguntas que identifiquem os recursos externos necessários para complementar aqueles disponíveis imediatamente e no local.

Geral

- Quantas pessoas estão infetadas e onde estão? Desagregue os dados por sexo, idade, deficiência e assim por diante.
- Quais os movimentos prováveis das pessoas? Quais são os fatores de segurança para as pessoas afetadas e para as possíveis respostas de socorro?
- Quais as doenças atuais, prevalentes ou prováveis relacionadas com WASH?
- Quais são as pessoas-chave para consultar ou contactar?
- Quais são as pessoas vulneráveis na população e por quê?
- Existe acesso igualitário a todas as instalações existentes, inclusive nos lugares públicos, nos centros de saúde e nas escolas?
- Quais os riscos específicos para a segurança das mulheres, meninas, meninos e homens e grupos de risco?
- A que práticas de água, saneamento e higiene a população estava habituada antes da crise?
- Quais as estruturas de poder formais e informais (por exemplo, líderes comunitários, anciãos, grupos de mulheres)?
- Como são tomadas as decisões em família e na comunidade?
- Há acesso a mercados locais? Que produtos e serviços essenciais de WASH eram acessíveis antes e durante a crise?
- As pessoas têm acesso a dinheiro e/ou a crédito?
- Há variações sazonais que possam restringir o acesso ou aumentar a procura de mão de obra durante o período de colheita, por exemplo?
- Com quem as autoridades-chave devem manter contacto e colaborar?
- Quais são os parceiros locais na área geográfica (como grupos da sociedade civil) que têm capacidade similar em WASH e interação com a comunidade?

A promoção da higiene

- A que práticas de água, saneamento e higiene as pessoas estavam habituadas antes da crise?
- Que práticas são prejudiciais à saúde, quem as adota e por quê?

- Que pessoas ainda conservam práticas positivas de higiene, o que as habilita e as motiva a fazer isso?
- Quais as vantagens e desvantagens das mudanças propostas nas práticas?
- Quais os canais de comunicação e divulgação formais e informais existentes (por exemplo: agentes comunitários de saúde, parteiras tradicionais, curandeiros tradicionais, clubes, cooperativas, igrejas e mesquitas)?
- Que tipo de acesso à comunicação social de massa há na região (por exemplo: rádio, televisão, vídeo, jornais)?
- Que organizações de comunicação social locais e/ou Organizações Não Governamentais (ONG) existem?
- Que segmentos da população podem e devem ser selecionados (por exemplo: mães, crianças, líderes comunitários, líderes religiosos)?
- Que tipo de sistema de sensibilização funcionaria neste contexto (por exemplo: voluntários, trabalhadores ou facilitadores de higiene comunitária, clubes de saúde da escola, comitês WASH para mobilização tanto imediata quanto a médio prazo)?
- Quais são as necessidades de aprendizagem da equipa de higiene e dos técnicos de proximidade comunitária?
- Que artigos não comestíveis estão disponíveis e quais os mais urgentes segundo as preferências e necessidades?
- Onde as pessoas acedem a mercados para comprar os artigos essenciais de higiene? O acesso (custo, diversidade, qualidade) mudou desde a crise?
- Como as famílias têm acesso aos artigos essenciais de higiene? Quem toma as decisões em relação a que artigos comprar e dar prioridade?
- Quão eficazes são as práticas de higiene nas unidades de saúde (particularmente em situações epidêmicas importantes)?
- Quais as necessidades e preferências das mulheres e das meninas para a higiene menstrual?
- Quais as necessidades e preferências das pessoas com incontinência?

O abastecimento de água

- Qual a fonte atual de fornecimento de água e quem são os atuais utilizadores?
- Que quantidade de água está disponível por pessoa por dia?
- Qual a frequência diária e semanal de disponibilidade do abastecimento de água?
- A água disponível na fonte é suficiente para as necessidades de todos os grupos a curto e a longo prazo?
- Os pontos de recolha de água estão perto o suficiente de onde as pessoas vivem? São seguros?
- O abastecimento atual de água é confiável? Quanto tempo durará?
- As pessoas têm recipientes de água suficientes de tamanho e tipo apropriados (para recolha e armazenamento)?
- A fonte de água está contaminada ou em risco de contaminação (microbiológica, química ou radiológica)?



- Há um sistema de tratamento de água? O tratamento é necessário?
- O tratamento é possível? Qual o tratamento necessário?
- A desinfecção é necessária? A comunidade tem problemas com a palatabilidade e a aceitação da água relacionados ao gosto e ao odor de cloro?
- Há fontes alternativas de água próximas?
- Quais as práticas e crenças tradicionais relativas à recolha, armazenamento e uso da água?
- Há obstáculos para utilizar as fontes disponíveis de abastecimento de água?
- É possível transferir a população caso as fontes de água sejam inadequadas?
- Quais são as alternativas se as fontes de água forem inadequadas?
- Existem crenças e práticas tradicionais relacionadas com a higiene? (por exemplo, durante o surto de cólera no Haiti a doença foi associada à cultura vodú). Algumas dessas crenças ou práticas são úteis ou prejudiciais?
- Quais são as questões-chave de higiene relacionadas ao abastecimento de água?
- As pessoas compram água? Se sim, onde, a que custo e para quê?
- Esse acesso (custo, qualidade, regularidade de fornecimento) mudou?
- As pessoas têm meios para utilizar a água com higiene?
- As áreas de banho, lavanderia e os pontos de água são bem drenados?
- As condições do solo são adequadas para a gestão local ou externa da água problemática oriunda dos pontos de água e das áreas de lavanderia e de banho? Foi realizado um teste de percolação do solo?
- Num contexto deslocamento rural, qual é a fonte usual de água para o gado?
- Haverá algum efeito ambiental devido à possível intervenção no abastecimento de água, na captação e no uso das fontes de água?
- Que outros utilizadores estão atualmente a utilizar as fontes de água? Há risco de conflito se as fontes forem utilizadas para novas populações?
- Que oportunidades existem para se colaborar com o setor privado e/ou público no fornecimento de água? Quais as dificuldades e as oportunidades que poderiam subsidiar as análises e as recomendações de resposta?
- Que tarefas de funcionamento e de manutenção são necessárias? Qual a capacidade de cumpri-las a curto e a longo prazo? Quem será responsável por elas?
- Há algum sistema ou mecanismo financeiro, implantado ou potencial, que possa cobrir os custos de funcionamento e de manutenção?
- Como a população de acolhimento tem acesso à água e se certifica de que a água seja potável no ponto de utilização?

A eliminação de dejetos

- O ambiente é livre de fezes?
- Se há defecação a céu aberto, há uma área designada?
- Há instalações? Em caso afirmativo, são utilizadas? São suficientes? Funcionam bem? Podem ser ampliadas ou adaptadas?
- As instalações são seguras e dignas? São iluminadas, equipadas com fechaduras e dispõem de divisórias para permitir privacidade? As pessoas podem ter acesso às instalações sanitárias durante o dia e a noite? Se à noite não, quais são as alternativas?

- Quais as práticas de gestão de dejetos que a população de acolhimento realmente adota?
- A prática usual da defecação é uma ameaça ao abastecimento de água (de superfície e subterrânea) ou a áreas habitacionais e ao meio ambiente em geral?
- Existem normas socioculturais a considerar no projeto das instalações sanitárias?
- As pessoas estão familiarizadas com o projeto, a construção e a utilização das instalações sanitárias?
- Quais os materiais locais disponíveis para a construção de instalações sanitárias?
- Há aceitação e prática de compostagem?
- A partir de que idade as crianças começam a utilizar a sanita?
- O que acontece com as fezes dos bebês e das crianças pequenas?
- Qual é a inclinação do terreno?
- Qual é o nível do lençol freático?
- As condições do solo são adequadas para a eliminação de dejetos no local?
- Os procedimentos habituais de eliminação de dejetos favorecem a presença de vetores?
- Existem produtos ou água disponível para limpeza anal? Como é que as pessoas normalmente eliminam esses produtos?
- As pessoas lavam as mãos após a defecação e antes de cozinhar e comer? Há água e sabão, ou outros produtos de limpeza disponíveis junto à sanita ou dentro de casa?
- Como é que as mulheres e as meninas lidam com a menstruação? Existem produtos apropriados ou instalações disponíveis para a higiene menstrual?
- Existem instalações específicas ou equipamentos disponíveis nas unidades médicas acessíveis às pessoas com deficiência, com VIH, com incontinência ou às pessoas sem mobilidade?
- Foram avaliadas questões ambientais como, por exemplo, a extração de matéria prima, como areia e brita para fins de construção e proteção do meio ambiente contra a matéria fecal?
- Existem trabalhadores qualificados na comunidade, tais como pedreiros ou carpinteiros, e trabalhadores não qualificados?
- Há quem faça esvaziamento das fossas ou há camiões de remoção de lodo? Em geral, os resíduos fecais recolhidos são eliminados de forma apropriada e segura?
- Qual é a estratégia adequada para a gestão de dejetos — inclusive contenção, esvaziamento, tratamento e eliminação?

As doenças transmitidas por vetores

- Quais são os riscos de doenças transmitidas por vetores e quão sérias são?
- Que padrões diários ou sazonais seguem os vetores locais em relação à reprodução, repouso e alimentação?
- Existem crenças e práticas tradicionais (por exemplo, a crença de que a água suja causa malária) relacionadas a vetores e a doenças transmitidas por vetores? Alguma dessas crenças ou práticas é útil ou prejudicial?



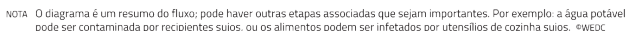
- Se os riscos de doenças transmitidas por vetores são altos, as pessoas de risco têm acesso à proteção individual?
- É possível fazer mudanças no ambiente local (especialmente, por exemplo, através da drenagem, da remoção de matagal, da eliminação de dejetos, da eliminação de resíduos sólidos) para inibir a proliferação de vetores?
- É necessário o controlo químico de vetores? Que programas, regulamentos e recursos existem em relação à utilização de produtos químicos para o controlo de vetores?
- Que informações e precauções relativas à segurança precisam ser fornecidas às famílias?

A gestão de resíduos sólidos

- Os resíduos sólidos acumulados são um problema?
- Como é que as pessoas eliminam os seus resíduos? Que tipo e quantidade de resíduos é produzida?
- Os resíduos sólidos podem ser eliminados no local ou precisam ser recolhidos e eliminados fora do mesmo?
- Qual é a prática corrente de eliminação dos resíduos sólidos das pessoas afetadas (por exemplo, fossa de compostagem e/ou lixo, sistema de recolha, lixeiras)?
- Há unidades e atividades médicas que produzem resíduos? Como é que são eliminados? Quem é o responsável?
- Onde é que são eliminados os materiais sanitários descartáveis (por exemplo, fraldas infantis, produtos de higiene menstrual e de incontinência)? O método de eliminação é discreto e eficaz?
- Qual é o efeito do método atual de eliminação de resíduos sólidos no meio ambiente?
- Qual é a capacidade de gestão de resíduos sólidos por parte dos setores privado e público?

O diagrama F: transmissão fecal-oral de doenças diarreicas

- As barreiras podem interromper a transmissão de doenças. Podem ser primárias (impedindo o contacto inicial com as fezes) ou secundárias (impedindo a ingestão por outra pessoa). As transmissões de doenças podem ser controladas por intervenções relativas à água, ao saneamento e à higiene.



151

Apêndice 3

Quantidades mínimas de água: índices de sobrevivência e quantificação das necessidades de água

Necessidades de sobrevivência: ingestão de água (beber e comer)	2,5 a 3 L por pessoa por dia (a depender do clima e da fisiologia individual)
Práticas básicas de higiene	2 a 6 L por pessoa por dia (a depender das normas sociais e culturais)
Necessidades básicas para cozinhar	3 a 6 L por pessoa por dia (a depender do tipo de alimento, normas sociais e culturais)
Centros de saúde e hospitais	5 L por doente em ambulatório 40 a 60 L por doente internado por dia 100 L por intervenção cirúrgica e parto Podem ser necessárias quantidades adicionais para equipamentos de lavanderia, descarga de sanitas, etc.
Centros de cólera	60 L por doente por dia 15 L por cuidador por dia
Centro de febre viral hemorrágica	300 a 400 L por doente por dia
Centros de alimentação terapêutica	30 L por doente internado por dia 15 L por cuidador por dia
Clínicas móveis com visitas não frequentes	1 L por doente por dia
Clínicas móveis com visitas frequentes	5 L por doente por dia
Pontos de reidratação oral (PROs)	10 L por doente por dia
Centros de recepção/trânsito	15 L por pessoa por dia, se a estadia for superior a 1 dia 3 L por pessoa por dia, se a estadia for apenas por 1 dia
Escolas	3 L por aluno por dia para beber e lavar as mãos (Uso em instalações sanitárias não incluído: ver Instalações sanitárias públicas, abaixo)
Mesquitas	2 a 5 L por pessoa por dia para lavar e beber
Instalações sanitárias públicas	1 a 2 L por utilizador por dia para lavar as mãos 2 a 8 L por cabine por dia para a limpeza das instalações
Todas as sanitas com descarga	20 a 40 L por utilizador por dia para sanitas com descarga convencional conectadas a um esgoto 3 a 5 L por utilizador por dia para sanitas com descarga simples
Lavagem anal	1 a 2 L por pessoa por dia
Pecuária	20 a 30 L por animal de grande ou médio porte por dia 5 L por animal pequeno por dia

Apêndice 4

Número mínimo de sanitas: em comunidades locais públicos e instituições

Lugar	Curto prazo	Médio e longo prazo
Comunidade	1 sanita para 50 pessoas (comunitária)	1 sanita para 20 pessoas (partilhada entre famílias) 1 sanita para 5 pessoas ou 1 família
Áreas de mercados	1 sanita para 50 bancas	1 sanita para 20 bancas
Centros médicos e hospitalares	1 sanita para 20 camas ou 50 doentes em ambulatório	1 sanita para 10 camas ou 20 doentes em ambulatório
Centros de alimentação	1 sanita para 50 adultos 1 sanita para 20 crianças	1 sanita para 20 adultos 1 sanita para 10 crianças
Centros de receção/ trânsito	1 sanita para 50 indivíduos 3:1 relação feminino/ masculino	
Escolas	1 sanita para 30 meninas 1 sanita para 60 meninos	1 sanita para 30 meninas 1 sanita para 60 meninos
Escritórios		1 sanita para 20 funcionários

Fonte: Adaptado de Harvey, Baghri and Reed (2002)

Nota: Quando o contexto permitir, providencie instalações sanitárias familiares partilhados ou, melhor ainda, instalações sanitárias domésticas desde o início, a fim de promover aceitação, sentimento de propriedade e intervenções de higiene culturalmente apropriadas.

Na comunidade deve-se adotar a mesma proporção de instalações para banho que aquela das sanitas, ou seja: 1 para 50 pessoas a curto prazo ou 1 para 20 pessoas a longo prazo.



Apêndice 5

Doenças relacionadas com a água e o saneamento

1. Classificação ambiental das infeções relacionadas com a água

Categoria	Infeção	Agente patogénico
1) Fecal-oral (transmitida pela água contaminada ou devido à falta de saneamento e de higiene adequados) a) Diarreias e disenterias	Disenteria amebiana Balantidíase Enterite por <i>Campylobacter</i> Cólera Criptosporidiose Diarreia por <i>E. coli</i> Giardíase Diarreia por rotavírus Salmonelose Shigelose Yersiniose	Protozoário Protozoário Bactéria Bactéria Protozoário Bactéria Protozoário Vírus Bactéria Bactéria Bactéria
b) Febres entéricas	Tifóide Paratifóide Poliomielite Hepatite A Leptospirose Ascaridíase Tricuríase	Bactéria Bactéria Vírus Vírus Spirochaete Helmintos Helmintos
2) Causada pela falta de saneamento e de higiene adequados a) Infeções cutâneas e oculares	Doenças infecciosas de pele Doenças infecciosas dos olhos	Diversos Diversos
b) Outros	Tifo transmitido pelo piolho Febre recorrente causada pelo piolho	Rickettsia Spirochaete
3) Causada pela água a) Penetração pela pele	Schistosomíase	Helmintos
b) Ingestão	Verme da Guiné Clonorquíase Difilobotríase Paragonimíase Outras	Helmintos Helmintos Helmintos Helmintos Helmintos
4) Insetos vetores relacionados com a água a) Picada perto da água	Doença do sono	Protozoário
b) Reprodução na água	Filariose Malária Cegueira do rio Vírus transmitidos por mosquitos Febre amarela Dengue Outros	Helmintos Protozoário Helmintos Vírus Vírus Vírus

Fonte: *Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Annex 5, page 675*

2. Classificação ambiental de infecções relacionadas com dejetos

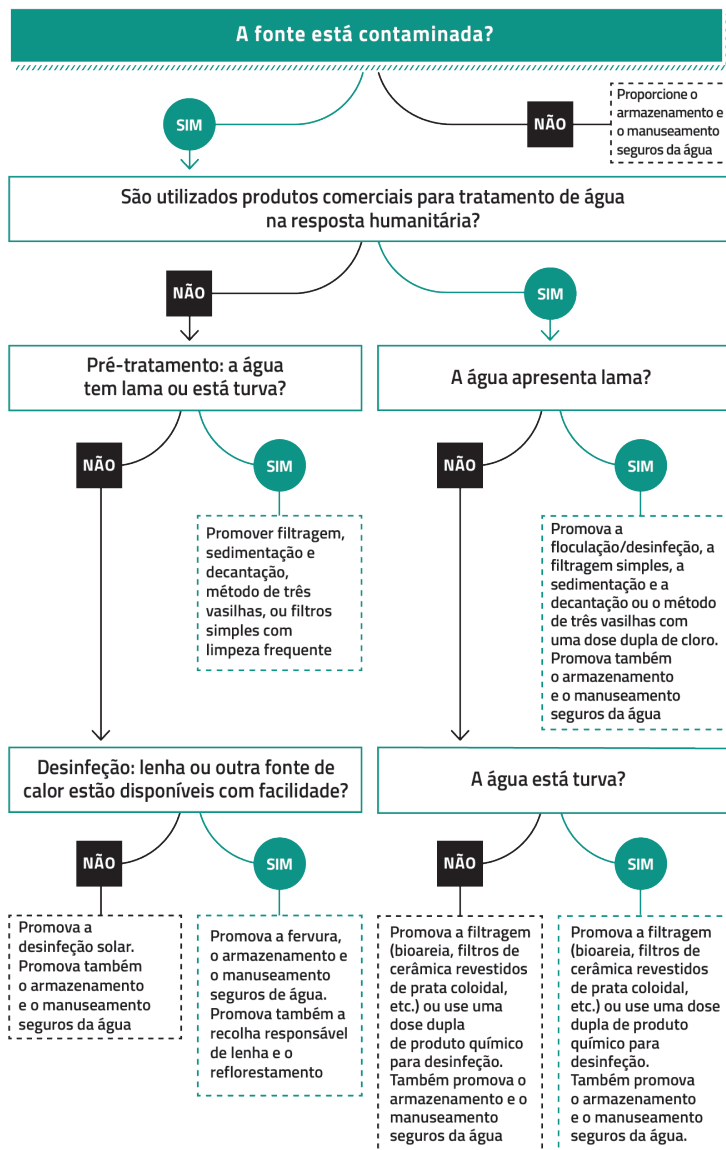
Categoria	Infecção	Agente patogénico	Mecanismos de transmissão predominantes	Principais medidas de controlo
1) Fecal-oral (não bacteriano) Não latente, grau de infecção baixo	Poliomielite Hepatite A Diarreia por rotavírus Disenteria amebiana Giardíase Balantidíase Enterobíase Himenolepiase	Vírus Vírus Vírus Protozoário Protozoário Protozoário Helmintos Helmintos	Contacto pessoa a pessoa Contaminação doméstica	Abastecimento doméstico de água Melhoria da habitação Fornecimento de instalações sanitárias Educação em saúde
2) Fecal-oral (bacteriano) Não latente, grau de infecção médio ou alto Moderadamente consistente e capaz de se multiplicar	Diarreias e disenteria Enterite <i>Campylobacter</i> Cólera Diarreia por <i>E. coli</i> Salmonelose Shigelose Yersiniose Febre entérica Tifóide Paratifóide	Bactéria Bactéria Bactéria Bactéria Bactéria Bactéria Bactéria Bactéria	Contacto pessoa a pessoa Contaminação doméstica Contaminação da água Contaminação das culturas	Abastecimento de água doméstica Melhoria da habitação Fornecimento de instalações sanitárias Tratamento de dejetos antes de reutilizar ou eliminar Educação em saúde
3) Helmintos transmitidos pelo solo Latente e persistente sem nenhum hospedeiro intermediário	Ascariíase (lombriga) Tricuríase(verme) Ancilóstomo Estrongiloidíase	Helmintos Helmintos Helmintos Helmintos	Contaminação do quintal Contaminação da terra em área de defecação comunitária Contaminação das culturas	Fornecimento de instalações sanitárias com pavimentos limpos Tratamento de dejetos antes da sua aplicação na terra
4) Ténias de carne bovina e suína Latente e persistente, sendo a vaca e o porco como hospedeiros intermediários	Tênia	Helmintos	Contaminação do quintal Contaminação do campo Contaminação da ração para animais	Fornecimento de instalações sanitárias Tratamento de dejetos antes da sua aplicação na terra Inspeção da carne e do seu preparo
5) Helmintos aquáticos Latente e persistente com hospedeiros aquáticos intermediários	Schistosomíase Clonorquíase Difilobotríase Paragonimíase	Helmintos Helmintos Helmintos	Contaminação da água	Fornecimento de instalações sanitárias Tratamento de dejetos antes da eliminação Controle de animais que albergam a infecção Cozedura



Categoria	Infeção	Agente patogénico	Mecanismos de transmissão predominantes	Principais medidas de controlo
6) Insetos vetores relacionados com dejetos	Filariose (transmitida por infeções dos mosquitos <i>Culex pipiens</i>) Infeções de categoria 1 a 4, especialmente I e II que podem ser transmitidas por moscas e baratas	Helmintos Diversos	Insetos que se reproduzem em vários lugares contaminados por fezes	Identificação e eliminação de possíveis focos de reprodução Uso de mosquiteiros

Apêndice 6

Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água



Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água (Figura 6)
 Fonte: Adaptado de IFRC (2008) Household water treatment and safe storage in emergencies manual

Referências e leitura complementar

Geral/Direito à água

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

Resolução 64/292 da Assembleia Geral das Nações Unidas. O Direito Humano à Água e Saneamento. 2010. <https://www.un.org>

Impacto de WASH na saúde

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367. <https://journals.plos.org>

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises.* LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." *Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67. <https://onlinelibrary.wiley.com>

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. "Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. "Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688. <https://www.researchgate.net>

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. "Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014. <https://www.researchgate.net>

Programação WASH eficaz

Jones, H., Wilbur, J., *Compêndio de Tecnologias de Wash Acessíveis.* WEDC, WaterAid e SHARE, 2014. <https://washmatters.wateraid.org>

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies* (2nd ed). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. <https://www.researchgate.net>

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. <https://www.humanitarianlibrary.org>

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

Proteção e WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services*. WaterAid/SHARE, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac>

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.refworld.org>

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility*. Loughborough University, UK, 2005. <https://repository.lboro.ac.uk>

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpa.org>

Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução. Rede Interinstitucional para Educação em Situação de Emergência [INEE], 2010. <https://inee.org>

Promoção da higiene/Mudança de comportamento

Curtis, V. Cairncross, S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81. <https://www.thelancet.com>

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review*. *Systematic Review* 36. International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. <https://www.3ieimpact.org>

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development*. ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. "Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16. <https://onlinelibrary.wiley.com>

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design*. WEDC, 2002. <http://www.unicefinemergencies.com>

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. <http://washcluster.net>

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Rabie, T. Curtis, V. "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67. <https://onlinelibrary.wiley.com>

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreifelbis, R. Cumming, O. "Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." *Trop Med Int Health*, 2017. <https://onlinelibrary.wiley.com>



Higiene menstrual

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners*. WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response*. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

Incontinência

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." *Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27. <https://iwaponline.com>

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. "Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" *Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. <https://www.researchgate.net>

Gestão de dejetos

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180. <https://www.cochranelibrary.com>

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." *Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49. <https://researchonline.lshtm.ac.uk>

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies*. German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018. <https://www.dora.lib4ri.ch>

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. <https://hsr.himmelfarb.gwu.edu>

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual*. An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Tratamento da água

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." *Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. <https://www.researchgate.net>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Point-of-use water treatment in emergencies." *Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012. <https://www.ircwash.org>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti"* *Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012. <https://www.researchgate.net>

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *"Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti"* *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016. <https://www.researchgate.net>

Qualidade da água

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. *"Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis"* *PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644. <https://journals.plos.org>

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review"* *PubMed*, 2015. <https://www.sciencedirect.com>

Controle de vetores

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2013. <https://www.who.int>

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations*. Oxfam GB, 1995. <https://policy-practice.oxfam.org>

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. <https://www.humanitarianresponse.info>

Gestão de resíduos sólidos

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. <https://www.unocha.org>

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

WASH em surtos de doenças

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *"Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research"* *Waterlines*, vol. 31, 2012. <https://www.researchgate.net>

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org



Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008.

<http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. <https://policy-practice.oxfam.org>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. "Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." *WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015. <https://apps.who.int>

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. <https://apps.who.int>

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. "The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017.

<https://policy-practice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. "Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." *Waterlines*, vol. 37, no. 1, pp. 5–30. <https://www.researchgate.net>

Prevenção e controle de infecções

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Gestão de Cadáveres após Desastres: Manual para as Equipes de Primeira Resposta no Terreno. OPAS, OMS, CICV, 2009. <https://www.icrc.org>

Guia de autoavaliação para a Higiene das Mãos. OMS, Hôpitaux Universitaire de Genève, 2011. <https://www.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Laundries for Newbies. MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Medical Waste Management. ICRC, 2011. <https://www.icrc.org>

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. <https://reliefweb.int>

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. <https://www.who.int>

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

WASH e Nutrição

Altmann, M. et al. "Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. <https://www.ajtmh.org>

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. <https://www.actionagainsthunger.org>

Null, C. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329. <https://www.sciencedirect.com>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH, dinheiro e mercados

CaLP CBA quality toolbox. <https://www.calpnetwork.org>

Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor acesse www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Leitura complementar

Geral/Direito à água

2,1 bilhões de pessoas não têm acesso a água potável em casa, e mais do dobro de pessoas não tem acesso a saneamento seguro. UNICEF, 2020. <https://www.unicef.org/angola/comunicados-de-imprensa/21-bilh%C3%B5es-de-pessoas-n%C3%A3o-t%C3%A3o-aceso-%C3%A1gua-pot%C3%A1vel-em-casa-e-mais-do-dobro>

The Right to Water: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Geral/Meio ambiente

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%20Guidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Programação WASH eficaz

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions. www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH e proteção

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability>

Promoção da higiene/Mudança de comportamento

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF France. 2013.

<https://www.actionagainsthunger.org/publication/2013/12/assisting-behaviour-change-theories-and-models-part-1> and https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_Manual_Assisting_Behaviour_Change_Part2_Dec13.pdf

Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. WHO, 2012.

www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en

Curtis, V. Schmidt, W. et al. "Hygiene: new hopes, new horizons." *Lancet Infect Dis*, vol. 11, 2011, pp. 312-21.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2810%2970224-3>



Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design*. WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676> or [http://www.unicef emergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicef emergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf)

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis*. Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights*. In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights

WASH guidelines for hygiene promotion in emergency operations. IFRC, 2017. <https://www.fsnnetwork.org/resource/wash-guidelines-hygiene-promotion-emergency-operations>

Higiene Menstrual

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts*. UNHCR Publication, 2016. <http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts>

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world*. WaterAid/SHARE, 2012. <https://www.wsscc.org/media/resources/menstrual-hygiene-matters-resource-improving-menstrual-hygiene-around-world>

Gestão de dejetos

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *"Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection."* *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Qualidade da água

Fewtrell, L. *"Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion."* *Environ Health Perspectives*, vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/>

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review."* *Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, pp. 333-43. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048969715000212?via%3Dihub>

Villanueva, C.M. et al. *"Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs."* *Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948022>

Controle de vetores

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. *"Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future."* *Insects*, vol. 7, no. 4, 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198200>

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. WHO, 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63504>

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual para Borrifação de Inseticida de Efeito Residual para Controle de Vetores. OMS, 2002. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=docum ent&layout=default&alias=768-manual-para-borrifacao-inseticida-8&category_slug=malaria-972&Itemid=965

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017.

Rozendaal, J.A. *Vector Control: Methods for use by individuals and communities.* WHO, 1997. https://www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en

Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology.* Fourth Edition. Arnold. London, 2002.

WASH em surtos de doenças

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. Oxfam, 2012. <https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172>

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. WHO/ UNICEF, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137181/WHO_%20EVD_WSH_14_eng.pdf?sequence=1

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. *"Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings."* *Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76–94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005587>

WASH e nutrição

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. *"Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?"* *Waterlines*, vol. 36, no. 4, 2017.

Luby, S. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial."* *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302–e315. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904>



WASH, dinheiro e mercados

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf



Segurança Alimentar e Nutrição



Carta
Humanitária



Princípios
de Proteção



Norma
Humanitária
Essencial



Segurança Alimentar e Nutrição

Avaliações	Gestão da desnutrição	Deficiência de micro-nutrientes	Alimentação de lactentes e crianças pequenas	Segurança alimentar	Ajuda alimentar	Meios de subsistência
NORMA 1.1 Avaliação da segurança alimentar	NORMA 2.1 Desnutrição aguda moderada	NORMA 3 Deficiência de micro-nutrientes	NORMA 4.1 Orientação e coordenação de políticas	NORMA 5 Segurança alimentar geral	NORMA 6.1 Necessidades nutricionais gerais	NORMA 7.1 Produção primária
NORMA 1.2 Avaliação nutricional	NORMA 2.2 Desnutrição aguda grave		NORMA 4.2 Apoio multisetorial alimentação de lactentes e de crianças pequenas em emergências		NORMA 6.2 Qualidade, adequação e aceitabilidade do alimento	NORMA 7.2 Rendimento e emprego
					NORMA 6.3 Seleção de beneficiários, distribuição e entrega	
					NORMA 6.4 Utilização do alimento	

- APÊNDICE 1** Lista de verificação para avaliação da segurança alimentar e dos meios de subsistência
- APÊNDICE 2** Lista de verificação para avaliação da segurança das sementes
- APÊNDICE 3** Lista de verificação de avaliação nutricional
- APÊNDICE 4** Medir a desnutrição aguda
- APÊNDICE 5** Medidas da importância das deficiências de micronutrientes para a saúde pública
- APÊNDICE 6** Necessidades nutricionais

Sumário

Conceitos essenciais relativos à segurança alimentar e nutrição	168
1. Avaliações da segurança alimentar e da nutrição.....	173
2. Gestão da desnutrição	181
3. Deficiência de micronutrientes	191
4. Alimentação de lactentes e de crianças pequenas.....	194
5. Segurança alimentar	203
6. Ajuda alimentar	207
7. Meios de subsistência	222
Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação da segurança alimentar e dos meios de subsistência.....	231
Apêndice 2: Lista de verificação para avaliação da segurança das sementes.....	233
Apêndice 3: Lista de verificação de avaliação nutricional	235
Apêndice 4: Medir a desnutrição aguda	237
Apêndice 5: Medidas da importância das deficiências de micronutrientes para a saúde pública	241
Apêndice 6: Necessidades nutricionais	244
Referências e leitura complementar	246



Conceitos essenciais relativos à segurança alimentar e nutrição

Toda a pessoa tem o direito de não passar fome e de ter uma alimentação adequada

As Normas Mínimas Esfera para segurança alimentar e nutrição, constituem uma expressão prática do direito a uma alimentação adequada em contextos humanitários. As normas estão fundamentadas nas crenças, nos princípios, nos direitos e deveres declarados na Carta Humanitária, os quais compreendem o direito à vida com dignidade, o direito à proteção e à segurança, bem como o direito de receber ajuda humanitária conforme a necessidade.

Para consultar uma lista dos principais documentos jurídicos e políticos que fundamentam a Carta Humanitária, incluindo comentários explicativos para os trabalhadores humanitário, [⊕ ver Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera](#).

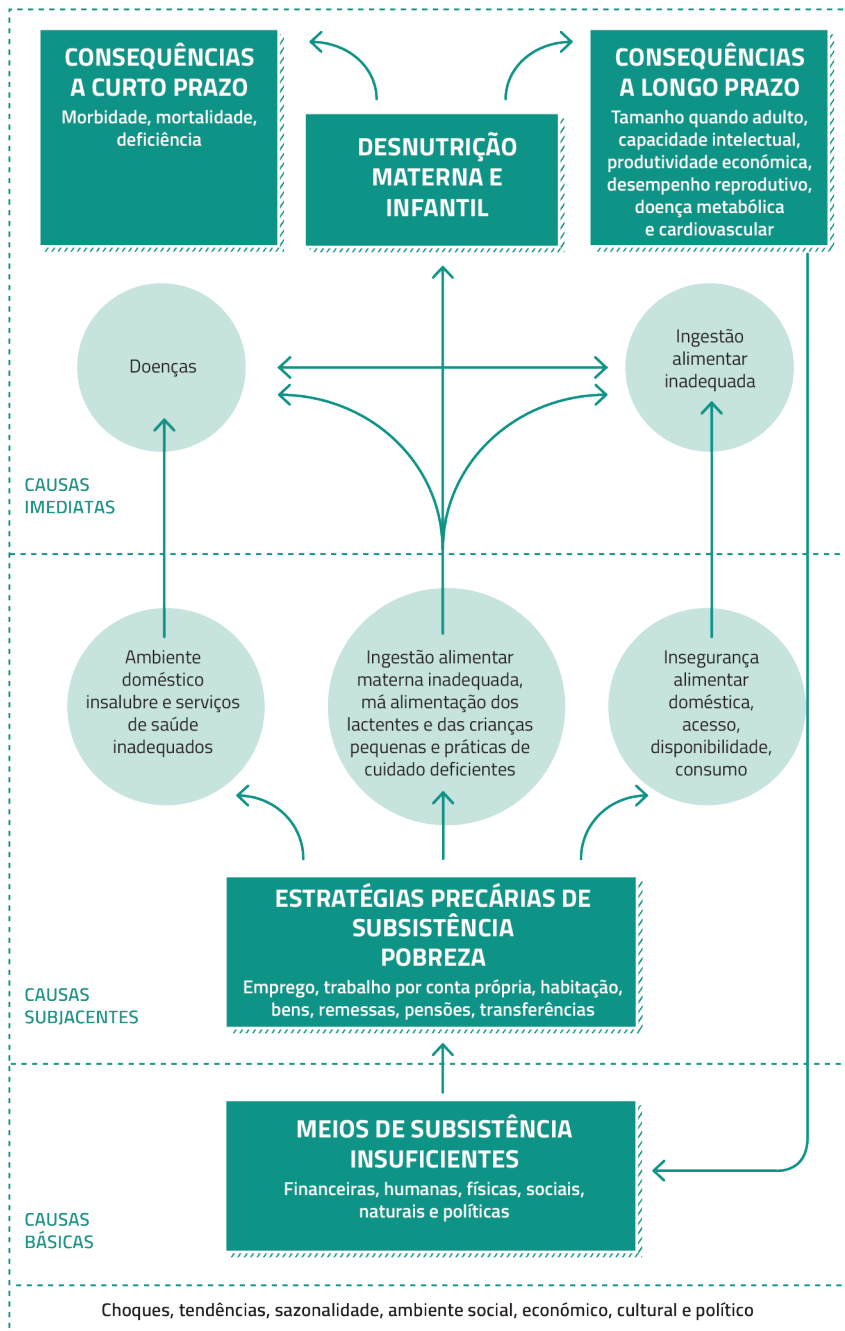
A subnutrição reduz a capacidade das pessoas se recuperarem após uma crise. Prejudica as funções cognitivas; reduz a imunidade às doenças; aumenta a suscetibilidade às doenças crônicas; limita as oportunidades de trabalhar pela subsistência e reduz a capacidade de participação na comunidade. A subnutrição compromete a resiliência e pode aumentar a dependência do apoio contínuo.

As causas da subnutrição são complexas

As causas imediatas da subnutrição são a ingestão inadequada de alimentos e as doenças recorrentes; [⊕ ver Figura 7](#). As causas subjacentes são a insegurança alimentar doméstica, as más práticas alimentares e de cuidados, um ambiente doméstico insalubre e cuidados inadequados com a saúde.

Essas causas subjacentes estão interligadas. Assim, ainda que a insegurança alimentar seja uma causa da subnutrição, é improvável que a prestação de ajuda alimentar leve a uma solução duradoura, a menos que se tratem de outras causas ao mesmo tempo. Numa abordagem coordenada, as respostas relativas à alimentação e à nutrição devem andar juntas com respostas WASH, com respostas referentes a alojamento e a assentamento, e à saúde. Por exemplo, as pessoas necessitam de quantidade e de qualidade adequadas de água para preparar alimentos nutritivos e para adotar práticas seguras de alimentação. O acesso a instalações de saneamento e de higiene reduz o risco de surtos de doenças; o acesso a alojamento adequado possibilita o uso de instalações para cozinhar e protege as pessoas de condições climáticas extremas, o que reduz ainda mais o risco de doenças. Quando se tem acesso a bons cuidados de saúde, é mais provável que se alcance uma melhor condição nutricional. Isso, por sua vez, aumenta a capacidade da pessoa procurar oportunidades de subsistência.

O controlo das causas subjacentes vai prevenir e reduzir a subnutrição. Para tanto, é fundamental que as pessoas mantenham os seus meios subsistência, pois isso aumenta a sua capacidade de gerir outras possíveis causas da subnutrição. As



Segurança alimentar e nutrição: causas da subnutrição (Figura 7)

ferramentas de trabalho incluem equipamento e maquinaria, matérias primas, terra, conhecimento e acesso aos mercados em funcionamento. As respostas de segurança alimentar e nutrição devem contribuir para proteger e desenvolver tais ferramentas, apoiando assim, diferentes estratégias de subsistência, haja ou não, taxas elevadas de desnutrição.

As mudanças sociais, económicas, culturais e políticas no ambiente após uma crise, afetarão as estratégias de enfrentamento da família e o acesso aos meios de subsistência ou os meios de subsistência já existentes. Estabilizar esses fatores externos contribuirá para o rendimento e, em última análise, reduzirá a exposição das pessoas às causas da desnutrição.

O trabalho em áreas urbanas apresenta desafios específicos

A crescente urbanização está a criar novos desafios ao setor da segurança alimentar e da nutrição. Os ambientes urbanos podem oferecer mais oportunidades de emprego e de criação de rendimento. No entanto, à medida que as populações urbanas crescem, também cresce a procura de habitação e de serviços naquelas áreas. Em muitos casos, as políticas e as estratégias existentes para o planeamento do uso da terra não conseguem atender à procura imprevista. O excesso de população, a poluição do ar, a má gestão dos resíduos e a falta de infraestrutura de saneamento nos bairros de lata, aumentam a possibilidade de se contraírem doenças agudas. Isso diminui a capacidade das pessoas aproveitarem as oportunidades de trabalhar pela subsistência, e não raro, desencadeia as causas subjacentes à subnutrição.

Alguns grupos são particularmente vulneráveis à subnutrição

O desenvolvimento de uma resposta alimentar adequada requer um entendimento completo das necessidades nutricionais próprias das mulheres grávidas e lactantes, de bebés e de crianças, de idosos e de pessoas com deficiência. Para melhorar a segurança alimentar nos agregados familiares, também é necessário um entendimento dos diferentes papéis que as pessoas desempenham. As mulheres, por exemplo, costumam ter uma maior participação no planeamento e na preparação dos alimentos para as suas famílias.

É importante desagregar os dados, pelo menos, por sexo, idade e deficiência. Esse procedimento mostra quem precisa de certo tipo de alimento e quem pode estar com falta de elementos nutricionais importantes. Desagregue do mesmo modo os dados da monitorização após a distribuição, para confirmar se as intervenções do programa estão a fornecer o acesso equitativo aos alimentos e a nutrição adequada e conveniente.

Prevenir a subnutrição é tão importante quanto tratar a desnutrição aguda. As intervenções para assegurar a segurança alimentar e a nutrição, podem determinar a condição da nutrição e da saúde a curto prazo, e a sobrevivência e o bem-estar a longo prazo.

As Normas Mínimas não devem ser aplicadas isoladamente

As Normas Mínimas deste capítulo refletem o conteúdo essencial do direito à alimentação e contribuem para uma progressiva concretização desse direito à escala mundial. O direito à alimentação adequada está relacionado com o direito à água, ao saneamento, à saúde e ao alojamento. O progresso no cumprimento

das Normas Mínimas Esfera numa área, influencia o progresso noutras áreas. Portanto, uma resposta efetiva requer coordenação e colaboração estreita com outros setores, com as autoridades locais e com outras agências de resposta humanitária. Isso ajuda a garantir que se atendam às necessidades, que não se dupliquem os esforços e que se otimize a qualidade das respostas à segurança alimentar e à nutrição. As referências cruzadas ao longo do Manual sugerem possíveis correspondências.

Por exemplo, se as necessidades nutricionais não estão a ser atendidas, a necessidade de WASH (abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene) é maior, pois aumenta a vulnerabilidade das pessoas às doenças. O mesmo se aplica às populações nas quais o VIH é prevalente ou nas quais há uma grande proporção de idosos ou de pessoas com deficiência. Nessas circunstâncias, os recursos de saúde também precisarão ser ajustados. Decida as prioridades com base nas informações partilhadas entre os setores e reveja-as à medida que a situação evoluir.

Quando as normas nacionais estiverem aquém das Normas Mínimas Esfera, as organizações humanitárias devem trabalhar com o governo para elevá-las progressivamente.

O Direito Internacional protege especificamente o direito à alimentação adequada

O direito a não passar fome e de ter uma alimentação adequada, é protegido pelo Direito Internacional. Isso requer um acesso físico e económico permanente a uma alimentação adequada. Os Estados são obrigados a assegurar esse direito quando os indivíduos ou grupos, inclusive os refugiados e as pessoas deslocadas internamente, não conseguem obter alimentos adequados, mesmo em situações de crise; ⊕ ver Anexo 1.

Os Estados podem solicitar ajuda internacional, caso os seus recursos sejam insuficientes. Ao fazê-lo, devem:

- respeitar o acesso existente a alimentos adequados e permitir o acesso contínuo;
- proteger o acesso das pessoas a alimentos adequados, assegurando que nenhuma organização ou indivíduo as prive de tal acesso;
- apoiar ativamente as pessoas, para lhes garantir os meios de subsistência e a segurança alimentar, fornecendo-lhes os recursos de que necessitam.

Negar alimentos adequados a civis como um método de guerra, é proibido pela Convenção de Genebra. Também é proibido atacar, destruir, retirar ou inutilizar cultivos, animais de criação, bens comestíveis, obras de irrigação, instalações e reservas de água potável, bem como áreas que produzem bens comestíveis.

No caso de ocupação, o Direito Internacional Humanitário obriga a potência ocupante a garantir alimentação adequada à população, inclusive importando suprimentos, caso aqueles existentes no território ocupado, sejam inadequados.

Os vínculos com os Princípios de Proteção e a Norma Humanitária Essencial

A ajuda alimentar e nutricional pode levar a sérias violações dos direitos se for mal utilizada, particularmente se for utilizada para a exploração ou para o abuso de



participantes do programa. Os programas devem ser concebidos com a população atingida e implementados de maneira que contribuam para a sua segurança, dignidade e integridade. É necessária uma gestão apropriada e uma supervisão rigorosa dos funcionários e dos recursos, bem como a estrita adesão a um código de conduta e a sua aplicação a todos os envolvidos na execução de programas de ajuda humanitária. Estabeleça mecanismos claros de *feedback* com a população afetada, e responda prontamente a quaisquer preocupações. Os trabalhadores humanitários devem receber formação em proteção infantil, e saber como utilizar os sistemas de encaminhamento em casos suspeitos de violência, de abuso ou de exploração, inclusive de crianças; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 5.*

A cooperação e a coordenação civil-militar (como, por exemplo, o apoio logístico) devem ser cuidadosamente avaliadas em todas as situações e especialmente em cenários de conflito; ⊕ *ver O que é Esfera e Princípios de Proteção.*

Ao aplicar-se as Normas Mínimas, os nove compromissos presentes na Norma Humanitária Essencial devem ser respeitados como base para que se forneça um programa de segurança alimentar e nutricional responsável.

1. Avaliações da segurança alimentar e da nutrição

As avaliações da segurança alimentar e da nutrição são necessárias do início ao fim de uma crise. Mostram de que maneira o contexto evolui e permitem que as respostas sejam ajustadas convenientemente. O ideal é que aconteçam ao mesmo tempo, já que ambas as avaliações identificam as barreiras à nutrição adequada, à disponibilidade, ao acesso e ao uso do alimento. Fazer avaliações conjuntas de segurança alimentar e de nutrição pode aumentar a eficácia dos gastos e vincular a nutrição ao planejamento da segurança alimentar.

As avaliações devem aderir aos princípios amplamente aceites, utilizar métodos aceites internacionalmente e serem imparciais, representativas e bem coordenadas entre as organizações humanitárias e os governos. Também devem ser complementares, consistentes e passíveis de comparação. As partes intervenientes devem concordar sobre a metodologia mais adequada, a qual deve incluir uma amostra transversal da população atingida, com particular atenção aos grupos de risco. As avaliações multissetoriais podem ajudar a avaliar as crises de grandes proporções e de extensas áreas geográficas.

O objetivo das avaliações da segurança alimentar e da nutrição pode ser:

- Compreender a situação, as necessidades atuais e como atendê-las;
- Estimar quantas pessoas precisam de ajuda;
- Identificar grupos de maior risco;
- Fornecer uma base de referência para monitorizar o impacto da resposta humanitária.

As avaliações podem ser realizadas em várias fases de uma crise. Por exemplo:

- Uma avaliação inicial dentro dos primeiros dois a três dias, para começar a imediata distribuição de ajuda alimentar;
- Uma rápida avaliação no prazo de duas a três semanas, com base em suposições e estimativas, para fornecer uma base para a conceção dos programas;
- Uma avaliação detalhada no prazo de três a doze meses, se a situação parecer que se está a deteriorar, ou se forem necessárias mais informações para desenvolver programas de recuperação.

As avaliações detalhadas da segurança alimentar identificam estratégias de subsistência, os recursos, e estratégias de enfrentamento. Essas avaliações levam em conta como é que esses elementos mudaram em resultado da crise e quais foram as suas consequências para a segurança alimentar doméstica. Uma avaliação detalhada deve identificar como melhor proteger e/ou promover essas estratégias de subsistência, de forma a alcançar a segurança alimentar.



As avaliações nutricionais detalhadas incluem a recolha e a análise de dados representativos, para estabelecer taxas de prevalência de desnutrição aguda, alimentação de bebês e de crianças pequenas e outras práticas de cuidados. Esses dados combinados, com a análise de outras causas subjacentes à desnutrição e com as avaliações de saúde e segurança alimentar, mostram uma análise causal da nutrição. Isto é útil no planeamento, na implementação e na monitorização dos programas de nutrição.

Os mercados têm um papel crucial na segurança alimentar e na nutrição, tanto nos ambientes urbanos quanto nos rurais. Todas as avaliações devem incluir uma análise de mercados que atenda ao *Minimum Standard for Market Analysis (MISMA)* e/ou aos padrões de Avaliação e Análise do *Minimum Economic Recovery Standard (MERS)*; ⊕ ver *A prestação de ajuda através dos mercados*.

As normas a seguir sobre avaliações da segurança alimentar e da nutrição baseiam-se no Compromisso 1 da Norma Humanitária Essencial, para conceber respostas adequadas de segurança alimentar e de nutrição para as pessoas atingidas; ⊕ ver *Apêndices 1, 2 e 3 e Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)* para listas de verificação de avaliações.

Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.1: Avaliação da segurança alimentar

Quando existem pessoas sob o risco de insegurança alimentar, realizam-se avaliações para determinar o seu grau e extensão, identificar as pessoas mais afetadas e definir a resposta mais adequada.

Ações-chave

- 1 Recolher e analisar as informações sobre a segurança alimentar na fase inicial e durante a crise.
 - Fazer uma análise de questões críticas relacionadas com a segurança alimentar, tais como degradação ambiental, segurança e acesso aos mercados.
- 2 Analisar o impacto da segurança alimentar na situação nutricional da população afetada.
 - Rever as causas subjacentes à subnutrição, inclusive cuidados inadequados, ambientes domésticos insalubres, falta de cuidados de saúde ou de acesso a sistemas de proteção social.
 - Recolher dados com mais frequência em contextos urbanos, onde a situação pode mudar mais rapidamente e pode ser mais difícil observá-la do que em contextos rurais.
- 3 Identificar possíveis respostas que podem ajudar a salvar vidas e a proteger e fomentar os meios de subsistência.
 - Incluir avaliações de mercado e as capacidades do governo e de outros agentes para atender às necessidades.

- 4 Analisar os recursos e os métodos disponíveis para cozinhar, inclusive o tipo de fogão, o combustível e a disponibilidade de panelas e outros utensílios.
- Analisar como as pessoas obtinham e guardavam a comida e o combustível para cozinhar antes da crise, qual era o seu rendimento e como lidam agora com a situação.
 - Prestar atenção aos direitos e às necessidades de proteção das mulheres e meninas, que costumam ser as responsáveis pela recolha do combustível e pela preparação do alimento.

Indicadores-chave

Utilizam-se protocolos padronizados para analisar a segurança alimentar, os meios de subsistência e as estratégias de enfrentamento

Porcentagem de relatórios analíticos que sintetizam as conclusões, incluindo a metodologia de avaliação e as limitações encontradas

Notas de orientação

Os dados anteriores à crise, combinados com os dados dos sistemas de informação geográfica, podem dar uma visão geral do possível impacto de uma crise. No entanto, é pouco provável que sejam desagregados o suficiente para permitirem uma imagem clara de uma situação urbana.

As fontes e as ferramentas de análise e os sistemas de informação: as fontes de informação incluem análises de plantações, imagens de satélites, avaliações dos agregados familiares, discussões de grupos temáticos e entrevistas com informadores-chave. O índice de consumo alimentar (*Food Consumption Score*), a escala da diversidade da dieta familiar (*Household Dietary Diversity Score*) e o índice reduzido de estratégias de enfrentamento (*Reduced Coping Strategies Index*), são ferramentas úteis para uma rápida avaliação da segurança alimentar doméstica. Há muitos sistemas locais e regionais de informação sobre segurança alimentar, inclusive sistemas de alerta precoce da fome. Utilize o *Quadro integrado de classificação da segurança alimentar* quando disponível, e os protocolos padronizados para classificar a severidade e as causas da insegurança alimentar aguda nas áreas de interesse. A conceção dos programas da segurança alimentar devem estar baseados numa análise clara da resposta, a partir dos resultados das avaliações.

A degradação do meio ambiente pode causar insegurança alimentar, e a insegurança alimentar pode levar à degradação ambiental. Por exemplo, a recolha de lenha e a produção tradicional de carvão, possibilitam cozinhar e gerar rendimento a partir da venda de comida preparada. No entanto, isso pode também resultar em desflorestação. As respostas devem proteger e apoiar a segurança alimentar, ao mesmo tempo que limitam o impacto ambiental negativo.

Os grupos de risco: desagregue os dados por sexo, idade, deficiência, poder aquisitivo e outros fatores pertinentes. As mulheres e os homens podem ter diferentes papéis complementares na obtenção do bem-estar nutricional doméstico. Consulte ambos



— separadamente se necessário — sobre práticas relacionadas com a segurança alimentar, a preparação dos alimentos e os recursos domésticos. Saiba que os idosos e as pessoas com deficiência podem ser excluídos da distribuição domiciliar da ajuda alimentar.

Inclua as meninas e os meninos, especialmente os de casas encabeçadas por menores, assim como as crianças separadas ou desacompanhadas, e as crianças com deficiência ou a viver sob modalidades alternativas de cuidados. Dê atenção às crianças em diferentes contextos da crise. Durante os surtos de doença transmissível, por exemplo, inclua as crianças que estão em centros de observação e em centros de cuidados provisórios e de tratamento. Em ambientes de conflito, inclua as crianças em centros de desmobilização.

Estratégias de enfrentamento: leve em conta os diferentes tipos de estratégias de enfrentamento, a sua eficácia e quaisquer efeitos negativos. Algumas estratégias de enfrentamento, como a venda da terra, a migração de famílias inteiras ou a desflorestação, podem prejudicar permanentemente a futura segurança alimentar. Algumas estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres, meninas e meninos, ou que lhes são impostas, podem trazer impactos à sua saúde, ao seu bem-estar psicológico e à sua integração social. Essas estratégias de enfrentamento incluem o sexo transacional ou “por sobrevivência”, o casamento das filhas em troca de dote, a discriminação das mulheres e das meninas — que comem por último e menos do que todos — o trabalho infantil, a migração arriscada, a venda e o tráfico de crianças.

Indicadores indiretos: o consumo de alimentos reflete a ingestão de energia e de nutrientes dos indivíduos nas famílias. Não é prático medir a ingestão real de energia e de nutrientes durante as avaliações iniciais, portanto utilize indicadores de representação. Por exemplo: o número de grupos de alimentos consumidos por um indivíduo ou família, e a frequência do consumo ao longo de um determinado período, refletem a diversidade da dieta. As mudanças no número de refeições diárias consumidas e o grau de diversidade da dieta são boas medidas de representação da segurança alimentar, especialmente quando correlacionadas com o status socioeconômico de uma família.

O *Household Dietary Diversity Score* (escala da diversidade da dieta familiar), a *Household Food Insecurity Access Scale* (escala de insegurança no acesso aos alimentos domésticos), e o *Food Consumption Score* (índice de consumo alimentar, são instrumentos para medir padrões de consumo de alimentos. O *Household Hunger Scale* (escala da fome doméstica) é outro bom indicador de representação da insegurança alimentar. Alguns indicadores comumente utilizados, como o índice do consumo alimentar, podem não refletir adequadamente a insegurança alimentar num contexto urbano. Faça a articulação das medidas selecionadas com as medidas de estratégia de enfrentamento, para entender os distintos obstáculos do acesso aos alimentos.

O *Food Expenditure Share* (participação na despesa com a alimentação) e os seus parâmetros, podem ser muito complexos para serem implementados em famílias

urbanas. Isto deve-se, a que várias pessoas podem ser responsáveis pelo cabaz de alimentos; membros da família podem consumir alimentos obtidos fora de casa; e várias pessoas podem contribuir para o rendimento familiar.

A análise dos mercados e o custo da alimentação: obtenha informações sobre o acesso aos mercados, ao capital financeiro, aos meios de subsistência e à vulnerabilidade económica. Esses elementos estão vinculados aos preços dos bens, às oportunidades de criação de rendimento e aos níveis salariais, os quais afetam a segurança alimentar. Os sistemas de mercado, formais e informais, podem proteger a subsistência fornecendo artigos produtivos, tais como as sementes e as ferramentas; ⊕ *ver Segurança alimentar e nutrição: meios de subsistência – Normas 7.1 e 7.2.*

Inclua uma análise de mercado como parte das avaliações iniciais e subsequentes do contexto. As análises de mercado devem aferir se os mercados locais podem fazer frente às necessidades nutricionais, estabelecer o custo mínimo e a viabilidade económica dos alimentos, que atendam às necessidades de nutrientes de uma família típica; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

Cada vez mais nas áreas rurais, e normalmente nas áreas urbanas, as respostas são baseadas nos mercados. Utilizam fornecedores, espaços de mercados, produtos alimentícios locais e serviços de transporte para atender às necessidades das pessoas atingidas. Portanto, é importante entender o acesso aos mercados para os grupos de risco; ⊕ *ver Minimum Standard for Market Analysis (MISMA).*

Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional

As avaliações nutricionais utilizam métodos aceites para identificar o tipo, o grau e a extensão da subnutrição, quem está sob maior risco e qual a resposta adequada.

Ações-chave

- 1 Compilar as informações anteriores à crise e realizar avaliações iniciais para estabelecer a natureza e a gravidade da situação nutricional.
 - Avaliar a capacidade nacional e local de liderar, ou apoiar uma resposta, assim como de outros agentes de nutrição.
- 2 Realizar uma triagem rápida da medida do perímetro braquial (PB) e avaliações da alimentação de lactentes e de crianças pequenas em emergências (IYCF-E, sigla em inglês) para estudar a situação nutricional no início da crise.
- 3 Identificar os grupos que têm maior necessidade de apoio nutricional.
 - Reunir informações sobre as causas da subnutrição a partir de fontes primárias ou secundárias, inclusive as percepções e as opiniões da comunidade.



- Interagir com as comunidades para identificar os grupos de risco, considerando a idade, o sexo, a deficiência, a doença crônica e outros fatores.
- 4 Determinar uma resposta adequada com base numa compreensão do contexto e da emergência.
- Determinar se a situação está estável ou em declínio, revendo as tendências da condição nutricional ao longo do tempo, e não a prevalência da desnutrição num momento específico.
- Considerar as opções tanto da prevenção quanto do tratamento.

Indicadores-chave

São utilizados protocolos padronizados para avaliar a desnutrição e identificar as suas causas

Percentagem de relatórios de avaliação que incluem a metodologia utilizada e as limitações encontradas

Notas de orientação

A informação contextual: informações sobre as causas da subnutrição, podem ser obtidas de fontes primárias e secundárias, incluindo perfis de saúde e de nutrição, relatórios de pesquisa, informações de alerta precoce, registos de unidades de saúde, relatórios de segurança alimentar e outras fontes, como por exemplo:

- Estudos demográficos de saúde;
- Análise de agrupamentos com múltiplos indicadores;
- Bancos de dados nacionais de informação nutricional;
- Outros estudos nacionais de saúde e nutrição;
- Sistemas nacionais de monitorização da nutrição;
- Taxas de admissão e de cobertura dos programas existentes para a gestão da desnutrição;
- Prevalência de VIH, dados de incidência e de mortalidade, inclusive grupos de maior risco ou que suportam maior sobrecarga; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: VIH.*

As próprias instituições e as comunidades locais devem contribuir ativamente para a análise, a interpretação dos resultados e o planeamento das respostas, sempre que possível.

A resposta rápida: na primeira fase de uma crise, as decisões sobre a distribuição geral de alimentos ou o tratamento imediato da desnutrição, devem basear-se numa rápida avaliação, nos resultados iniciais e na capacidade de resposta existente. Numa fase posterior, deve realizar-se uma análise profunda, mas sem atrasar a resposta na fase aguda.

O escopo da análise: devem realizar-se avaliações em profundidade quando forem identificadas lacunas nas informações e se forem necessárias informações adicionais para a conceção do programa, para medir resultados de programas ou para a defesa dos interesses humanitários. Determine se são necessárias avaliações

qualitativas ou quantitativas à escala populacional, para compreender a situação antropométrica, a situação de micronutrientes, a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas, as práticas de cuidados maternos e as possíveis determinantes da subnutrição associadas. Coordene-se com os setores de saúde, de WASH e da segurança alimentar para planejar e preparar as avaliações.

Os levantamentos antropométricos: são usados para examinar as proporções físicas do corpo e fornecer uma estimativa das taxas de desnutrição crônica e aguda. Podem basear-se numa amostragem aleatória ou numa triagem específica. Os levantamentos devem informar a pontuação Z do peso-por-altura, conforme os padrões da Organização Mundial de Saúde. Utilize as pontuações Z de peso-por-altura obtidos em relação à referência do Centro Nacional para Estatísticas de Saúde (NCHS) dos Estados Unidos, para comparar com levantamentos mais antigos. Inclua a emaciação e a emaciação grave, com base nos dados da medição do perímetro braquial (PB). A prática mais amplamente aceite é a de se avaliarem os níveis de desnutrição em crianças entre os 6 e os 59 meses de idade, como uma representação de toda a população. No entanto, quando há outros grupos que defrontam riscos nutricionais maiores, considere incluí-los na avaliação; ⊕ ver Apêndice 4: *Medir a desnutrição aguda*.

Estabeleça as taxas de edema da nutrição e registre-as separadamente. Registre intervalos de confiança para as taxas de desnutrição e demonstre a segurança da qualidade da pesquisa. Utilize ferramentas existentes, tais como, o manual de metodologia *Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART)*, *Standardised Expanded Nutrition Survey (SENS)* para populações refugiadas, o *software Emergency Nutrition Assessment* ou o *software Epi Info*.

As avaliações da alimentação dos lactentes e das crianças pequenas (IYCF-E, sigla em inglês): avalie as necessidades e as prioridades de IYCF-E e monitore o impacto da ação e da inação humanitária, sobre as práticas de alimentação dos lactentes e das crianças pequenas. Os dados anteriores à crise podem ser usados para instruir uma rápida tomada de decisões. Trabalhe com outros setores para incluir as questões de IYCF-E noutras avaliações setoriais e utilize os dados multissetoriais disponíveis para servir de base para a avaliação; ⊕ ver Apêndice 3: *Lista de verificação para avaliação nutricional*.

Inclua o número de conselheiros de amamentação disponíveis, de trabalhadores da saúde treinados e de outros serviços de apoio, bem como a capacidade destes. Para uma avaliação mais aprofundada, utilize uma amostragem aleatória, sistemática ou por grupos. Isso pode ser feito através de um estudo de IYCF-E independente, ou de um estudo integrado. No entanto, é possível que um estudo integrado, limite a amostra reduzindo a representatividade da mesma.

Outros indicadores: podem-se considerar, cuidadosamente, informações adicionais que sirvam de base à avaliação geral da situação nutricional. Entre estas, incluem-se as taxas de cobertura dos programas de imunização e de nutrição, especialmente sarampo, vitamina A, iodo ou deficiência de outros micronutrientes; a morbidade das doenças e os comportamentos saudáveis. Também podem ser consideradas as taxas brutas de mortalidade de lactentes e de crianças menores de 5 anos, com a causa da morte, quando disponível.



Interpretar os níveis de subnutrição: para decidir se os níveis de subnutrição precisam de intervenção, é necessária uma análise detalhada do tamanho e da densidade da população de referência, assim como das taxas de mortalidade e morbidade. Também é necessária informação sobre a situação de saúde, flutuações sazonais, indicadores de IYCF-E, níveis de subnutrição anteriores à crise, proporção de desnutrição aguda grave em relação à desnutrição aguda mundial e níveis de deficiência de micronutrientes; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.2.2: Gestão de doenças dos recém-nascidos e das crianças* e *Apêndice 5: Medidas da importância das deficiências de micronutrientes para a saúde pública*.

A forma mais eficaz, do ponto de vista econômico, de monitorizar tendências, pode ser através de uma combinação de sistemas de informações complementares. Pode ser conveniente utilizar modelos para a tomada de decisões e abordagens que levem em conta diferentes variáveis, tais como a segurança alimentar, os meios de subsistência, a saúde e a nutrição; ⊕ ver *Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.1: Avaliação da segurança alimentar*.

2. Gestão da desnutrição

Tanto a prevenção quanto o tratamento da desnutrição são elementos importantes a serem considerados durante as crises humanitárias. É possível evitar a desnutrição crônica, mas há pouca evidência de que possa ser revertida ou tratada. Por outro lado, a desnutrição aguda — que pode ser desencadeada durante uma crise — pode ser evitada e tratada através de respostas corretas de nutrição.

As respostas da nutrição são determinantes para reduzir a morbidade e a mortalidade em populações afetadas. No entanto, requerem a compreensão das causas complexas subjacentes à desnutrição. É essencial adotar-se uma abordagem multissetorial para lidar com todas as causas e as suas interações.

A gestão da desnutrição aguda moderada: durante uma crise, a alimentação suplementar é normalmente a principal estratégia para prevenir e tratar a desnutrição aguda moderada.

São comuns dois tipos de alimentação suplementar: os programas genéricos de prevenção e os programas seletivos no tratamento da desnutrição aguda moderada, e na prevenção da desnutrição aguda grave. A escolha de um ou outro, depende dos níveis de desnutrição aguda, dos grupos vulneráveis da população e do risco do aumento da desnutrição aguda.

Recomendam-se programas genéricos de alimentação suplementar, quando a insegurança alimentar é alta e há necessidade de expandir as intervenções, sem limitar aos casos de desnutrição aguda moderada. Esses programas devem ser acompanhados de distribuições gerais de alimento seletivamente dirigidas às famílias afetadas. Não há indicadores de impacto definidos nos programas genéricos de alimentação suplementar, mas é importante monitorizar a cobertura, a adesão, a aceitação e as rações fornecidas. Os indicadores para a gestão da desnutrição aguda moderada referem-se principalmente à alimentação suplementar seletiva.

O principal objetivo de um programa seletivo de alimentação suplementar, é evitar que as pessoas com desnutrição moderada se tornem severamente desnutridas, além de promover a sua reabilitação. Esse tipo de programa, geralmente proporciona um suplemento à alimentação diária habitual dos indivíduos moderadamente desnutridos, grávidas e lactantes, e outros indivíduos de risco.

A gestão da desnutrição aguda grave: são utilizados diversos métodos terapêuticos. Quando as condições o permitirem, o método preferido consiste na gestão comunitária da desnutrição aguda, a qual inclui:

- Hospitalização de pessoas com complicações médicas que apresentem desnutrição aguda grave;
- Hospitalização de todos os bebês com menos de 6 meses de idade que apresentem desnutrição aguda grave;



- Atendimento em ambulatório de pessoas com desnutrição aguda grave, mas sem complicações médicas;
- Divulgação do serviço na comunidade;
- Outros serviços ou programas específicos no contexto de indivíduos com desnutrição aguda moderada.

Os programas para tratar a desnutrição aguda grave devem ter o respaldo dos programas de alimentação suplementar, e da mobilização da comunidade para a sensibilização e o apoio na procura ativa de casos, no seu encaminhamento e acompanhamento.

Gestão da desnutrição – Norma 2.1: **Desnutrição aguda moderada**

A desnutrição aguda moderada é prevenida e controlada.

Ações-chave

- 1 Estabelecer, desde o início do programa, estratégias, objetivos e critérios claramente definidos e acordados para instaurar e concluir as intervenções.
- 2 Maximizar o acesso à cobertura de intervenções em desnutrição aguda moderada através da interação com a comunidade e da sua participação desde o início.
 - Trabalhar com as partes intervenientes da comunidade para identificar indivíduos e famílias vulneráveis.
- 3 Estabelecer protocolos de admissão e de baixa com base em critérios antropométricos aceites nacional e internacionalmente.
 - Especificar os critérios de baixa ao comunicar os indicadores de desempenho.
 - Investigar e agir nas causas de abandono do tratamento e de não resposta, ou perante um aumento de mortes.
- 4 Vincular a gestão da desnutrição aguda moderada à gestão da desnutrição aguda grave e aos serviços de saúde existentes.
- 5 Fornecer rações suplementares de alimento para levar para casa, sejam secas ou prontas para consumir, a menos que haja uma justificação clara para a alimentação no local.
 - Fornecer rações semanalmente ou a cada duas semanas. Levar em conta a composição e o tamanho das famílias, a segurança alimentar doméstica, e a probabilidade de partilha ao estabelecer o tamanho e a composição da ração.
 - Dar informações claras sobre como preparar e guardar a alimentação suplementar de modo higiénico e sobre como e quando consumi-la.

6 Priorizar a proteção, o apoio e o incentivo da amamentação, da alimentação complementar e da higiene.

- Dar informações claras sobre a importância para a saúde física e psicológica — tanto da mãe quanto da criança — acerca da amamentação exclusiva, no caso de crianças até 6 meses, e da amamentação continuada para crianças dos 6 aos 24 meses de idade.
- Admitir mães que amamentam bebês, com menos de 6 meses com desnutrição aguda, em programas de alimentação suplementar, independentemente da situação nutricional materna.

Indicadores-chave

Porcentagem da população beneficiária que pode aceder aos locais de distribuição de rações secas de alimentação suplementar, num dia de caminhada de ida e volta (incluindo o tempo de tratamento)

- >90%

Porcentagem da população beneficiária que pode aceder aos programas de alimentação no local, numa hora

- >90%

Porcentagem de casos de desnutrição aguda moderada com acesso a serviços de tratamento (cobertura)

- >50% em áreas rurais
- >70% em áreas urbanas
- >90% em acampamentos formais

Proporção de baixas nos programas seletivos de alimentação suplementar por morte, recuperação ou abandono do tratamento

- Morreram: <3%
- Recuperaram: >75%
- Abandonaram: <15%

Notas de orientação

A conceção do programa: conceba programas que se baseiem na capacidade do sistema de saúde existente e que o apoiem. Considere o acesso a unidades de saúde, a distribuição geográfica da população e a segurança. Mantenha vínculos com serviços terapêuticos hospitalares e de ambulatório, cuidados pré-natais, prevenção da malária, doenças infantis e respetiva triagem, tratamentos de VIH e tuberculose, e programas de segurança alimentar que incluam transferências de alimentos, dinheiro ou vales.

Os programas de alimentação suplementar não pretendem substituir a alimentação quotidiana, mas sim complementá-la. É essencial conceber programas como parte de uma abordagem multisetorial envolvendo serviços complementares do tipo



WASH, saúde, IYCF-E e distribuição de alimentos em geral. Analise a disponibilidade de alimento suplementar nos mercados nacionais e internacionais e, ao planejar o programa, considere possíveis limitações na distribuição; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

A prevenção ou o tratamento: adote uma abordagem genérica para prevenir a subnutrição, ou uma abordagem seletiva para tratá-la. A decisão dependerá dos seguintes fatores:

- Níveis de subnutrição aguda e número de pessoas afetadas;
- Risco de aumento da morbidade;
- Risco de redução da segurança alimentar;
- Deslocamento e densidade populacional;
- Capacidade de triar e monitorizar a população atingida, utilizando critérios antropométricos;
- Recursos disponíveis e acesso às pessoas afetadas.

A alimentação suplementar seletiva geralmente requer mais tempo e esforço para rastrear e monitorizar indivíduos com desnutrição aguda, mas também requer menor quantidade de recursos alimentares específicos. Uma estratégia genérica exige habitualmente menos experiência técnica dos funcionários, porém exige mais recursos alimentares específicos.

A mobilização comunitária eficaz: a mobilização e a participação comunitária irão melhorar o entendimento do programa por parte das pessoas e a sua provável eficácia. Trabalhe com a população beneficiária para decidir os locais onde estabelecer o programa. Leve em consideração os grupos de risco que podem encontrar dificuldade em aceder a esses locais. Partilhe informações claras e abrangentes sobre o apoio disponível, em idiomas acessíveis, utilizando múltiplos meios de partilha de informação, incluindo em formatos audiovisual e escrito.

A cobertura diz respeito ao número de indivíduos que estão a receber tratamento, em proporção ao número de pessoas que necessitam de tratamento. A cobertura pode ser afetada pelos seguintes fatores:

- Aceitabilidade do programa incluindo a sua localização e acessibilidade;
- Situação de segurança;
- Frequência das distribuições;
- Tempo de espera;
- Alcance da mobilização, visitas domiciliárias e triagem;
- Disponibilidade de funcionários de nutrição, masculinos e femininos;
- Alinhamento dos critérios de admissão e de cobertura;
- Capacidade dos cuidadores de identificar sinais de desnutrição.

As metodologias de avaliação da cobertura são dispendiosas e requerem funcionários especialmente formados. Se as pesquisas de cobertura não forem viáveis, procure orientação nacional ao decidir sobre métodos alternativos. Utilize os dados rotineiros dos programas, tais como triagens, encaminhamentos e admissões realizadas, para estimar a cobertura.

Talvez não seja necessário fazer avaliações regulares da cobertura, a menos que tenha havido mudanças significativas no contexto do programa, como movimentações da população, ou um novo produto de tratamento, ou um novo protocolo.

Os critérios de admissão devem ser coerentes com a orientação nacional e internacional. Os critérios de admissão para bebês com menos de 6 meses de idade e para grupos cuja condição antropométrica seja difícil de determinar, devem incluir a condição clínica e de amamentação; ⊕ ver Apêndice 4: *Medir a desnutrição aguda e Referências e leitura complementar*.

Os indivíduos VIH positivos (ou suspeitos de o ser) ou que tenham tuberculose ou outra doença crônica, não devem sofrer discriminação, e caso atendam aos critérios de admissão, devem ter acesso aos cuidados de saúde em igualdade de condições. Alguns indivíduos que não atendem aos critérios antropométricos de desnutrição aguda podem beneficiar de alimentação suplementar, por exemplo, pessoas com VIH, tuberculose ou outras doenças crônicas; as pessoas que tiveram alta de tratamentos, mas que precisam de apoio terapêutico para evitar reincidência; ou as pessoas com deficiência. Adapte os sistemas de monitorização e notificação se tais indivíduos não atendem aos critérios antropométricos.

As pessoas com VIH que não atendem aos critérios de admissão, geralmente precisam de apoio nutricional. É melhor oferecer tal apoio fora do contexto do tratamento da desnutrição aguda grave em crises. Ofereça a esses indivíduos e às suas famílias vários serviços, inclusive atendimento na comunidade e ao domicílio, centros de tratamento da tuberculose e programas de prevenção de transmissão mãe-filho.

Os critérios de baixa e a monitorização: o número de indivíduos aos quais foi dada baixa, inclui aqueles que recuperaram, morreram, abandonaram o tratamento ou não recuperaram. Os que foram encaminhados para os serviços complementares, como os serviços de saúde, não terminaram o tratamento e vão continuá-lo, ou retomá-lo mais tarde. Não inclua aqueles que são transferidos para outros lugares ou que não terminaram o tratamento.

Se ingressarem indivíduos num programa de nutrição, depois de terem tido alta dos cuidados terapêuticos, registe-os numa categoria separada, para evitar resultados tendenciosos. Se um indivíduo desenvolver sintomas de desnutrição aguda como resultado de outros fatores, tais como deficiência, fissura labial ou fenda palatina, ou ainda problemas cirúrgicos, inclua-o nos relatórios do programa. Investigue como o género pode influenciar o acesso ao tratamento, ao seu abandono e à sua recuperação.

Calcule estatísticas de baixa da seguinte forma:

- Percentagem de baixas por recuperação = $\frac{\text{número de indivíduos recuperados}}{\text{número total de baixas}} \times 100$
- Percentagem de baixas por óbito = $\frac{\text{número de mortes}}{\text{número total de baixas}} \times 100$
- Percentagem de baixas por abandono do tratamento = $\frac{\text{número dos que abandonaram}}{\text{número total de baixas}} \times 100$



- $\text{Percentagem de baixas sem recuperação} = \frac{\text{número de indivíduos não recuperados}}{\text{número total de baixas}} \times 100$

Para além dos indicadores acima enumerados, os sistemas de monitorização devem incluir:

- A participação da população;
- A aceitabilidade do programa (a taxa de abandono e de cobertura pode ser usada como uma medida de representação);
- A quantidade e a qualidade do alimento;
- A cobertura;
- As razões para transferências para outros programas (especialmente nos casos de crianças cuja situação nutricional está a deteriorar-se e a levar à desnutrição aguda grave);
- O número de indivíduos admitidos e em tratamento.

Leve em conta os fatores externos, tais como:

- Padrões de morbilidade;
- Níveis de subnutrição da população;
- Nível de insegurança alimentar das famílias e da população;
- Intervenções complementares disponíveis para a população (inclusive ajuda alimentar genérica ou programas equivalentes);
- Capacidade dos sistemas existentes para a prestação de serviços.

Os vínculos com o setor da saúde e com outros setores: os programas de alimentação suplementar, tanto os seletivos quanto os genéricos, podem ser usados como uma plataforma para prestar serviços complementares. Em muitas situações, um programa preventivo genérico de alimentação suplementar pode auxiliar uma resposta à crise. Pode, por exemplo, fornecer acesso à população beneficiária por meio de um registo de censo, da triagem da comunidade e do encaminhamento para a gestão de desnutrição aguda grave e moderada. O programa também pode permitir intervenções à sobrevivência infantil com:

- Anti-helmínticos;
- Suplementação de vitamina A;
- Ferro e ácido fólico combinados com a triagem da malária e o respetivo tratamento;
- Zinco para tratamento de diarreia;
- Imunizações.

⊕ *Ver Cuidados essenciais de saúde – Doenças transmissíveis – Normas 2.1.1 a 2.1.4 e Cuidados essenciais de saúde – Saúde da criança – Normas 2.2.1 e 2.2.2.*

As populações com elevados níveis de vulnerabilidade — como uma elevada prevalência de VIH — e as pessoas com dificuldade de locomoção ou de alimentação, podem precisar de programas adaptados para atender às suas necessidades. Isso pode incluir o ajuste na qualidade e na quantidade de ração suplementar de alimento;

⊕ *ver Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas – Norma 4.1.*

Gestão da desnutrição – Norma 2.2:

Desnutrição aguda grave

A desnutrição aguda grave tem tratamento.

Ações-chave

- 1 Estabelecer, desde o início do programa, estratégias, objetivos e critérios claramente definidos e acordados para instaurar e concluir as intervenções.
 - Incluir pessoal adequado, com capacidade, experiência e competência.
- 2 Incluir atendimento hospitalar, atendimento em ambulatório, elementos de encaminhamento e de mobilização da comunidade na gestão da desnutrição aguda grave.
- 3 Fornecer nutrição e cuidados de saúde conforme orientações reconhecidas nacional e internacionalmente para a gestão da desnutrição aguda grave.
- 4 Estabelecer critérios de baixa que adotem índices antropométricos, entre outros.
- 5 Investigar e atuar sobre as causas de abandono do tratamento e a falta de resposta ou aumento das mortes.
- 6 Proteger, apoiar e promover a amamentação, a alimentação complementar, a higiene e uma boa relação entre a mãe e a criança.
 - Dar informações claras sobre a importância para a saúde física e psicológica, tanto da mãe quanto da criança, da amamentação exclusiva, no caso de crianças até aos 6 meses de idade, e da amamentação continuada para crianças dos 6 aos 24 meses

Indicadores-chave

Porcentagem da população beneficiária que está a menos de um dia de caminhada de ida e volta (incluindo o tempo de tratamento) até ao lugar do programa

- >90% da população beneficiária

Porcentagem de casos de desnutrição aguda grave com acesso a serviços de tratamento (cobertura)

- >50% em áreas rurais
- >70% em áreas urbanas
- >90% num acampamento

Proporção de baixas de tratamento terapêutico por morte, recuperação ou abandono

- Morreram: <10%
- Recuperaram: >75%
- Abandonaram: <15%



Notas de orientação

Os componentes do programa: podem prestar-se cuidados hospitalares diretamente ou por intermédio de encaminhamentos. Os programas devem disponibilizar atendimento ambulatorio descentralizado para crianças sem complicações médicas. Os locais de atendimento em ambulatorio devem estar próximos da população beneficiária para reduzir os riscos e os custos associados a viagens com crianças pequenas, bem como o risco de um deslocamento maior; ⊕ *ver Saúde da criança – Norma 2.2.2: Gestão de doenças dos recém-nascidos e das crianças.*

Vincule os programas a outros serviços pertinentes, tais como:

- Alimentação suplementar;
- Redes de VIH e tuberculose;
- Reabilitação;
- Serviços primários de saúde;
- Programas de segurança alimentar, inclusive ajuda com alimentos ou dinheiro.

As metodologias de avaliação da cobertura são similares nos programas contra a desnutrição aguda grave e nos programas contra a desnutrição aguda moderada; ⊕ *ver Gestão da desnutrição – Norma 2.1: Desnutrição aguda moderada.*

Os critérios de admissão devem ser coerentes com a orientação nacional e internacional. Os critérios de admissão para crianças com menos de 6 meses, e para os grupos cuja situação antropométrica seja difícil de determinar, devem incluir a condição clínica e de amamentação; ⊕ *ver Apêndice 4: Medir a desnutrição aguda e Referências e leitura complementar.*

Os indivíduos VIH positivos (ou suspeitos de o ser) ou que tenham tuberculose ou outra doença crônica não devem sofrer discriminação, e caso atendam aos critérios de admissão, devem ter acesso aos cuidados de saúde em igualdade de condições. Alguns indivíduos que não atendem aos critérios antropométricos de desnutrição aguda, podem beneficiar de alimentação suplementar, por exemplo, pessoas com VIH, tuberculose ou outras doenças crônicas; pessoas que tiveram alta de tratamentos, mas precisam de apoio terapêutico para evitar a reincidência, ou pessoas com deficiência. Ajuste os sistemas de monitorização e de notificação, se tais indivíduos não atendem aos critérios antropométricos.

As pessoas com VIH que não atendem aos critérios de admissão, geralmente precisam de apoio nutricional. É melhor oferecer tal apoio fora do contexto do tratamento de desnutrição aguda grave em crises. Ofereça a esses indivíduos e às suas famílias vários serviços, inclusive atendimento na comunidade e ao domicílio, em centros de tratamento da tuberculose e em programas de prevenção da transmissão mãe-filho.

Os critérios de alta e de recuperação: os indivíduos que tiveram alta devem estar livres de complicações médicas. Além disso, devem ter recuperado o apetite e ter alcançado e mantido um ganho adequado de peso sem edema, que esteja relacionado com a nutrição (por exemplo, ao longo de duas pesagens consecutivas). Calcule separadamente o ganho médio de peso dos indivíduos com e sem edema

nutricional. A amamentação é especialmente importante nos bebês com menos de 6 meses, assim como em crianças dos 6 aos 24 meses. Os bebês que não estão a ser amamentados precisarão de um rigoroso acompanhamento. Siga fielmente os critérios de alta para evitar os riscos associados a uma alta prematura.

As diretrizes para a gestão da desnutrição aguda na comunidade, especificam o tempo médio de permanência para o tratamento e têm como objetivo reduzir os períodos de recuperação. Siga cuidadosamente as diretrizes nacionais existentes ao calcular o tempo médio de permanência, pois estas dependem do contexto. O VIH, a tuberculose e outras condições crônicas, podem ter como resultado que alguns indivíduos desnutridos não respondam ao tratamento. Nestes casos, trabalhe com os serviços de saúde e com outros serviços de apoio social e comunitário, para identificar opções de tratamento de longo prazo; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: VIH.*

Os indicadores de desempenho para a gestão da desnutrição aguda grave: a população de indivíduos que receberam baixa da desnutrição aguda grave, é composta por aqueles que recuperaram, morreram, abandonaram o tratamento ou não se recuperaram; ⊕ *ver Notas de orientação para Gestão da desnutrição – Norma 2.1: Desnutrição aguda moderada.*

Os indicadores de desempenho para a gestão da desnutrição aguda grave, devem combinar os resultados do atendimento hospitalar e em ambulatório, dos pacientes transferidos de um atendimento para o outro, sem duplicação da contagem. Se isso não for possível, ajuste a interpretação dos resultados. Por exemplo, deve-se esperar um melhor desempenho dos programas quando estiverem a dispor apenas do atendimento em ambulatório. Quando estiverem a dispor apenas do atendimento hospitalar, os programas, devem procurar atingir os resultados descritos para o atendimento combinado.

Os indivíduos encaminhados para outros serviços, como os de saúde, não terminam o tratamento. Ao avaliar o desempenho do tratamento em ambulatório, informe as transferências para o atendimento hospitalar, de modo a retratar com precisão o desempenho do programa.

Os indicadores de desempenho não consideram a complexidade clínica do VIH. Esta complexidade afeta as taxas de mortalidade. Nessas situações, a interpretação do desempenho do programa deve levar isso em consideração.



Ao monitorizar o desempenho, examine, além dos indicadores de baixa, os dados de novas admissões desagregados por sexo, idade e deficiência, assim como o número de crianças em tratamento e as taxas de cobertura. Investigue e documente a proporção e as causas de readmissão, deterioração do estado clínico, abandono do tratamento e a falta de resposta continuada. Adapte a definição desses casos às diretrizes em uso.

As contribuições no campo da saúde: todos os programas contra a desnutrição aguda grave devem incluir tratamentos sistemáticos conforme a orientação nacional e internacional. É essencial que disponham de mecanismos eficazes de encaminhamento para a gestão de doenças subjacentes, como a tuberculose e o VIH. Em áreas

de elevada prevalência de VIH, os programas contra a desnutrição devem levar em consideração as intervenções que procurem evitar a transmissão do vírus do VIH, e que apoiem a sobrevivência materna e infantil. Em contextos em que a infecção pelo VIH é comum (prevalência de VIH maior do que 1%), teste as crianças com desnutrição, para verificar o seu estado em relação ao VIH e para determinar se há necessidade de tratamento antirretroviral.

O apoio à amamentação: as mães dos bebês hospitalizados necessitam de apoio especializado na amamentação, como parte da reabilitação nutricional e da recuperação. Isto é especialmente importante no caso das crianças com menos de 6 meses de idade e nas mães com deficiência. Dedique tempo e recursos suficientes, tais como uma área privada destinada à amamentação, para direcionar a assistência profissional e permitir o apoio mútuo entre as mães. As que estão a amamentar os bebês com menos de 6 meses de idade com desnutrição grave, devem receber uma ração suplementar de alimentos, independentemente da sua condição nutricional. Caso essas mães atendam aos critérios antropométricos de desnutrição aguda grave, admita-as para tratamento.

O suporte psicossocial: durante o período de reabilitação das crianças com desnutrição aguda grave, a estimulação emocional e física através do brincar é importante, e promove o apego e o sentimento materno positivos. Quem cuida dessas crianças geralmente precisa de apoio social e psicossocial para levá-las para o tratamento. Algumas mães também podem precisar de ajuda para aceder aos serviços de cuidados de saúde mental para a depressão perinatal, o que pode ser alcançado através de programas de intervenção. Os programas devem enfatizar a importância do estímulo e da interação, ao tratar e prevenir uma futura deficiência com comprometimento cognitivo nas crianças. Facilite as condições para que todas as pessoas que cuidam de crianças gravemente desnutridas, alimentem e atendam as suas crianças durante o tratamento. Faça recomendações e demonstrações, e dê-lhes informações sobre saúde e nutrição. Observe o impacto do tratamento nos cuidadores, nos irmãos e nas irmãs para garantir que prestem cuidados infantis adequados, que se evite a separação das famílias, que se minimize a angústia psicossocial e que se maximize a adesão ao tratamento.

Os vínculos com os outros agentes: coordene-se com outros parceiros que atuam no setor da proteção à infância e na violência de gênero para estabelecer vias de encaminhamento e protocolos de partilha de informações. Forme os funcionários que trabalham com nutrição, para que possam fazer um encaminhamento acolhedor e confidencial dos cuidadores de crianças expostas à violência, à exploração ou ao abuso físico, sexual ou emocional.

3. Deficiência de Micronutrientes

A deficiência de micronutrientes é um entrave ao desenvolvimento socioeconômico em muitos países. Esta tem grande impacto na saúde das pessoas, assim como na sua capacidade de aprendizagem e de produtividade. Essa deficiência contribui para um círculo vicioso da desnutrição, subdesenvolvimento e pobreza, afetando grupos que já eram desfavorecidos.

Em muitos contextos, a deficiência de micronutrientes é difícil de identificar. Se, por um lado, os sinais clínicos das deficiências graves, podem ser diagnosticados facilmente, por outro lado, são as deficiências subclínicas as que mais sobrecarregam a saúde e a sobrevivência das populações. Parta do princípio de que uma crise vai piorar qualquer deficiência de micronutrientes já existente numa população. Enfrente essas deficiências através de intervenções em toda a população e com tratamentos individuais.

Existem três abordagens para controlar as deficiências de micronutrientes:

- **Suplementação:** geralmente, a forma mais rápida de controlar problemas de micronutrientes dos indivíduos ou de subgrupos selecionados, e de beneficiários na população, consiste em fornecer esses micronutrientes de muito fácil absorção. Exemplos disso são os programas de suplementação contra a anemia através da suplementação de ferro, a suplementação de ácido fólico a mulheres grávidas, e a suplementação de vitamina A às crianças com menos de cinco anos.
- **Enriquecimento:** enriquecer os produtos alimentícios com micronutrientes pode ser uma estratégia eficaz para controlar esta deficiência. Exemplos disso incluem o sal iodado, suplementos de micronutrientes em pó ou óleo vegetal enriquecido com vitamina A.
- **Abordagens baseadas em alimentos:** as vitaminas e os minerais necessários para prevenir a deficiência de micronutrientes estão presentes em diversos alimentos. As políticas e os programas devem procurar melhorar o consumo, durante todo o ano, com alimentos seguros e ricos em micronutrientes com variedade, quantidade e qualidade adequadas.

Embora todas as três abordagens sejam usadas numa crise, a mais comum e mais amplamente utilizada é a suplementação.



Deficiência de micronutrientes – Norma 3: Deficiência de micronutrientes

As deficiências em micronutrientes corrigem-se.

Ações-chave

- 1 Recolher informações sobre a situação anterior à crise para determinar as deficiências mais comuns em micronutrientes.

- 2 Formar profissionais de saúde na identificação e no tratamento da deficiência em micronutrientes.
- 3 Estabelecer os procedimentos para responder aos riscos de deficiência em micronutrientes.
- 4 Vincular as respostas de micronutrientes às respostas da saúde pública, para reduzir as doenças normalmente associadas às crises, tais como a vitamina A para tratar o sarampo e o zinco para tratar a diarreia.

Indicadores-chave

A inexistência de casos de escorbuto, pelagra, beribéri ou deficiência de riboflavina

- ⊕ Ver Apêndice 5: *Medidas da importância das deficiências de micronutrientes para a saúde pública*, para uma definição da relevância para a saúde pública por grupo de idade e na população total.
- Utilize indicadores nacionais ou específicos do contexto, quando os houver.

As taxas de xeroftalmia, anemia e deficiência de iodo não são significativas para a saúde pública

- ⊕ Ver Apêndice 5: *Medidas da importância das deficiências de micronutrientes para a saúde pública*. Para uma definição da relevância para a saúde pública por grupo de idade e na população total.
- Utilize os indicadores nacionais ou específicos do contexto, quando os houver.

Notas de orientação

O diagnóstico da deficiência clínica de micronutrientes: a deficiência clínica de micronutrientes, deve ser sempre diagnosticada por uma equipa médica qualificada. Quando os indicadores clínicos dessa deficiência estiverem incorporados nos sistemas de monitorização da saúde ou da nutrição, forme a equipa para realizar uma avaliação básica e encaminhar os casos correspondentes. As definições de casos são problemáticas; em crises, determine-as através da resposta à suplementação.

As deficiências subclínicas de micronutrientes são aquelas que não são graves o suficiente para apresentarem sintomas prontamente identificáveis. No entanto, essas podem ter consequências adversas para a saúde. A identificação requer exame bioquímico especializado. Uma exceção é a anemia, para a qual existe um teste básico, fácil de ser feito em campo.

Os indicadores indiretos podem ser usados para avaliar o risco de deficiência em micronutrientes, e determinar quando algum suplemento, ou uma ingestão alimentar melhorada pode ser necessária. A avaliação indireta consiste em estimar a ingestão de nutrientes pela população e reduzir o risco de deficiência. Para isso, reveja os dados disponíveis sobre o acesso, a disponibilidade e a utilização dos alimentos e avalie a adequação da ração alimentar.

A prevenção: as estratégias para a prevenção da deficiência de micronutrientes são tratadas na secção 6, a seguir (⊕ ver *Ajuda alimentar – Norma 6.1: Necessidades nutricionais gerais*). O controlo de doenças é determinante para prevenir a deficiência de micronutrientes. A infeção respiratória aguda, o sarampo e as infeções parasitárias como a malária e a diarreia, são exemplos de doenças que esgotam as reservas de micronutrientes. A preparação para o tratamento, incluirá o desenvolvimento de definições de casos e diretrizes para o tratamento, bem como de sistemas para a deteção ativa dos casos; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde – Saúde da criança – Normas 2.2.1 e 2.2.2*.

O tratamento da deficiência de micronutrientes: a deteção dos casos e o tratamento devem ocorrer dentro do sistema de saúde e no contexto dos programas de alimentação. Quando as taxas de deficiência de micronutrientes excedem os parâmetros da saúde pública, pode ser adequado optar pelo tratamento geral da população com suplementos. O escorbuto (deficiência de vitamina C), a pelagra (deficiência de niacina), o beribéri (deficiência de tiamina) e a arriboflavinose (deficiência de riboflavina), são as doenças mais comumente observadas que resultam da deficiência de micronutrientes; ⊕ ver *Apêndice 5: Medidas da importância da deficiência de micronutrientes para a saúde pública*.

As medidas de saúde pública para controlar a deficiência de micronutrientes incluem:

- Fornecer suplementação de vitamina A juntamente com a vacinação de crianças entre os 6 e os 59 meses de idade;
- Desparasitar todas as crianças entre os 12 e os 59 meses de idade;
- Adicionar ao cabaz alimentar sal iodado e outros produtos enriquecidos, como óleo vegetal enriquecido com vitamina A e D, e fornecer micronutrientes em pó ou suplementos de óleo iodado;
- Fornecer produtos com múltiplos micronutrientes, inclusive ferro para crianças dos 6 aos 59 meses;
- Fornecer diariamente suplementos com múltiplos micronutrientes, inclusive ferro e ácido fólico para as mulheres grávidas e as lactantes.

Se os produtos com múltiplos micronutrientes, inclusive ferro, não estão disponíveis, forneça suplementos de ferro e de ácido fólico diariamente às mulheres grávidas, e àquelas que tenham dado à luz nos últimos 45 dias.

Utilize indicadores indiretos desagregados por sexo, para avaliar o risco de deficiência de micronutrientes na população afetada e para determinar a necessidade de ingestão alimentar diária melhorada, ou a utilização de suplementos. Por exemplo, os indicadores indiretos da deficiência em vitamina A, podem ser o baixo peso ao nascer, o emaciamento ou o atraso de crescimento; ⊕ ver *Avaliações da segurança alimentar e nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional*.



4. Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas

O apoio adequado e prestado em tempo útil à alimentação dos lactentes e das crianças pequenas em emergências (IYCF-E, sigla em inglês), salva vidas e protege a nutrição, a saúde e o desenvolvimento das crianças. As práticas inadequadas de alimentação dos lactentes e das crianças pequenas aumentam a vulnerabilidade à subnutrição, às doenças e à morte, e debilitam a saúde materna. As crises aumentam esses riscos. Alguns lactentes e crianças pequenas são particularmente vulneráveis, inclusive:

- Os lactentes com baixo peso ao nascer;
- As crianças separadas das suas famílias e crianças desacompanhadas;
- Os lactentes e as crianças pequenas, filhos de mães com depressão;
- As crianças com menos de 2 anos de idade que não são amamentadas;
- As crianças que fazem parte de populações em que há uma prevalência média ou elevada de VIH;
- As crianças com deficiência, particularmente aquelas com dificuldades de alimentação;
- Os lactentes e as crianças pequenas com desnutrição aguda, atraso de crescimento ou deficiência de micronutrientes.

A alimentação dos lactentes e das crianças pequenas em emergências (IYCF-E) engloba ações e intervenções para proteger e apoiar as necessidades nutricionais entre os 0 e os 23 meses de idade, tanto nas crianças que são amamentadas, quanto nas outras. As intervenções prioritárias abrangem:

- Proteção e apoio à amamentação;
- Alimentação complementar adequada e segura;
- Gestão da alimentação artificial para lactentes sem possibilidade de amamentação.

O apoio a mulheres grávidas e a lactentes é fundamental para o bem-estar dos seus filhos. A “amamentação exclusiva” significa que um lactente, não recebe quaisquer outros líquidos senão o leite materno, nem nenhum sólido, exceto suplementos de micronutrientes ou medicamentos necessários. Isso garante a segurança do alimento e dos líquidos para os lactentes nos primeiros seis meses, e propicia uma proteção imunitária ativa. A amamentação proporciona um desenvolvimento cerebral ideal e continua a proteger a saúde dos lactentes mais velhos e das crianças, especialmente em contextos onde faltam condições WASH (abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene). A amamentação protege a saúde materna ao atrasar a menstruação e também protege contra o cancro da mama. Promove o bem-estar psicológico, ao melhorar o vínculo e a reciprocidade com o filho.

As ações-chave desta secção refletem as orientações constantes do Guia Operacional – Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de

Emergência. O Guia Operacional é o resultado de um grupo de trabalho interinstitucional cujo objetivo é proporcionar uma orientação concisa e prática, sobre como assegurar a adequada IYCF-E (alimentação dos lactentes e das crianças pequenas em emergências) e sobre o Código Internacional de *Marketing* de Substitutos do Leite Materno (o “Código”).

Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas

– Norma 4.1: Orientação e coordenação de políticas

A orientação e a coordenação de políticas garantem que a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas, seja segura, oportuna e adequada.

Ações-chave

- 1 Estabelecer uma autoridade coordenadora de IYCF-E, no âmbito do mecanismo de coordenação da crise, e promover a colaboração entre os setores.
 - Partir do pressuposto de que o governo é a autoridade coordenadora, sempre que possível.
- 2 Incluir as especificações do Guia Operacional nas correspondentes diretrizes das políticas nacionais e da organização humanitária, em matéria de prontidão.
 - Desenvolver diretrizes e uma declaração conjunta com as autoridades nacionais em situações em que não haja uma política estabelecida.
 - Fortalecer as políticas nacionais pertinentes sempre que possível.
- 3 Apoiar uma comunicação sólida, harmonizada e realizada em tempo útil sobre IYCF-E em todos os níveis da resposta.
 - Informar as organizações humanitárias, os doadores e os *media*, assim que possível, sobre as políticas e as práticas de IYCF-E em vigor.
 - Comunicar com as pessoas afetadas, a respeito dos serviços disponíveis, de práticas de IYCF-E e de mecanismos de *feedback*.
- 4 Evitar aceitar ou solicitar doações de substitutos do leite materno, outros produtos lácteos líquidos, biberões e tetinas.
 - As doações que efetivamente chegam devem ser geridas pela autoridade designada, em conformidade com o Guia Operacional e o Código.
 - Zelar pela aplicação dos métodos estritos de seleção dos destinatários e da utilização, aquisição, gestão e distribuição de substitutos do leite materno. Isso deve ser feito com base numa avaliação de necessidades e riscos, análise dos dados e orientação técnica.



Indicadores-chave

Porcentagem de políticas de IYCF-E adotadas, que refletem as especificações do Guia Operacional

Nenhuma violação do Código relatada

Percentagem de violações do Código averiguadas em tempo útil, relacionadas com doações de substitutos do leite materno, produtos lácteos líquidos, biberões e tetinas.

Notas de orientação

A comunicação com as pessoas atingidas, com os grupos de resposta e com os media:

a comunicação sobre serviços disponíveis e práticas saudáveis de alimentação dos lactentes e das crianças pequenas, necessitará que as mensagens sejam adaptadas aos diferentes grupos que prestam assistência e também ao público. Ao elaborar as mensagens, leve em consideração a necessidade de apoiar os cuidadores que são avós, pais solteiros e mães solteiras, famílias encabeçadas por menores ou irmãos, assim como os cuidadores com deficiência e as pessoas com VIH.

O Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno: O Código protege os lactentes alimentados artificialmente, ao garantir a utilização segura de substitutos do leite materno. O Código baseia-se em informações imparciais e precisas, e aplica-se a todos os contextos. Deve ser incluído na legislação durante a fase de preparação e entrar em vigor durante a resposta à crise. Na ausência de legislação nacional, pelo menos implemente as cláusulas do Código.

O Código não restringe a disponibilidade nem proíbe a utilização de substitutos do leite materno, de biberões ou de tetinas. Somente restringe o seu *marketing*, a sua aquisição e a sua distribuição. As violações mais frequentes do Código numa crise, derivam de problemas de rotulagem e de distribuição não seletiva. Em situações de crise, monitore e informe as violações do Código à UNICEF, à OMS e às autoridades locais.

Utilize indicadores-padrão, quando existirem, e desenvolva indicadores contextualizados, na ausência dos indicadores-padrão. Defina padrões de referência sobre IYCF-E, para determinar o seu progresso e o seu cumprimento, levando em consideração os prazos da intervenção. Incentive a utilização consistente de indicadores de IYCF-E, junto a todos os parceiros implementadores e nos inquéritos. Repita as avaliações ou partes de uma avaliação de referência, como etapa da monitorização das intervenções de IYCF-E. Utilize estudos anuais para determinar o impacto dessas intervenções.

A alimentação artificial: todos os substitutos do leite materno devem estar em conformidade com o *Codex Alimentarius* e com o Código. É essencial o acesso adequado aos serviços WASH para mitigar os riscos da alimentação artificial em emergências. O sistema de distribuição dos substitutos do leite materno dependerá do contexto, inclusive da escala da intervenção. Não inclua fórmulas para lactentes e outros substitutos do leite materno, em distribuições gerais ou não seletivas de alimentos. Não distribua produtos lácteos líquidos desidratados e leite líquido como se fossem um único produto. Indicações para a alimentação artificial e a sua gestão, devem ser feitas consoante o Guia Operacional e o Código, sob a orientação da autoridade coordenadora designada para a IYCF-E.

Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas – Norma 4.2: Apoio multissetorial à alimentação dos lactentes e das crianças pequenas em emergências

As mães e os cuidadores dos lactentes e das crianças pequenas, têm acesso ao apoio alimentar adequado, prestado em tempo útil, minimizando os riscos; é sensível à cultura local e otimiza a nutrição, a saúde e os resultados de sobrevivência.

Ações-chave

- 1 Dar prioridade às mulheres grávidas e às lactantes no acesso ao alimento, às transferências em dinheiro ou aos vales e noutras intervenções de apoio.
- 2 Proporcionar acesso a assessoria especializada em amamentação às mulheres grávidas e/ou lactantes.
- 3 Selecionar as mães de todos os recém-nascidos para incentivar o início imediato da amamentação exclusiva.
 - Oferecer orientações simples para amamentação exclusiva nos serviços de maternidade.
 - Proteger, promover e apoiar a amamentação exclusiva dos lactentes entre os 0 e os 5 meses de idade, e a amamentação continuada de crianças entre os 6 meses e os 2 anos de idade.
 - Quando praticada a alimentação mista em lactentes dos 0 aos 5 meses de idade, auxiliar a transição para a amamentação exclusiva.
- 4 Proporcionar substitutos adequados do leite materno, equipamentos para alimentação e o correspondente apoio a mães e cuidadores cujos bebês necessitem de alimentação artificial.
 - Analisar a segurança e a viabilidade de relactação e de amas de leite, quando os lactentes não forem amamentados pelas suas mães. Levar em conta o contexto cultural e a viabilidade desse serviço em tais situações.
 - Se as únicas opções aceitáveis forem os substitutos do leite materno, incluir um pacote essencial de ajuda, com equipamentos de cozinha e alimentação, fornecendo apoio WASH e acesso aos serviços de saúde.
- 5 Apoiar uma ajuda alimentar complementar oportuna, segura e adequada.
 - Analisar os alimentos domésticos para avaliar se são adequados como alimentos complementares para crianças, e oferecer sugestões e apoio contextualizado sobre a alimentação complementar.
 - Possibilitar o acesso a equipamentos de alimentação e de utensílios de cozinha, considerando também as crianças com dificuldades de alimentação.
- 6 Proporcionar apoio alimentar a lactentes e a crianças pequenas particularmente vulneráveis.
 - Nos programas de nutrição, apoiar as atividades de estimulação a lactentes e práticas de cuidados para o desenvolvimento na primeira infância.



7 Proporcionar suplementos de micronutrientes quando necessário.

- Proporcionar suplementos diários a mulheres grávidas e lactantes, incluindo a dosagem diária recomendada de múltiplos micronutrientes para proteger as reservas das mães e o teor do leite materno, independentemente das mulheres estarem a receber rações enriquecidas.
- Dar continuidade aos suplementos de ferro e de ácido fólico quando já fornecidos.

Indicadores-chave

Percentagem de lactantes com acesso a aconselhamento qualificado

Percentagem de cuidadores que têm acesso aos suprimentos de substitutos do leite materno, em conformidade com o Código, e que têm o apoio correspondente para os lactentes com necessidade de alimentação artificial

Percentagem de cuidadores com acesso aos alimentos complementares oportunos e apropriados, nutricionalmente adequados e seguros para crianças dos 6 aos 23 meses de idade

Notas de orientação

A avaliação e a monitorização de IYCF-E: avalie as necessidades e as prioridades para a resposta de IYCF-E e monitorize o impacto desse tipo de intervenção; ⊕ ver *Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional*.

A colaboração multisetorial: os pontos de entrada setoriais para identificar e apoiar IYCF-E incluem:

- Os cuidados pré e pós-natal;
- Os pontos de imunização;
- A monitorização do crescimento;
- O desenvolvimento na primeira infância;
- Os serviços de tratamento do VIH (incluindo a prevenção da transmissão de mãe para filho);
- O tratamento da desnutrição aguda;
- A saúde comunitária, a saúde mental e o apoio psicossocial;
- Os serviços WASH;
- Os locais de emprego;
- O trabalho de proximidade agrícola.

Os grupos beneficiários: todos os dados das avaliações e dos programas para as crianças com menos de 5 anos de idade devem ser desagregados por sexo e idade: dos 0 aos 5 meses, dos 6 aos 11 meses, dos 12 aos 23 meses e dos 24 aos 59 meses. A desagregação por deficiência é recomendada a partir dos 24 meses.

Identifique e estabeleça serviços para atender às necessidades nutricionais e de cuidados das crianças com deficiência, das separadas das suas famílias e das

desacompanhadas. Encaminhe as crianças separadas e desacompanhadas aos parceiros que trabalham na proteção à infância. Identifique a proporção das mulheres grávidas e das lactantes.

Leve em conta as populações com prevalência média ou alta de VIH, as crianças separadas e desacompanhadas, os bebês nascidos com baixo peso, as crianças com deficiência e com dificuldades alimentares, as crianças menores de 2 anos que não são amamentadas e aquelas com desnutrição aguda. Saiba que as crianças de mães com depressão, tendem a correr maior risco de desnutrição.

As mulheres grávidas e as lactantes: se as necessidades das mulheres grávidas e das lactantes não são atendidas nos programas de alimentação, ou de ajuda em dinheiro ou vales, forneça-lhes alimentos enriquecidos. Dê-lhes suplementos de micronutrientes em conformidade com as recomendações da OMS.

Organize apoio psicossocial para as mães angustiadas, incluindo o encaminhamento aos serviços de saúde mental quando necessário. Providencie atendimento adequado às mães com deficiência. Crie lugares seguros em acampamentos, ou noutros ambientes coletivos, para as mulheres poderem amamentar, como por exemplo, espaços amigáveis para o bebê, com áreas exclusivas de amamentação.

Os lactentes amamentados: o planeamento e a alocação de recursos devem admitir o apoio qualificado à amamentação em situações difíceis. Isso pode incluir lactentes entre os 0 e os 6 meses de idade com desnutrição aguda, populações em que a alimentação mista é comum, e a alimentação de lactentes em contextos de VIH.

Os lactentes não amamentados: em todas as crises, proteja os lactentes e as crianças pequenas que não são amamentadas e apoie-os no atendimento às suas necessidades nutricionais. As consequências da falta de amamentação variam conforme a idade de cada criança. As crianças mais jovens são mais vulneráveis a doenças contagiosas. Dependem do acesso ao abastecimento garantido de substitutos adequados ao leite materno, ao combustível para o fogão, aos equipamentos e às condições WASH.

A fórmula para lactentes e outros substitutos do leite materno: a fórmula para lactentes é o substituto adequado ao leite materno para os lactentes entre os 0 e os 5 meses de idade. Dê preferência à fórmula para lactentes líquida pronta a usar, já que ela não necessita de preparação e tem menos riscos para a segurança do que uma fórmula para lactentes em pó.

A utilização apropriada, o armazenamento cuidadoso e a higiene dos utensílios de alimentação, são essenciais para a utilização da fórmula para lactentes pronta a usar. Essa fórmula é volumosa e, portanto, encarece o transporte e o armazenamento. Utilize leites líquidos alternativos para as crianças com mais de 6 meses. Entre os leites alternativos estão o leite pasteurizado integral de vaca, cabra, ovelha, camelo ou búfala; leite líquido UHT; leite líquido fermentado ou iogurte.

O uso da fórmula para lactentes, quando se trate de crianças com mais de 6 meses de idade, dependerá das práticas anteriores à crise, dos recursos disponíveis, das fontes dos leites líquidos alternativos, da adequação dos alimentos complementares



e das políticas da organização humanitária. As indicações para a utilização de substitutos do leite materno, podem ser de curto ou longo prazo. Os leites líquidos comercializados para crianças com mais de 6 meses, não são necessários.

Um trabalhador qualificado na área da saúde ou da nutrição pode determinar a necessidade da fórmula para lactentes mediante a avaliação, o acompanhamento e o apoio individual. Quando a avaliação individual não for possível, consulte a autoridade coordenadora e as organizações humanitárias técnicas, para orientação quanto aos critérios de avaliação e de distribuição seletiva. Disponibilize a fórmula para lactentes até que a criança passe a ser amamentada ou até que tenha pelo menos 6 meses de idade. Ao fornecer os substitutos do leite materno às crianças que necessitam, não incentive inadvertidamente as lactantes a que também os consumam.

Não utilize biberões, pois são difíceis de limpar. Incentive e apoie a alimentação em copo.

Mantenha sob vigilância a morbidade a nível individual e populacional, com atenção à diarreia.

A alimentação complementar é o processo que tem início quando somente o leite materno já não é suficiente para atender às necessidades nutricionais dos bebês, e passa a ser necessário ingerir outros alimentos e líquidos, juntamente com o leite materno. Os alimentos e líquidos complementares, sejam os produzidos industrialmente, sejam os preparados localmente, devem ser fornecidos às crianças entre os 6 e os 23 meses de idade.

É fundamental detetar défices de nutrientes existentes e preexistentes para determinar as opções da alimentação complementar. Outras considerações envolvem a viabilidade económica e a disponibilidade de uma dieta nutritiva, assim como a sazonalidade da oferta dos alimentos e o acesso aos alimentos complementares de boa qualidade, disponíveis no próprio local. As opções de resposta para a alimentação complementar incluem:

- A ajuda em dinheiro para comprar alimentos enriquecidos e ricos em nutrientes e que estejam disponíveis no próprio local;
- A distribuição de alimentos domésticos ricos em nutrientes ou de alimentos enriquecidos;
- O fornecimento de alimentos enriquecidos com múltiplos micronutrientes às crianças dos 6 aos 23 meses de idade;
- O enriquecimento feito em casa por meio de suplementos de micronutrientes, em pó e outros;
- Programas de meios de subsistência;
- Programas de rede de proteção.

Ao prestar ajuda em dinheiro, considere a possibilidade de dar formação ou de enviar mensagens, para garantir que as pessoas atingidas entendam como otimizar o uso do dinheiro para obter resultados nutricionais.

A suplementação de micronutrientes: as crianças entre os 6 e os 59 meses de idade, que não estejam a receber alimentos enriquecidos, podem precisar de suplementos

de micronutrientes múltiplos para ter as suas necessidades de nutrição atendidas. Recomendam-se os suplementos de vitamina A. Em áreas endêmicas de malária, dê ferro sob qualquer tipo de apresentação, inclusive micronutrientes em pó, e sempre em conjunto com as estratégias de diagnóstico, prevenção e tratamento da malária. Os exemplos das estratégias da prevenção da malária, são o fornecimento de mosquiteiros tratados com inseticida e os programas de controlo de vetores, o diagnóstico imediato da malária e o tratamento eficaz com medicação antimalárica. Não dê ferro a crianças que não tenham acesso às estratégias de prevenção da malária. Dê ferro e ácido fólico ou vários suplementos de micronutrientes às mulheres grávidas e às lactantes, conforme a orientação mais atualizada.

O VIH e a alimentação dos lactentes: as mães com VIH devem ter apoio para amamentar durante pelo menos 12 meses e durante 24 meses ou mais, enquanto recebem a terapia antirretroviral. Se os remédios antirretrovirais não estiverem disponíveis, escolha a estratégia que dê aos lactentes a maior possibilidade de sobrevivência livre de VIH. Isso significa equilibrar os riscos de transmissão do VIH, com as causas da mortalidade infantil não relacionadas com o VIH. Apoie as mães e os cuidadores adequadamente. Dê prioridade ao acesso rápido aos remédios antirretrovirais; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: VIH.*

Aconselhe as lactantes não infetadas com VIH e as amas de leite — bem como aquelas mães cuja situação em relação ao VIH seja desconhecida — a amamentarem com exclusividade durante os primeiros 6 meses de vida do bebê. Depois, introduza alimentos complementares mantendo a amamentação até que a criança tenha 24 meses de idade ou mais. É necessário identificar e apoiar com urgência os bebês já estabelecidos na alimentação de substituição.

Consulte as políticas nacionais e regionais existentes, e avalie se estas estão alinhadas com as recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde. Verifique se são adequadas ao novo contexto de crise, tendo em conta a mudança da exposição ao risco a outras doenças contagiosas que não o VIH; a duração provável da emergência; a possibilidade de uma alimentação de substituição e a disponibilidade de remédios antirretrovirais. Pode ser necessário emitir orientação provisória atualizada e comunicá-la às mães e aos cuidadores.

A violência de gênero, a proteção à criança e a sua nutrição: a violência de gênero, a desigualdade de gênero e a nutrição, estão frequentemente interrelacionadas. A violência doméstica pode representar uma ameaça à saúde e ao bem-estar das mulheres e dos seus filhos. A equipa de nutrição deve providenciar um encaminhamento solidário e confidencial dos cuidadores, ou das crianças expostas à violência de gênero ou ainda ao abuso infantil. Outros elementos a integrar são o aconselhamento, o trabalho para estabelecer locais de tratamento amigáveis para as mulheres e as crianças e a monitorização regular das taxas de abandono e de insucesso na resposta ao tratamento. Considere a possibilidade de inclusão de assistentes sociais especializados em violência de gênero e a proteção da criança, como parte da equipa de nutrição; ⊕ *ver Princípios de Proteção 3 e 4.*



As emergências de saúde pública: em crises de saúde pública, adote medidas para prevenir quaisquer interrupções no acesso aos serviços de apoio à saúde e à alimentação, para garantir a continuidade da segurança alimentar doméstica e dos meios de subsistência e, para reduzir tanto os riscos de transmissão da doença através da amamentação, quanto a doença e a morte materna. Procure as orientações da Organização Mundial de Saúde sobre o vírus da cólera, e os vírus *Ébola* e *Zika*, quando necessário.

5. Segurança Alimentar

Existe segurança alimentar quando todas as pessoas têm acesso físico e económico aos alimentos suficientes, seguros e nutritivos, que atendem às suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, para uma vida ativa e saudável.

A segurança alimentar é influenciada por fatores macroeconómicos, sociopolíticos e ambientais. As políticas nacionais e internacionais, os processos ou as instituições podem dificultar o acesso aos alimentos nutricionalmente adequados às pessoas afetadas pelas crises. A degradação do meio ambiente local e o clima cada vez mais variável e extremo, devido às mudanças climáticas, também afetam a segurança alimentar.

Numa crise humanitária, as respostas da segurança alimentar devem procurar atender às necessidades de curto prazo, e evitar que a população atingida precise adotar estratégias de enfrentamento potencialmente nocivas. Ao longo do tempo, as respostas devem proteger e restaurar os meios de subsistência, estabilizar ou criar oportunidades de emprego, e contribuir para restabelecer a segurança alimentar a longo prazo. As respostas não devem ter um impacto negativo sobre os recursos naturais ou do meio ambiente.

A insegurança alimentar doméstica é uma das quatro causas subjacentes à subnutrição, juntamente com más práticas alimentares e de cuidados, e ainda, um ambiente doméstico insalubre e cuidados de saúde inadequados.

As normas desta secção têm em conta os recursos para atender às necessidades da alimentação, tanto da população em geral, quanto das pessoas com maior risco nutricional, tais como as crianças com menos de 5 anos de idade, pessoas com VIH ou SIDA, idosos, pessoas com doenças crónicas e pessoas com deficiência.

As respostas que visam tratar a desnutrição, terão um impacto limitado se as necessidades alimentares da população em geral não forem atendidas. As pessoas que se recuperam da desnutrição, mas não conseguem manter uma ingestão adequada de alimentos, vão voltar a piorar.

A escolha das opções mais eficazes e eficientes da resposta a uma crise, requer uma análise completa das necessidades desagregadas por género, das preferências domésticas, da eficiência do custo e da relação custo-benefício, dos riscos à proteção e das mudanças sazonais. Também deve identificar o tipo específico e a quantidade de alimento necessário, assim como a maneira ideal de distribuí-lo.

A alimentação constitui a principal despesa das famílias vulneráveis. A ajuda em dinheiro pode habilitar as pessoas assistidas a administrar melhor os seus recursos em geral, embora isso dependa do valor da transferência efetuada. Uma análise colaborativa e os objetivos do programa guiarão a seleção do grupo beneficiário, o valor da transferência e quaisquer eventuais condições impostas sobre a transferência.

As respostas de segurança alimentar devem procurar trabalhar progressivamente através dos mercados locais ou apoiá-los. As decisões sobre as compras locais,



nacionais ou regionais, devem estar baseadas no conhecimento dos mercados, o que abrange os prestadores dos serviços financeiros e dos mercados. O planejamento direcionado para o mercado também pode apoiar os mercados, como por exemplo, através da subvenção aos comerciantes para reabastecimento; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados e Minimum Economic Recovery Standards (MERS).*

Segurança alimentar – Norma 5:

Segurança alimentar geral

As pessoas recebem ajuda alimentar que assegura a sua sobrevivência, defende a sua dignidade, previne o desgaste dos seus bens e cria resiliência.

Ações-chave

- 1 Com base nos dados de avaliação da segurança alimentar, conceber a resposta para atender às necessidades imediatas e pensar na possibilidade de adotar medidas para apoiar, proteger, promover e restaurar a segurança alimentar.
 - Levar em consideração as opções tanto em espécie quanto em dinheiro para o cabaz de alimentos.
- 2 Desenvolver estratégias de transição e de saída para todos os programas de segurança alimentar, o mais cedo possível.
 - Integrar os programas com respostas de outros setores.
- 3 Assegurar que as pessoas que recebem ajuda, tenham acesso ao conhecimento, às habilidades e aos serviços necessários para enfrentar os seus desafios e apoiar a sua subsistência.
- 4 Proteger, preservar e recuperar o meio ambiente evitando mais degradação.
 - Levar em conta o impacto ambiental da fonte de combustão utilizada na cozinha.
 - Considerar as estratégias de subsistência que não contribuam para o desflorestação ou para a erosão do solo.
- 5 Monitorizar o nível de aceitação e de acesso dos diferentes grupos e indivíduos às intervenções humanitárias de segurança alimentar.
- 6 Certificar-se de que as pessoas que recebem ajuda alimentar sejam consultadas sobre a conceção da resposta e sejam tratadas com respeito e dignidade.
 - Estabelecer um mecanismo de *feedback*.

Indicadores-chave

Percentagem de famílias beneficiárias com um índice de consumo alimentar (*Food Consumption Score*) aceitável

- >35%; se fornecidos óleo e açúcar, >42%

Porcentagem de domicílios beneficiários com escala da diversidade da dieta familiar (*Household Dietary Diversity Score*) aceitável

- >5 grupos de alimentos principais consumidos regularmente

Porcentagem de famílias beneficiárias com índice de estratégia de enfrentamento (*Coping Strategy Index*) aceitável

Porcentagem de pessoas que recebem ajuda e têm queixas ou dão *feedback* negativo sobre o tratamento que recebem relativamente à sua dignidade

- Todas as queixas são regularmente monitorizadas e rapidamente respondidas.

Notas de orientação

O contexto: monitorize a situação geral da segurança alimentar para avaliar se a resposta continua a ser relevante. Determine quando começar a reduzir gradualmente as atividades e quando introduzir modificações ou novos projetos, e identifique qualquer necessidade de defesa dos interesses humanitários.

Em ambientes urbanos, adote medidas para contextualizar os indicadores das despesas domésticas com alimentação, especialmente em assentamentos densos de baixo rendimento. Por exemplo, o *Food Expenditure Share* (participação na despesa com a alimentação) e os parâmetros que estabelece podem ser menos precisos em contextos urbanos, porque as despesas não relacionadas com a alimentação, como o aluguer e o aquecimento, são relativamente mais elevadas.

As estratégias de saída e de transição: comece a desenvolver estratégias de saída e de transição desde o início do programa. Antes de encerrar um programa ou fazer uma transição, deve haver evidências de melhoria ou de que outro agente pode assumir a responsabilidade. No caso da ajuda alimentar, isso pode significar compreender os sistemas existentes ou planeados de proteção social, ou de redes de segurança a longo prazo.

Os programas de ajuda alimentar podem coordenar-se com os sistemas de proteção social, ou podem estabelecer as bases para a criação de um sistema desse tipo no futuro. As organizações humanitárias também podem defender a implementação de sistemas que lidem com a insegurança alimentar crónica, com base numa análise desta, quando disponível; ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS)*.

Os grupos de risco: utilize as avaliações de risco baseadas na comunidade e outras formas de monitorização participativa, para combater quaisquer padrões que ponham em perigo grupos ou indivíduos específicos. Por exemplo, distribuir combustível e/ou fogões de consumo eficiente, pode reduzir os riscos de agressão física ou sexual a mulheres e a meninas. As transferências extras de dinheiro, principalmente às famílias ou aos indivíduos vulneráveis, assim como às famílias encabeçadas por mulheres ou por menores, ou famílias de pessoas com deficiência, podem reduzir o risco da exploração sexual e do trabalho infantil.



As estruturas comunitárias de apoio: projete estruturas comunitárias de apoio com os utilizadores, para que sejam apropriadas e mantidas adequadamente, tendo maior probabilidade de permanecerem depois que o programa termine. Leve em conta as necessidades dos indivíduos vulneráveis durante o projeto. Por exemplo, as crianças separadas ou desacompanhadas podem deixar de receber a informação, e de desenvolver as habilidades que se dão no núcleo familiar; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 4.*

O apoio à subsistência: ⊕ *ver Segurança alimentar e nutrição: meios de subsistência – Normas 7.1 e 7.2, [Minimum Economic Recovery Standards \(MERS\)](#) e [Livestock Emergency Guidelines and Standards \(LEGS\)](#).*

O impacto ambiental: as pessoas que vivem em acampamentos necessitam de combustível para cozinhar, o que pode acelerar a deflorestação local. Leve em consideração opções como a distribuição de combustível, fogões eficientes e energia alternativa. Considere os possíveis benefícios ambientais, ao fazer vales mais específicos para a aquisição de mercadorias e serviços ambientalmente sustentáveis. Procure oportunidades de mudar os costumes alimentares e culinários anteriores à crise, que podem ter causado a degradação ambiental. Leve em conta as tendências das alterações climáticas. Priorize atividades que dão alívio a curto prazo e reduzem o risco de crise a médio e a longo prazo. Por exemplo, reduzir a criação de animais pode diminuir a pressão sobre a pastagem durante a seca; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*

O acesso e a aceitabilidade: as pessoas são mais propensas a participar num programa de fácil acesso e com atividades aceitáveis. Utilize um projeto participativo com todos os membros da população atingida, para garantir a cobertura geral sem discriminação. Se por um lado, algumas respostas de segurança alimentar visam as pessoas economicamente ativas, por outro lado, as respostas devem ser acessíveis a todas as pessoas. Para superar as restrições dos grupos de risco, trabalhe ativamente com eles ao planear as atividades e estabelecer as estruturas de apoio adequadas.

6. Ajuda alimentar

A ajuda alimentar é necessária quando a qualidade e a quantidade dos alimentos disponíveis ou o acesso aos alimentos não são suficientes para prevenir a mortalidade, a morbidade ou a desnutrição excessivas. Isso inclui respostas humanitárias que melhoram a disponibilidade e o acesso aos alimentos, as práticas alimentares e a consciencialização sobre a nutrição. Tais respostas também devem proteger e fortalecer os meios de subsistência das pessoas atingidas. São opções de resposta: a ajuda em espécie, a ajuda em dinheiro, o apoio à produção e o apoio aos mercados. Embora o atendimento às necessidades imediatas seja uma prioridade nas fases iniciais de uma crise, as respostas devem preservar e proteger os bens, ajudar a recuperar os bens perdidos devido às crises e aumentar a resiliência diante de ameaças futuras.

A ajuda alimentar também pode ser utilizada para evitar que as pessoas adotem mecanismos negativos de enfrentamento, como a venda de bens produtivos, a sobre-exploração ou a destruição dos recursos naturais, ou ainda a acumulação de dívidas.

Uma ampla gama de ferramentas pode ser utilizada em programas de ajuda alimentar, entre as quais:

- As distribuições gerais de alimentos (fornecimento de alimento em espécie, ajuda em dinheiro para compra de alimento);
- Os programas de alimentação suplementar que abrangem toda a população;
- Os programas seletivos de alimentação suplementar;
- A prestação de serviços e de contribuições relevantes, inclusive a transferência de habilidades ou de conhecimento.

As distribuições genéricas de alimentos dão apoio àqueles que mais necessitam. Interrompa essas distribuições quando as pessoas que recebem ajuda puderem produzir ou aceder aos alimentos de outras maneiras. Talvez sejam necessárias medidas transitórias incluindo, ajuda condicional em dinheiro ou apoio à obtenção dos meios de subsistência.

As pessoas com necessidades específicas de nutrientes podem necessitar de alimento suplementar, além de alguma ração geral. Isso abrange crianças dos 6 aos 59 meses de idade, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com VIH e mulheres grávidas ou lactantes. Em muitas situações, a alimentação suplementar salva vidas. A alimentação no local é feita apenas quando as pessoas não têm os meios para cozinhar para si mesmas. Isso pode ser necessário imediatamente após uma crise, durante movimentações populacionais, ou quando a insegurança pode pôr em risco aqueles que levam as rações para casa. Esse procedimento, também pode ser usado para a alimentação escolar de emergência, embora as rações que são para casa possam ser distribuídas por intermédio das escolas. Leve em conta que as crianças que não estão a ir à escola, não terão acesso a esses alimentos; planeie mecanismos de distribuições para essas crianças.



A ajuda alimentar requer uma boa gestão da cadeia de suprimentos e de capacidades logísticas para gerir os produtos com eficácia.

A gestão de qualquer sistema de entrega de dinheiro precisa ser sólida e responsável e contar com uma monitorização sistemática; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

Ajuda alimentar – Norma 6.1: Necessidades nutricionais gerais

As necessidades nutricionais básicas das pessoas atingidas, incluindo as mais vulneráveis, são atendidas.

Ações-chave

- 1 Medir os níveis de acesso aos alimentos em quantidade e qualidade adequadas.
 - Avaliar com frequência o nível de acesso para ver se é estável ou se há probabilidade de decair.
 - Avaliar o acesso aos mercados por parte das pessoas atingidas.
- 2 Projetar a ajuda alimentar e a ajuda em dinheiro para atender ao padrão dos requisitos de energia, proteína, gordura e micronutrientes previstos no planeamento inicial.
 - Planear as rações para compensar a diferença entre as necessidades nutricionais das pessoas e o que elas podem prover para si mesmas.
- 3 Proteger, promover e apoiar o acesso das pessoas atingidas a alimentos nutritivos e ao apoio nutricional.
 - Garantir que as crianças entre os 6 e os 24 meses de idade tenham acesso aos alimentos complementares e que as mulheres grávidas e as lactantes, tenham acesso ao apoio nutricional complementar.
 - Garantir que as famílias com membros que sofrem de doenças crónicas, as pessoas com VIH e tuberculose, os idosos e as pessoas com deficiência, tenham alimento nutritivo e apoio nutricional adequado.

Indicadores-chave

Prevalência da desnutrição entre crianças com < 5 anos, desagregada por sexo e por deficiência a partir dos 24 meses de idade

- Utilize o sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (MAD, MDD-W).
- Para a desagregação por deficiência, utilize o módulo da UNICEF/Grupo de Washington sobre o funcionamento infantil (*module on Child Functioning*).

Percentagem de famílias beneficiárias com índice de consumo alimentar (*Food Consumption Score*) aceitável

- >35%; se fornecidos óleo e açúcar, >42%

Percentagem de famílias beneficiárias com escala da diversidade da dieta (*Dietary Diversity Score*) aceitável

- >5 grupos de alimentos principais consumidos regularmente

Percentagem de famílias beneficiárias que recebem as necessidades mínimas de energia alimentar (2.100 kcal por pessoa por dia) e a ingestão diária recomendada de micronutrientes

Notas de Orientação

Monitorizar o acesso aos alimentos: leve em conta variáveis como os níveis de segurança alimentar, o acesso aos mercados, os meios de subsistência, a saúde e a nutrição. Isso ajudará a determinar se a situação é estável ou está em declínio, e se há necessidade de intervenções alimentares. Utilize os indicadores de representação como o índice de consumo alimentar (*Food Consumption Score*) ou as ferramentas de diversidade alimentar.

As formas de ajuda: utilize formas apropriadas de ajuda (dinheiro, vales ou em espécie) ou uma combinação destas para garantir a segurança alimentar. Quando a ajuda em dinheiro for utilizada, considere a possibilidade de fazer distribuições complementares ou distribuições suplementares de alimento para atender às necessidades dos grupos específicos. Estude a adequação dos mercados para atender às necessidades nutricionais especiais e utilize metodologias específicas, inclusive a ferramenta de avaliação *the minimum cost of a healthy diet* ("o custo mínimo de uma dieta saudável").

A planificação das rações alimentares e a qualidade nutricional: existem várias ferramentas de planeamento de ração disponíveis, por exemplo, a NutVal. Para planear rações genéricas, ⊕ ver Apêndice 6: *Necessidades nutricionais*. Se uma ração é planeada para fornecer todo o conteúdo energético da dieta, deve ter quantidades adequadas de todos os nutrientes. Se uma ração proporciona apenas parte da necessidade energética da dieta, então planeie a partir de uma destas duas abordagens:

- Se o conteúdo de nutrientes dos outros alimentos disponíveis à população é desconhecido, planeie a ração de modo a fornecer um conteúdo equilibrado de nutrientes que seja proporcional ao conteúdo energético da ração.
- Se o conteúdo de nutrientes dos outros alimentos disponíveis à população é conhecido, planeie a ração de forma a complementar esses alimentos, suprimindo a carência de nutrientes.

As seguintes estimativas para as necessidades nutricionais mínimas de uma população, devem ser usadas para planear rações genéricas e ajustá-las ao contexto.

- 2.100 kcal por pessoa ao dia com 10 a 12% da energia total fornecida por proteína e 17% fornecida por gordura; ⊕ ver Apêndice 6: *Necessidades nutricionais* para mais detalhes.

Quando os tipos de alimentos disponíveis são limitados, pode ser difícil garantir que as rações de alimentos tenham um conteúdo adequado de nutrientes. Reflita sobre a possibilidade de acesso a sal iodado, niacina, tiamina e riboflavina. O enriquecimento



dos alimentos básicos, inclusive os alimentos liquidificados enriquecidos, bem como o incentivo à compra de alimentos de produção local com o uso de vales, podem ser opções para melhorar a qualidade nutricional da ração. Pense na possibilidade de utilizar produtos de suplementação como os de base lipídica, ricos em nutrientes e prontos a usar, e tabletes ou micronutrientes em pó. Divulgue as mensagens de IYCF-E (alimentação dos lactentes e das crianças pequenas em situações de emergência) para estimular práticas ideais de amamentação e outros procedimentos complementares de alimentação; ⊕ *ver Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas – Normas 4.1 e 4.2.*

Ao planejar as rações, consulte a comunidade para ter em conta as preferências locais e culturais. Escolha os alimentos que não levem muito tempo a cozinhar, caso haja escassez de combustível. Sempre que houver mudanças nas rações, partilhe a informação com a comunidade inteira logo que seja possível, com a finalidade de minimizar o ressentimento e limitar o risco de violência doméstica contra as mulheres, que podem vir a ser culpadas pela redução das rações. Comunique com clareza o plano de saída, desde o início, para gerir as expectativas, reduzir a ansiedade e possibilitar que as famílias tomem decisões pertinentes.

Estabeleça vínculos com os programas de saúde: a ajuda alimentar pode evitar a deterioração do estado nutricional da população afetada, especialmente quando combinada com medidas de saúde pública destinadas a prevenir doenças como o sarampo, a malária e a infecção parasitária; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.1: Prestação de Serviço de Saúde e Cuidados essenciais de saúde – Doenças transmissíveis – Norma 2.1: Prevenção.*

Monitorizar o uso do alimento: os indicadores-chave de ajuda alimentar medem o acesso aos alimentos, mas não quantificam o seu consumo. A medição direta da ingestão de nutrientes não é realista. A medição indireta é uma boa alternativa, se for feita mediante a utilização de informações de várias fontes — como a disponibilidade e a utilização dos alimentos a nível doméstico — e avaliação dos preços, da disponibilidade dos alimentos e do combustível para cozinhar, nos mercados locais. Outras opções consistem em examinar os planos e os registos da distribuição de ajuda alimentar, avaliar a possível contribuição dos alimentos silvestres e realizar as avaliações de segurança alimentar.

Os grupos de risco: ao estabelecer os critérios de elegibilidade para a ajuda alimentar, consulte os diferentes grupos com a finalidade de identificar as necessidades específicas que, de outra forma, poderiam passar despercebidas. Inclua alimentos adequados e aceitáveis na ração geral, como alimentos liquidificados e enriquecidos para as crianças pequenas (idades entre os 6 e os 59 meses). Entre os grupos específicos da população que podem necessitar de atenção, incluem-se os idosos, as pessoas com VIH, as pessoas com deficiência e os cuidadores.

Os idosos: a ocorrência de doença crónica e deficiência, do isolamento, de famílias numerosas, de clima frio ou de pobreza, pode reduzir o acesso aos alimentos e aumentar a necessidade de nutrientes. Os idosos devem conseguir acesso às fontes e às transferências de alimentos com facilidade. Os alimentos devem ser de fácil preparação e consumo para atender às necessidades adicionais de proteínas e micronutrientes dos idosos.

As pessoas com VIH: existe um alto risco de desnutrição nas pessoas com VIH. Isso deve-se a fatores como, a ingestão reduzida de alimentos, a baixa absorção de nutrientes, as alterações no metabolismo, as infeções e as doenças crônicas. As necessidades energéticas das pessoas com VIH variam conforme o estadió da infeção. Moer e enriquecer os alimentos ou fornecer suplementos alimentares enriquecidos, liquidificados ou especiais, são estratégias possíveis para melhorar o acesso a uma dieta adequada. Em algumas situações, pode ser conveniente aumentar a quantidade geral das rações alimentares. Encaminhe as pessoas com VIH que estejam desnutridas para programas alimentares seletivos, quando disponíveis.

As pessoas com deficiência, inclusive aquelas com deficiência psicossocial. Durante uma crise, podem estar sob o risco de serem separadas dos familiares próximos e dos seus cuidadores habituais. Podem também sofrer discriminação. Reduza esses riscos possibilitando o acesso físico aos alimentos, o acesso a alimentos ricos em energia e em nutrientes e aos mecanismos de ajuda alimentar. Isso pode incluir o fornecimento de batedeiras manuais, colheres e palhinhas, ou o desenvolvimento de sistemas de visitas domiciliares ou outras formas de sensibilização. Além disso, leve em conta que as crianças com deficiência têm menor probabilidade de estar matriculadas em escolas, perdendo assim, os programas de alimentação organizados por intermédio das escolas.

Os cuidadores: é importante apoiar as pessoas que cuidam de indivíduos vulneráveis. Os cuidadores e aqueles que estão a ser cuidados, podem-se deparar com barreiras nutricionais específicas. Por exemplo, podem ter menos tempo para aceder aos alimentos por estarem doentes ou a cuidar dos doentes. Podem ter mais necessidade de manter práticas de higiene ou menos bens para trocar por comida, devido aos custos dos tratamentos ou dos funerais. Podem sofrer estigma social e ter menos acesso aos mecanismos de suporte comunitário. Faça uso das redes sociais para formar os membros selecionados da população no apoio aos cuidadores.

Ajuda alimentar – Norma 6.2: Qualidade, adequação e aceitabilidade do alimento

Os produtos alimentares fornecidos são de qualidade apropriada, aceitáveis e podem ser utilizados de modo eficiente e eficaz.



Ações-chave

- 1 Escolher os alimentos que estejam em conformidade com as normas nacionais do governo de acolhimento e com as outras normas de qualidade aceites internacionalmente.
- Fazer testes com amostras aleatórias de *stocks* de alimentos.
- Compreender e respeitar a legislação nacional em relação ao recebimento e utilização dos alimentos geneticamente modificados, ao planear utilizar alimento importado.

2 Escolher embalagens adequadas para os alimentos.

- Fornecer etiquetas em formatos acessíveis e no idioma local, com a data de produção, país de origem, data de validade (“consumir até”) ou “consumir de preferência antes de”, análise nutricional e instruções de cozimento, especialmente no caso de alimentos menos conhecidos ou utilizados com menos frequência.

3 Avaliar o acesso à água, aos fogões e ao combustível, como também às instalações de armazenamento de alimentos.

- Fornecer alimentos prontos para consumo quando a crise impedir o acesso às instalações de cozinha.

4 Proporcionar o acesso a instalações adequadas de moagem e processamento quando for fornecido o cereal integral.

- Cobrir os custos de moagem dos destinatários por meio de dinheiro ou vales, ou pelo método menos utilizado de fornecer o grão adicional ou o equipamento de moagem.

5 Transportar e armazenar os alimentos em condições adequadas.

- Seguir as normas da gestão de *stocks*, com verificações sistemáticas da qualidade do alimento.
- Medir as quantidades em unidades consistentes e evitar mudar de unidades e os procedimentos de medição durante o projeto.

Indicadores-chave

Porcentagem da população afetada que relata que o alimento fornecido é de qualidade adequada e atende às preferências locais

Porcentagem da população afetada que relata que o mecanismo para receber alimento foi adequado

Porcentagem de famílias que relatam que os produtos alimentares recebidos foram fáceis de preparar e de armazenar

Porcentagem de pessoas que recebem ajuda e apresentam queixas ou *feedback* negativo em relação à qualidade do alimento

- Todas as queixas são regularmente monitorizadas e rapidamente respondidas.

Porcentagem de perdas de alimento informada pelo programa

- Meta: <0,2% da tonelagem total

Notas de orientação

A qualidade do alimento: os alimentos devem estar em conformidade com as normas do governo do país de acolhimento. Também se devem ajustar às normas do *Codex*

Alimentarius sobre qualidade, embalagem, rotulagem e adequação à finalidade. Quando o alimento não é da qualidade exigida para o uso pretendido, é impróprio para o seu propósito. Isso é verdadeiro mesmo se for próprio para consumo humano. Por exemplo, quando a qualidade da farinha não permita ser assada em casa, mesmo que o seu consumo seja seguro. Certificados fitossanitários ou outros certificados de inspeção devem acompanhar os alimentos se adquiridos no próprio local ou importados. A fumigação deve fazer uso de substâncias adequadas e seguir procedimentos rigorosos. Certifique-se de que as remessas de grande quantidade de alimentos são verificadas por inspetores de qualidade independentes, e acione a sua verificação quando houver dúvidas ou controvérsias sobre a qualidade dos alimentos.

Assegure-se de que os governos de acolhimento participam tanto quanto possível. Obtenha informações sobre a idade e a qualidade das remessas dos alimentos através de certificados dos fornecedores, dos relatórios de inspeção de controle da qualidade, dos rótulos das embalagens e dos relatórios de armazenamento. Construa uma base de dados para certificados de análise, emitidos por uma autoridade competente para atestar a qualidade e a pureza de um produto.

Avalie a disponibilidade dos produtos alimentícios nos mercados locais, nacionais ou internacionais. Se a ajuda alimentar é suprida localmente, deve ser sustentável e não forçar ainda mais os recursos naturais locais, ou distorcer os mercados. No planeamento do programa, leve em consideração eventuais restrições na oferta dos alimentos.

A embalagem dos alimentos: é possível que haja perdas de alimentos nos armazéns e nos pontos finais da distribuição, as quais podem ser decorrentes do acondicionamento deficiente no ciclo da distribuição. As embalagens devem ser robustas e convenientes para manuseio, armazenamento e distribuição. Devem ser acessíveis aos idosos, às crianças e às pessoas com deficiência. Se possível, as embalagens devem possibilitar a distribuição direta, sem necessidade de pesar ou embalar novamente os alimentos.

As embalagens dos alimentos não devem conter nenhuma mensagem com temas políticos ou religiosos ou que, pela sua natureza, possa levar a discórdia.

As embalagens não devem constituir um perigo, e as organizações humanitárias têm a responsabilidade de evitar que o ambiente fique repleto de embalagens dos produtos distribuídos ou comprados com dinheiro ou vales. Utilize embalagens mínimas (biodegradáveis quando possível) e materiais adequados ao local, promovendo, se possível, uma parceria com o governo local e com os fabricantes de materiais de embalagens. Forneça recipientes de alimentos que possam ser reutilizados, reciclados ou reaproveitados. Elimine os resíduos das embalagens de forma a evitar a degradação ambiental. As embalagens dos alimentos prontos para o consumo, como as de alumínio, podem requerer controlos específicos para uma eliminação segura.

Quando houver acumulação de lixo, organize campanhas comunitárias regulares de limpeza. Essas campanhas devem fazer parte da mobilização e da sensibilização comunitária, em vez de serem remuneradas; ⊕ *ver WASH: Gestão de resíduos sólidos – Normas 5.1 a 5.3.*



A escolha do alimento: se, por um lado, o valor nutricional é a principal consideração a ser levada em conta na prestação da ajuda alimentar, por outro, os seus beneficiários devem estar familiarizados com os produtos recebidos. Da mesma forma, esses produtos devem ser consistentes com as tradições religiosas e culturais, inclusive com os tabus alimentares das mulheres grávidas ou das lactantes. Consulte as mulheres e as meninas a respeito da escolha alimentar, já que em muitos contextos elas têm a responsabilidade principal pela preparação do alimento. Auxilie os avós, os homens solteiros que são chefes de família e os jovens responsáveis pelos seus irmãos e irmãs e que não recebem apoio, pois o acesso dessas pessoas aos alimentos poderá estar em risco.

Em contextos urbanos, é provável que as famílias tenham acesso a uma maior diversidade de alimentos do que em contextos rurais, mas a qualidade da dieta pode ser limitada, requerendo um suporte nutricional distinto.

A alimentação dos lactentes: a fórmula para lactentes, leite líquido, leite em pó ou produtos infantis à base de leite líquido, doados ou subsidiados, não deveriam ser distribuídos como um produto separado numa distribuição genérica dos alimentos. Esses produtos também não devem ser distribuídos num programa alimentar suplementar do tipo “leve-para-casa”; ⊕ ver *Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas – Norma 4.2*.

O cereal integral: quando a moagem doméstica for tradição, ou quando houver acesso a moinhos locais, distribua cereais integrais. O cereal integral tem um prazo de validade mais longo, do que as suas alternativas e pode ter mais valor para os participantes do programa.

Forneça instalações para a moagem comercial de baixa extração que remova o germe, o óleo e as enzimas que causam ranço. A moagem comercial de baixa extração aumenta o prazo de validade, embora também reduza o conteúdo de proteína. O milho inteiro moído tem um prazo de validade de apenas seis a oito semanas; portanto, a moagem deve ocorrer pouco tempo antes do consumo. Um grão moído, normalmente precisa de menos tempo de cozimento. A necessidade da moagem pode às vezes expor as mulheres ou as adolescentes a um maior risco de exploração. Trabalhe com as mulheres e as meninas, para identificar os riscos e as soluções, como por exemplo, dar suporte aos moinhos sob a responsabilidade de mulheres.

O armazenamento e a preparação dos alimentos: a capacidade doméstica de armazenamento deve orientar a escolha dos alimentos oferecidos. Certifique-se de que as pessoas que recebem ajuda, entendem como evitar os riscos de saúde pública associados à preparação dos alimentos. Forneça fogões de consumo eficiente ou combustíveis alternativos para mitigar a degradação ambiental.

As áreas de armazenamento devem ser secas e higiênicas, adequadamente protegidas contra os fatores climáticos adversos, e livres de contaminação química ou de qualquer outra. Proteja as áreas de armazenamento contra pragas, como insetos e animais roedores. Quando for conveniente, acione a presença dos funcionários do Ministério da Saúde, para verificar a qualidade do alimento fornecido pelos vendedores e comerciantes.

Ajuda alimentar – Norma 6.3:

Seleção dos beneficiários, distribuição e entrega

A seleção dos beneficiários e a distribuição da ajuda alimentar é sensível às necessidades, é oportuna, transparente e segura.

Ações-chave

- 1 Identificar e selecionar os beneficiários da ajuda alimentar, com base na necessidade e nas consultas às partes intervenientes adequadas.
 - Fornecer detalhes claros e públicos dos métodos de seleção que sejam aceites tanto pela população beneficiária, quanto pela não beneficiária para não criar tensões ou causar danos.
 - Iniciar o recenseamento formal das famílias para receberem os alimentos, assim que for possível, e atualizar os dados conforme a necessidade.
- 2 Conceber os métodos de distribuição alimentar ou dos mecanismos de entrega direta em dinheiro ou em vales, que sejam eficientes, equitativos, protegidos, seguros, acessíveis e eficazes.
 - Consultar mulheres e homens, inclusive os adolescentes e os jovens, e promover a participação dos grupos potencialmente vulneráveis ou marginalizados.
- 3 Estabelecer os pontos de distribuição e entrega em lugares acessíveis, seguros e o mais convenientes possível para os beneficiários.
 - Reduzir os riscos das pessoas que vão às distribuições, monitorizando regularmente os postos de controlo ou as mudanças na situação da segurança.
- 4 Fornecer aos beneficiários detalhes antecipados do plano e do cronograma da distribuição, da qualidade e da quantidade de ração alimentar, ou do valor em dinheiro ou em vale, e para o que se destina.
 - Agendar as distribuições de modo que sejam respeitados os horários de deslocação e de trabalho das pessoas, e que sejam priorizados os grupos de risco conforme for oportuno.
 - Antes da distribuição, definir e estabelecer os mecanismos de *feedback* com a comunidade.



Indicadores-chave

Percentagem mínima de erros de inclusão e de exclusão na seleção dos destinatários

- Meta: <10%

Distância das habitações até aos pontos finais de distribuição ou mercados (no caso de vales ou de dinheiro)

- Meta: <5 km

Percentagem de pessoas assistidas (desagregadas por sexo, idade e deficiência) que relatam ter tido problemas de segurança ao viajar para os locais dos programas e no caminho de regresso

Número de casos reportados de exploração sexual ou de abuso de poder, relacionados com as práticas de distribuição ou de entrega

Percentagem de casos verificados de exploração sexual ou de abuso de poder, relacionados com as práticas de distribuição ou de entrega

- 100%

Percentagem de famílias beneficiárias que manifestam corretamente o seu direito à ajuda alimentar

- Meta: >50% das famílias beneficiárias

Notas de orientação

A seleção dos beneficiários: certifique-se de que as ferramentas e os métodos de seleção do público beneficiário sejam adaptados ao contexto. A seleção deve ser desenvolvida ao longo de toda a intervenção, não só na fase inicial. É complexo encontrar o equilíbrio correto entre os erros de exclusão, que podem representar risco de vida, e os erros de inclusão, que podem perturbar ou causar desperdício. Em crises súbitas, os erros de inclusão são mais aceitáveis do que os erros de exclusão. As distribuições generalizadas de alimento, podem ser convenientes em crises nas quais as famílias sofreram perdas parecidas ou nas quais, uma avaliação detalhada do processo de seleção não é possível devido à falta de acesso.

As crianças entre os 6 e os 59 meses de idade, as mulheres grávidas e as lactantes, as pessoas com VIH e os outros grupos vulneráveis podem ser selecionados para receber alimentos suplementares, ou podem ser vinculados a um tratamento nutricional e a estratégias de prevenção. Para as pessoas com VIH, isso aumentará a sua ingestão diária de calorias e auxiliará na sua adesão à terapia antirretroviral.

Os programas seletivos devem ter o cuidado de evitar criar estigma ou discriminação. As pessoas com VIH podem ser incluídas nas distribuições para “pessoas com doenças crónicas”, por exemplo, e podem recebê-las através dos centros de saúde onde lhes são fornecidos também cuidados e tratamentos. Jamais devem ser divulgadas ou partilhadas listas de pessoas com VIH, e na maior parte dos contextos, os líderes comunitários não devem participar como agentes de seleção do programa para pessoas com VIH.

Os agentes/comitês de seleção dos beneficiários: desenvolva contacto direto com as pessoas e os grupos afetados da comunidade, evitando, tanto quanto possível, aquelas pessoas que falam em nome da comunidade, mas ao mesmo tempo restringem o acesso direto à mesma. Estabeleça comitês de seleção que incluam representantes das seguintes populações:

- Mulheres e meninas, homens e meninos, idosos e pessoas com deficiência;
- Comitês eleitos localmente, grupos de mulheres e de organizações humanitárias;
- ONG locais e internacionais;
- Organizações de jovens;
- Instituições governamentais locais.

O processo de recenseamento: o recenseamento pode ser algo desafiante em acampamentos, especialmente quando as pessoas deslocadas não têm documentos de identidade. As listas fornecidas pelas autoridades locais e as listas de grupos familiares geradas pela comunidade podem ser úteis, se uma avaliação independente provar que são corretas e imparciais. Incentive a participação das mulheres afetadas na concepção do processo de recenseamento. Inclua os indivíduos em situação de risco nas listas de distribuição, especialmente as pessoas com menos mobilidade.

Se o recenseamento não for possível nas fases iniciais de uma crise, complete-o assim que a situação se estabilizar. Estabeleça um mecanismo de *feedback* para o processo de recenseamento que seja acessível a todas as pessoas atingidas, inclusive às mulheres, às meninas, aos idosos e às pessoas com deficiência. As mulheres têm o direito de ser recenseadas com os seus próprios nomes. Quando possível, consulte tanto os homens quanto as mulheres, separadamente se necessário, e defina sobre quem deve fazer fisicamente a recolha da ajuda ou receber ajuda em dinheiro em nome da família. Essa consulta deve estar informada por uma avaliação de risco.

Adote providências específicas em relação às famílias encabeçadas por uma única pessoa, sejam homens, mulheres, crianças ou jovens, e também as crianças separadas ou desacompanhadas, de modo que possam fazer a recolha da ajuda em nome das suas famílias com segurança. Estabeleça serviços de cuidados às crianças, adjacentes aos pontos de distribuição para permitir que as famílias de monoparentais e de mulheres com crianças pequenas possam fazer a recolha da ajuda sem deixar as suas crianças sozinhas. Em contextos onde existam famílias poligâmicas, trate cada esposa e as suas crianças como uma família em separado.

A distribuição das rações “secas”: as distribuições genéricas de alimento normalmente fornecem apenas rações secas que as pessoas depois cozinham nas suas casas. Os beneficiários podem ser, entre outros, um portador de “cartão-ração” individual ou familiar, um representante de um grupo de famílias, líderes tradicionais e mulheres, ou líderes de uma distribuição seletiva feita com o apoio da comunidade. A frequência da distribuição deve levar em conta o peso da ração de alimentos e os meios que os destinatários têm para carregá-la com segurança até às suas casas. Pode ser necessário dar um apoio específico, para que os idosos, as mulheres grávidas e as lactantes, as crianças separadas e desacompanhadas e as pessoas com deficiência, possam fazer a recolha e preservar o seu direito. Considere a possibilidade de que outros membros da comunidade lhes deem apoio, ou forneça-lhes rações menores e mais frequentes.

A distribuição das rações “húmidas”: em circunstâncias excepcionais, como no início de uma crise súbita, as refeições já cozinhadas ou os alimentos prontos para consumo, podem ser utilizados para distribuições genéricas de alimento. Essas rações podem ser convenientes quando as pessoas estiverem em trânsito, ou quando as pessoas



que recebem ajuda ao levarem os alimentos para casa, estiverem sob risco de assalto, violência, abuso ou exploração. Utilize refeições escolares e incentivos alimentares para os funcionários do setor da educação, como um mecanismo de distribuição durante uma emergência.

Os pontos de distribuição: ao determinar a localização dos pontos de distribuição, leve em conta o terreno e tente promover um acesso razoável a outros meios de apoio, tais como água limpa e segura para beber, instalações sanitárias, serviços de saúde, áreas de sombra, alojamento e lugares seguros para crianças e mulheres. A presença de postos de controlo armados e de atividade militar, deve ser considerada, com a finalidade de reduzir qualquer risco aos civis e estabelecer um acesso seguro à ajuda. As estradas que levam aos pontos de distribuição devem ser claramente demarcadas, acessíveis e devem ser utilizadas com frequência por outros membros da comunidade. Leve em consideração os aspetos práticos e os custos de transporte dos produtos; ⊕ *ver Princípio de Proteção 2.*

Desenvolva meios alternativos de distribuição para chegar às pessoas que estão mais distantes do ponto de distribuição ou que têm dificuldades funcionais. O acesso à distribuição é uma fonte comum de ansiedade para populações marginalizadas ou excluídas durante uma crise. Proporcione distribuições diretas para as populações em ambientes institucionais.

A agenda das distribuições: agende as distribuições para momentos que permitam a deslocação até aos pontos de distribuição e o regresso, à luz do dia. Evite criar a necessidade de pernoitar, o que implica riscos adicionais. Programe as distribuições de forma a minimizar as perturbações nas atividades do dia a dia. Pense na possibilidade de criar filas de acesso rápido ou filas prioritárias para os grupos de risco e uma mesa com um trabalhador social que possa recensear as crianças desacompanhadas ou separadas. Dê informação prévia sobre o horário e a distribuição através dos vários meios de comunicação.

A segurança durante as distribuições de alimento, vales e dinheiro: adote medidas para reduzir os riscos para quem participa da distribuição. Entre estas incluem-se: o controlo adequado da concentração de pessoas, a supervisão das distribuições por equipas treinadas e a vigilância dos pontos de distribuição pelos próprios membros da população afetada. Se necessário, envolva a polícia local. Informe os oficiais e os funcionários da polícia sobre os objetivos das transferências dos alimentos. Planeie cuidadosamente o *layout* dos pontos de distribuição para que sejam seguros e acessíveis aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas com dificuldades funcionais. Informe todas as equipas de distribuição de alimentos sobre a conduta adequada e esperada, inclusive sobre as penalizações por exploração e abuso sexual. Inclua guardiões do sexo feminino para supervisionar a descarga, o recenseamento, a distribuição e a monitorização pós-distribuição dos alimentos; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 7.*

Disponibilizar informações: exponha com destaque a informação sobre as rações nos pontos de distribuição, em idiomas e formatos acessíveis às pessoas que não sabem ler ou que têm dificuldades de comunicação. Informe as pessoas através de mensagens impressas, de áudio, SMS e de voz sobre o seguinte:

- O plano de ração, especificando a quantidade e o tipo das rações alimentares, ou o valor em dinheiro/vale e a que se destina;
- As razões para quaisquer alterações dos planos anteriores (hora, quantidade, produtos, outros);
- O plano de distribuição;
- A qualidade nutricional do alimento e, se necessário, algum cuidado especial para que os beneficiários protejam o valor nutricional dos alimentos;
- Os requisitos para o manuseamento e a utilização segura dos alimentos;
- Informações específicas sobre a utilização ideal do alimento para as crianças;
- Opções para obter mais informações ou para dar *feedback*.

No caso da ajuda em dinheiro, o valor da transferência deve estar incluído na informação sobre a ração. As informações podem ser fornecidas no ponto de distribuição, exibidas no local de pagamento, onde os vales são levantados ou ainda num folheto no idioma local.

As mudanças no alimento fornecido: as mudanças nas rações ou no valor da transferência da ajuda em dinheiro, podem ocorrer devido à falta de alimento disponível, à falta de financiamento ou por outras razões. Quando isso ocorrer, transmita essas alterações aos beneficiários por intermédio dos comitês de distribuição, dos líderes comunitários e das organizações representativas. Desenvolva uma linha de ação conjunta antes das distribuições. O comitê de distribuição deve informar as pessoas sobre as alterações, as suas causas, a data e o plano para a retoma das rações normais. Algumas opções são:

- Reduzir as rações para todos os beneficiários;
- Dar uma ração completa aos indivíduos vulneráveis e uma ração reduzida à população em geral;
- Adiar a distribuição (como último recurso).

A monitorização da distribuição e a entrega: monitorize a alimentação com regularidade pesando aleatoriamente as rações recolhidas pelas famílias para medir a exatidão e a equidade da distribuição. Entreviste os beneficiários certificando-se de que a amostragem da população entrevistada inclui um número equivalente de mulheres e de homens, incluindo os adolescentes e os jovens, de pessoas com deficiência e de idosos. Visitas aleatórias feitas por uma equipa de entrevistadores, constituída de pelo menos, um homem e uma mulher, podem ajudar a determinar a aceitabilidade e a utilidade da ração. Por meio dessas visitas, é possível identificar: as pessoas que correspondem ao critério de seleção, mas não estão a receber ajuda alimentar; os alimentos recebidos de outros lugares, a sua fonte e a sua utilização e o eventual uso da força para tomar posse de bens; a existência de recrutamentos forçados; exploração sexual ou de outra natureza; ☕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*



Ajuda alimentar – Norma 6.4:

Utilização dos alimentos

O armazenamento, a preparação e o consumo dos alimentos é seguro e adequado, tanto ao nível doméstico quanto ao nível comunitário.

Ações-chave

- 1 Proteger as pessoas que recebem ajuda em caso de manuseamento ou preparação inadequados dos alimentos.
 - Informar as pessoas sobre a importância da higiene alimentar e promover boas práticas de higiene ao manusearem os alimentos.
 - Quando forem distribuídas rações cozidas, treinar a equipa sobre o armazenamento, o manuseamento e a preparação segura dos alimentos, e sobre os possíveis riscos à saúde causados por práticas inadequadas.
- 2 Consultar e aconselhar as pessoas que recebem ajuda a respeito do armazenamento, da preparação, do cozimento e do consumo dos alimentos.
- 3 Certificar-se de que as famílias têm acesso seguro e adequado aos utensílios de cozinha, ao combustível, aos fogões de consumo eficiente de combustível, à água limpa e aos materiais de higiene.
- 4 Garantir que os indivíduos que não podem preparar os alimentos ou alimentar-se a si mesmos, tenham acesso a cuidadores que possam auxiliá-los quando seja possível e conveniente.
- 5 Monitorizar a forma como os recursos alimentares são utilizados na habitação.

Indicadores-chave

Número de casos reportados de riscos à saúde causados pelo alimento distribuído

Percentagem de famílias capazes de armazenar e preparar alimentos com segurança

Percentagem de famílias beneficiárias capazes de descrever três ou mais mensagens de conscientização a respeito de higiene

Percentagem de famílias beneficiárias que informam ter acesso aos utensílios de cozinha adequados, ao combustível para o fogão, a água potável e aos materiais de higiene

Notas de orientação

A higiene alimentar: as crises humanitárias podem perturbar as práticas normais de higiene das pessoas. Promova práticas de higiene alimentar adaptadas às condições

loais e ao perfil das doenças que ocorrem na região. Enfatize a importância de evitar a contaminação da água, controlar pragas e sempre lavar as mãos antes de manusear os alimentos. Oriente as pessoas que recebem os alimentos sobre como fazer o armazenamento em casa de forma segura; ⊕ *ver WASH – Normas de promoção da higiene.*

O processamento e o armazenamento dos alimentos: o acesso às instalações de processamento dos alimentos, como os moinhos de cereais, permite que as pessoas preparem os alimentos de acordo com a sua preferência e poupem tempo para outras atividades produtivas. Quando se oferecerem alimentos perecíveis, leve em conta a necessidade de instalações apropriadas para o seu armazenamento, tais como recipientes que possam ser hermeticamente fechados, refrigeradores e congeladores. O calor, o frio e a humidade influenciam o armazenamento dos alimentos perecíveis.

Entre os indivíduos que podem necessitar de ajuda com o armazenamento, o cozimento e a alimentação, estão as crianças pequenas, os idosos, as pessoas com deficiência e as pessoas com VIH. As pessoas com dificuldade de prover alimento para os seus dependentes, como pais com deficiência, podem necessitar de programas de proximidade ou de apoio adicional.

Monitorização da utilização dos alimentos em casa: as organizações humanitárias devem monitorizar e avaliar a utilização dos alimentos em casa e verificar se são adequados e convenientes. Nos agregados familiares, os produtos alimentícios podem ser consumidos como o previsto, ou serem negociados ou permutados. O objetivo da permuta pode ser o acesso a outros produtos alimentares preferidos, o acesso a produtos não alimentares ou o pagamento por serviços, como taxas escolares ou contas médicas. A avaliação da distribuição dentro do agregado familiar também deve monitorizar o uso dos alimentos por sexo, idade e deficiência.

A utilização de dinheiro e dos vales: é importante gerir o risco da compra sob o efeito de pânico, quando as famílias recebem o dinheiro ou os vales. Prepare os comerciantes e as pessoas que estão a receber ajuda, antes, durante e depois da distribuição. Por exemplo: avalie se haverá alimentos disponíveis durante todo o mês ou se seria melhor escalonar as distribuições ao longo do mês. Para isso, podem ser emitidos vales de baixo valor, levantados semanalmente, quando conveniente. O mesmo princípio se aplica ao dinheiro retirado nos terminais automáticos, ou noutras formas de pagamento digitais ou manuais.



7. Meios de Subsistência

A capacidade das pessoas protegerem os seus meios de subsistência está diretamente relacionada com a sua vulnerabilidade e as crises. O entendimento das vulnerabilidades, antes, durante e depois de uma crise, torna mais fácil fornecer a ajuda apropriada e identificar como as comunidades podem reabilitar e melhorar a sua subsistência.

As crises podem perturbar muitos fatores dos quais as pessoas dependem para manter a sua subsistência. As pessoas afetadas por uma crise, podem perder os seus empregos ou ter que abandonar a sua terra ou as fontes de água. Os bens também podem ser destruídos, contaminados ou furtados durante um conflito ou em desastres naturais. Os mercados podem deixar de funcionar.

Nas fases iniciais de uma crise, a prioridade é atender as necessidades básicas de sobrevivência. No entanto, ao longo do tempo, o restabelecimento dos sistemas, as habilidades e as capacidades que sustentam a subsistência, também ajudarão as pessoas a se recuperarem com dignidade. Incentivar a subsistência entre os refugiados muitas vezes apresenta desafios únicos, tais como a concentração em acampamentos ou os quadros jurídicos e políticos restritivos nos países de asilo.

As pessoas que produzem os alimentos necessitam do acesso à terra, à água, aos animais, aos serviços de apoio e aos mercados que possam apoiar a produção. Devem ter os meios para continuar a produzir sem comprometer outros recursos, pessoas ou sistemas; ⊕ *ver [Livestock Emergency Guidelines and Standards \(LEGS\)](#).*

É provável que o impacto de uma crise sobre a subsistência em áreas urbanas seja diferente daquele que ocorre nas áreas rurais. A composição familiar, as habilidades, as deficiências e a instrução da família, determinarão o grau de participação possível das pessoas nas diferentes atividades económicas. Geralmente, as pessoas mais pobres em áreas urbanas têm estratégias de sobrevivência menos diversificadas do que as suas contrapartes nas áreas rurais. Por exemplo, em alguns países, elas não têm acesso a terra para cultivar os alimentos.

A atividade de reunir aqueles que perderam os seus meios de subsistência, com aqueles que influenciam a criação de novas oportunidades, ajudará a estabelecer as prioridades de uma resposta de subsistência. Isso deve ser o reflexo de uma análise dos mercados de trabalho, dos serviços e dos produtos associados. Todas as intervenções de subsistência devem considerar como utilizar e/ou apoiar os mercados locais; ⊕ *ver [Minimum Economic Recovery Standards \(MERS\)](#).*

Meios de subsistência – Norma 7.1: Produção primária

Os mecanismos de produção primária recebem proteção e apoio.

Ações-chave

- 1 Proporcionar o acesso a insumos e/ou a bens de produção aos agricultores.
 - Preferir a utilização de dinheiro ou de vales quando os mercados estiverem a funcionar e se possa apoiá-los na sua recuperação, para que os agricultores tenham flexibilidade na escolha dos insumos, das sementes, das espécies de peixe ou de outros animais da sua preferência.
 - Introduzir novas tecnologias depois de uma crise, apenas se já tiverem sido testadas em contextos similares ou adaptadas aos mesmos.
- 2 Distribuir insumos que sejam aceites no local, que estejam em conformidade com as normas pertinentes de qualidade e estejam na época própria para a sua melhor utilização.
 - Dar preferência aos insumos pecuários adequados ao local e às variedades de cultivos locais que já estejam em utilização e terão procura na próxima estação.
- 3 Certificar-se de que os insumos e os serviços não aumentem a vulnerabilidade dos beneficiários ou criem conflito dentro da comunidade.
 - Avaliar a possível competição por recursos naturais escassos (tais como a terra ou água) assim como um eventual dano às redes sociais de apoio existentes.
- 4 Propiciar a participação equitativa dos homens e das mulheres afetadas no planeamento, na tomada de decisões e na monitorização das respostas de produção primária.
- 5 Formar os produtores que estão ativos nos setores da agricultura, pesca, aquíicultura, silvicultura e pecuária, em práticas sustentáveis de produção e de gestão.
- 6 Avaliar o mercado e estimular a procura por cultivo de cereais, de vegetais e de outros produtos agrícolas produzidos localmente.



Indicadores-chave

Alteração percentual na produção (de alimento ou da fonte de rendimento) da população beneficiária em relação a um ano normal

Percentagem de famílias que informam ter acesso a instalações adequadas de armazenamento para os seus produtos

Percentagem de famílias beneficiárias cujo acesso físico aos mercados ativos melhorou devido às intervenções do programa

Notas de orientação

As estratégias de produção: as estratégias de produção devem ter uma oportunidade razoável de desenvolvimento e de sucesso no contexto. Isso pode depender de muitos fatores, incluindo o acesso a:

- suficientes recursos naturais, mão de obra, insumos agrícolas e capital financeiro;
- variedades de sementes de boa qualidade adaptadas às condições locais;
- animais produtivos que representem um recurso crucial para a segurança alimentar; ⊕ *ver [Livestock Emergency Guidelines and Standards \(LEGS\)](#).*

Além disso, a estratégia deve levar em consideração as habilidades existentes de trabalhar pela subsistência, as preferências comunitárias, o ambiente físico e o potencial de expansão.

Promova atividades variadas de subsistência numa área local, impedindo, ao mesmo tempo, o uso excessivo dos recursos naturais. O dano ambiental não só aumenta o risco de uma crise, mas também contribui para criar tensões entre as comunidades. As intervenções de subsistência devem promover a adaptação à alteração climática sempre que possível; por exemplo, selecionando variedades de sementes adaptadas.

Evite o trabalho infantil associado a iniciativas de subsistência. Conheça o impacto indireto de programas de subsistência sobre as crianças, como aqueles em que têm que faltar à escola por serem obrigadas a ajudar em casa enquanto um dos pais está a trabalhar.

A energia: leve em consideração a necessidade de energia para o trabalho mecanizado, o processamento de alimentos, a comunicação, as cadeias de refrigeração para a conservação dos alimentos e os equipamentos de combustão eficientes.

As melhorias: considere a possibilidade de introduzir variedades melhoradas de cultivos, espécies de gado ou de peixe, novas ferramentas, fertilizantes ou práticas inovadoras de gestão. Fortaleça a produção de alimentos baseada na manutenção dos padrões anteriores à crise e/ou em vínculos com planos de desenvolvimento nacionais.

As novas tecnologias: produtores e consumidores locais devem compreender e aceitar as implicações das novas tecnologias nos sistemas locais de produção, nas práticas culturais e no meio ambiente, antes de adotá-las. Ao introduzir novas tecnologias, propicie à comunidade consultas, informações e formação adequadas. Assegure o acesso de grupos sob o risco de discriminação (inclusive mulheres, idosos, minorias e pessoas com deficiência). Se possível, trabalhe em coordenação com especialistas em meios de subsistência e com ministérios do governo. Garanta apoio tecnológico continuado, acessibilidade futura à tecnologia, e estude a sua viabilidade comercial.

A ajuda em dinheiro ou a crédito pode ser proporcionada com a finalidade de ser usada em feiras de sementes ou de gado. Procure entender as consequências que a abordagem escolhida pode ter para a nutrição das pessoas, levando em consideração se permite que sejam as próprias pessoas a produzirem os alimentos ricos

em nutrientes, ou se fornece dinheiro para a compra desses alimentos. Verifique a viabilidade da prestação de ajuda em dinheiro para a compra de insumos de produção, considerando a disponibilidade de mercadorias, o acesso aos mercados e a existência de um mecanismo de transferência de dinheiro que seja seguro, acessível e sensível ao gênero; ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS) e Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*

A sazonalidade e as flutuações dos preços: forneça insumos agrícolas e serviços veterinários de modo que coincidam com as estações pertinentes da agricultura e da pecuária. Por exemplo, forneça sementes e ferramentas antes da estação de plantio. A redução de gado durante a seca, deve acontecer antes que ocorra mortalidade em excesso. Uma nova expansão deve começar quando a probabilidade de recuperação for elevada, por exemplo, depois da estação chuvosa seguinte. Quando necessário, ofereça ajuda alimentar para proteger as sementes e os insumos. Assegure-se de que os insumos são sensíveis às diferentes capacidades, necessidades e riscos de grupos variados, inclusive das mulheres e das pessoas com deficiência. As flutuações sazonais extremas de preços, afetam negativamente os agricultores pobres que vendem o seu produto logo após a colheita, quando os preços estão no ponto mais baixo. Essas flutuações também têm um impacto negativo sobre os criadores de animais, que tenham que vendê-los durante a seca. Da mesma forma, os consumidores com rendimento disponível limitado não podem investir no *stock* de alimentos. Eles dependem de compras pequenas e frequentes. Como resultado disso, comprem alimentos mesmo quando os preços estão elevados, como durante uma seca. Para orientação pecuária, ⊕ *ver Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*

As sementes: os agricultores e os especialistas agrícolas locais devem aprovar variedades específicas. As sementes devem ser adequadas à agroecologia local e às condições de gestão próprias dos agricultores. Também devem ser resistentes às doenças e a suportar condições meteorológicas eventualmente extremas, devido às alterações climáticas. Teste a qualidade das sementes que venham fora da região e certifique-se de que são adequadas às condições locais. Dê aos agricultores acesso a uma variedade de grãos e de espécies nas intervenções relacionadas com as sementes. Isso permite-lhes decidir o que é melhor para o seu sistema agrícola específico. Por exemplo, os agricultores que cultivam milho, podem preferir sementes híbridas, em vez das variedades locais. Obedeça às políticas governamentais em relação às sementes híbridas. Não distribua sementes geneticamente modificadas sem a aprovação das autoridades locais. Informe os agricultores, caso estejam a receber sementes geneticamente modificadas. Quando utilizarem vales ou participarem em feiras de sementes, incentive-os a comprar sementes dos fornecedores locais formais. Os agricultores podem preferir variedades tradicionais já adaptadas ao contexto local. Essas sementes certamente estarão disponíveis por um preço mais baixo, o que significa que os agricultores obtêm mais sementes com um vale do mesmo valor.

As tensões comunitárias e os riscos à segurança: é possível que surjam tensões entre as pessoas deslocadas e a população local, ou no seio da comunidade afetada, quando a produção exigir uma mudança no acesso aos recursos naturais



disponíveis. A competição pela água ou pela terra, pode provocar restrições no seu uso. A produção primária de alimentos pode ser inviável, se houver uma escassez de recursos naturais vitais a longo prazo. Também não será possível se faltar o acesso a algumas populações, como às pessoas sem terra. Fornecer insumos gratuitamente também pode perturbar o suporte social já existente, comprometer os mecanismos de redistribuição ou afetar os operadores do setor privado. Isso pode criar tensões e reduzir o acesso futuro a insumos; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1.*

A cadeia de suprimentos: utilize cadeias de suprimentos locais verificáveis para obter insumos e serviços para a produção alimentar (como serviços veterinários e sementes). Para apoiar o setor privado local, utilize mecanismos de ajuda, como dinheiro ou vales, que conectam os produtores primários diretamente com os fornecedores. Ao conceber os sistemas locais de compras, leve em conta a disponibilidade de insumos apropriados e a capacidade dos fornecedores aumentarem a sua oferta. Avalie o risco de inflação e a sustentabilidade da qualidade dos insumos. Monitorize e mitigue os efeitos negativos das respostas sobre os preços de mercado, inclusive o efeito de grandes compras e de distribuições locais de alimento. Considere os efeitos de compras locais de alimentos e de importações sobre as economias locais. Ao trabalhar com o setor privado, identifique e procure solucionar as desigualdades de gênero e partilhe equitativamente os lucros; ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS).*

Verifique se os produtores realmente usam os insumos fornecidos da forma pretendida. Confira a qualidade dos insumos quanto ao seu desempenho, aceitabilidade e preferências dos produtores. Avalie como o projeto impactou a disponibilidade de alimentos ao nível domiciliário. Por exemplo, leve em consideração a quantidade e a qualidade dos alimentos que estão em *stock*, consumidos, negociados ou dados. Se o projeto tem como objetivo o aumento da produção de um tipo específico de alimento (de origem animal ou à base de peixe, ou legumes altamente proteicos), investigue a utilização desses produtos pela família. Inclua uma análise sobre o seu benefício para os diversos membros da família, como as mulheres, as crianças, os idosos e as pessoas com deficiência.

O armazenamento após a colheita: uma proporção significativa da produção (média estimada de 30%) não é utilizável após a colheita, devido às perdas. Ajude as pessoas afetadas a reduzir as perdas, gerindo o manuseamento, o armazenamento, o processamento, o embalamento, o transporte, a comercialização e outras atividades posteriores à colheita. Aconselhe-as e capacite-as para que armazenem a sua colheita, de modo a evitar a humidade e as aflatoxinas produzidas por fungos. Capacite-as para que processem os seus cultivos, especialmente os cereais.

Meios de Subsistência – Norma 7.2: Rendimento e emprego

As mulheres e homens têm igual acesso a oportunidades adequadas para obtenção de rendimentos, quando a criação de rendimento e o emprego são estratégias de subsistência viáveis.

Ações-chave

- 1 Basear as decisões relativas a atividades rentáveis numa avaliação de mercado sensível ao gênero.
 - Reduzir o risco de subnutrição e outros riscos de saúde pública, ao garantir que a participação nas oportunidades de criação de rendimento não prejudique os cuidados infantis, e outras responsabilidades de cuidados.
 - Saber o preço da mão de obra da comunidade e o salário mínimo nacional para o trabalho qualificado e não qualificado.
- 2 Escolher as formas de remuneração (em espécie, dinheiro, vales, alimentos ou uma combinação destes) com base numa análise participativa.
 - Conhecer as capacidades locais, os benefícios de segurança e proteção, as necessidades imediatas, o acesso equitativo, os sistemas existentes de mercado e as preferências das pessoas afetadas.
- 3 Basear o valor da remuneração no tipo de trabalho, nas regras locais, nos objetivos da recuperação dos meios de subsistência e nos valores de remuneração aprovados que prevalecem na região.
 - Estudar medidas que funcionem como redes de proteção, como as transferências incondicionais de dinheiro ou de alimentos para as famílias que não possam participar dos programas de trabalho.
- 4 Adotar e manter ambientes de trabalho inclusivos, seguros e protegidos.
 - Monitorizar o risco de assédio sexual, discriminação, exploração e abuso sexual no local de trabalho e responder prontamente às reclamações.
- 5 Promover parcerias com o setor privado e com outras partes intervenientes para criar oportunidades sustentáveis de emprego.
 - Proporcionar recursos de capital de forma equitativa para facilitar a recuperação da subsistência.
- 6 Sempre que possível, escolher opções de criação de rendimento sensíveis ao meio ambiente.



Indicadores-chave

Porcentagem da população beneficiária que melhora o seu rendimento líquido durante um período definido

Percentagem de famílias com acesso a crédito

Percentagem da população beneficiária que tem atividades diversificadas de criação de rendimento

Percentagem da população beneficiária empregada (ou trabalhadora por conta própria) em atividades sustentáveis de subsistência por um período de tempo definido (seis a doze meses)

Percentagem da população afetada que tem acesso físico e econômico a mercados em funcionamento e/ou a outros serviços (formais ou informais) de apoio à subsistência

Notas de orientação

A análise: é fundamental uma análise de trabalho e de mercado que seja sensível ao gênero para justificar e definir atividades, promover a recuperação e a resiliência e manter os resultados. Compreender os papéis e as responsabilidades na família é essencial para abordar quaisquer custos nas oportunidades de trabalho, tais como cuidar de crianças ou idosos, ou aceder a outros serviços como educação ou cuidados de saúde.

Utilize as ferramentas existentes para entender os mercados e os sistemas econômicos. As respostas em termos de segurança alimentar, devem estar baseadas nas funções do mercado, anteriores e posteriores à crise e na sua capacidade de melhorar as condições de vida das pessoas pobres. Discuta alternativas ou adaptações para os grupos de risco (como os de jovens, de pessoas com deficiência, de mulheres grávidas ou de idosos) dentro do grupo de beneficiários. Analise as suas habilidades, as suas experiências e as suas capacidades, assim como os riscos potenciais e as estratégias de mitigação. Averigue se os membros das famílias normalmente migram para trabalhos temporários. Entenda como os diferentes grupos da população atingida podem ter o acesso restringido aos mercados e às oportunidades de trabalhar pela subsistência, e ajude-os a obtê-lo.

As medidas da rede de segurança: algumas mulheres e homens podem não ser capazes de participar em atividades rentáveis como, por exemplo, um casal de idosos. A própria crise pode impossibilitar que outras pessoas permaneçam empregadas, devido às mudanças nas suas responsabilidades ou no seu estado de saúde. As medidas de curto prazo da rede de segurança vinculadas aos sistemas nacionais de proteção social, podem apoiar tais casos. Recomende novas redes de segurança, quando necessário. As medidas da rede de segurança devem respaldar a distribuição justa dos recursos, garantindo que as mulheres e as meninas tenham acesso direto aos recursos quando conveniente. Ao mesmo tempo, trabalhe com beneficiários das redes de segurança para encontrar formas de transição para as atividades de criação de rendimento que sejam seguras e sustentáveis. Sempre que possível, as respostas baseadas em dinheiro, devem estar ligadas a programas de redes de segurança como parte da estratégia da sustentabilidade e da proteção social.

Os pagamentos: faça uma análise de mercado antes de implementar algum programa de trabalho remunerado. O pagamento pode ser feito em dinheiro ou em alimentos, ou por uma combinação destes, e deve permitir o atendimento das necessidades das famílias que estejam sob insegurança alimentar. Comunique os objetivos do projeto, as expectativas da organização humanitária em relação aos trabalhadores, as condições sob as quais as pessoas vão trabalhar, o valor e o processo de pagamento.

Faça do pagamento um incentivo para as pessoas melhorarem a sua própria situação, e não uma compensação por qualquer trabalho na comunidade. Leve em conta as necessidades de compra das pessoas e o impacto da doação de dinheiro ou de alimento, para proporcionar um rendimento familiar que atenda às necessidades básicas como a escola, os cuidados de saúde e as obrigações sociais. Decida caso a caso sobre qual o tipo e o nível de pagamento. Faça uma monitorização para assegurar que todas as mulheres e os homens sejam pagos de forma equitativa pelas mesmas unidades de trabalho acordadas, e para que não haja discriminação contra determinados grupos.

Leve em conta o impacto do valor de revenda em mercados locais, quando o pagamento for feito em espécie e quando for por transferência de rendimento. Novas atividades de criação de rendimento devem melhorar em vez de substituir as várias fontes de rendimento existentes. O pagamento não deve ter um impacto negativo sobre os mercados de trabalho locais, por exemplo, causando a inflação de salários, desviando o trabalho de outras atividades ou debilitando os serviços públicos essenciais.

O poder de compra: o fornecimento de dinheiro pode ter efeitos positivos multiplicadores nas economias locais, mas também pode provocar a inflação dos bens essenciais. A distribuição de alimentos também pode afetar o poder de compra das pessoas que recebem ajuda. O poder de compra associado a um certo alimento ou a uma combinação de alimentos determina se a família beneficiária vai comer ou vender aqueles alimentos. Algumas mercadorias (como óleo) são mais fáceis de vender por um bom preço do que outras (como alimentos misturados). Desenvolva um entendimento das vendas e das compras domiciliárias de alimentos, ao avaliar o impacto mais amplo dos programas de distribuição de alimentos.

A segurança no trabalho: utilize procedimentos práticos para minimizar os riscos para a saúde pública ou para tratar lesões. Por exemplo, ofereça formação, roupa de proteção e kits de primeiros socorros quando for necessário. Reduza o quanto possível o risco de exposição a doenças transmissíveis e ao VIH. Estabeleça rotas seguras de acesso aos locais de trabalho, munindo os trabalhadores de tochas, onde o caminho não for bem iluminado. Utilize sinos, apitos e rádios para avisar sobre as ameaças. Incentive deslocamentos em grupos e evite-os depois de escurecer. Certifique-se de que todos os participantes estão cientes dos procedimentos de emergência e podem aceder aos sistemas de alerta precoce. Devem-se proteger igualmente as mulheres e as meninas e atuar contra quaisquer normas discriminatórias no local de trabalho.

Administrar os deveres da família e do lar: fale regularmente com as pessoas afetadas, inclusive com as mulheres e os homens separadamente, para conhecer as suas preferências e as suas prioridades em relação à criação de rendimento, às



oportunidades de trabalho remunerado, e a outras necessidades da família e do lar. Converse sobre a carga de trabalho, e sobre qualquer tensão no ambiente familiar que tenha sido intensificada devido a alterações nos papéis tradicionais do gênero, e no maior controle das mulheres sobre os bens.

Os horários das atividades de trabalho remunerado, devem levar em conta a condição física e as rotinas diárias dos homens e das mulheres e devem ser culturalmente adequados. Devem ser considerados, por exemplo, os momentos de oração e os feriados públicos. As horas de trabalho não devem originar exigências irracionais que competem com o tempo das pessoas. Os programas não devem desviar os recursos domésticos das atividades produtivas existentes, nem devem afetar negativamente o acesso a outros empregos ou aos estudos. A participação na criação de rendimento deve respeitar a legislação nacional sobre a idade mínima para o trabalho, a qual geralmente não é menor que a idade para o término da escolaridade obrigatória. Se houver cuidadores de crianças pequenas a participar no programa, recomenda-se a disponibilização de instalações de cuidados infantis, com financiamento adequado, nos locais de trabalho.

A gestão ambiental: apoie a participação das pessoas em atividades ambientais, tais como o plantio de árvores, a limpeza do acampamento e a reabilitação ambiental mediante programas de alimentação e de trabalho remunerado. Ainda que temporárias, essas atividades aumentarão o envolvimento das pessoas com o seu meio ambiente.

Estude a acessibilidade e a segurança do ambiente de trabalho. Assegure que qualquer entulho a ser limpo não contenha materiais perigosos. Os programas de pagamento por trabalho sem vínculo de emprego não devem incluir limpeza em centros industriais ou em locais de gestão de resíduos.

Promova a produção de materiais de construção ambientalmente sustentáveis como uma atividade que gere rendimento e proporcione a correspondente formação profissional. Capacite as pessoas e incentive a compostagem do lixo biodegradável para a utilização como adubo.

O setor privado: o setor privado pode ter um papel importante na facilitação da proteção e na recuperação da subsistência. Sempre que possível, estabeleça parcerias para criar oportunidades de emprego. Essas parcerias também podem ajudar a estabelecer e a desenvolver os micro, os pequenos e os médios empreendimentos. As incubadoras de negócios e de tecnologia, podem proporcionar o capital financeiro e as oportunidades para a transferência do conhecimento; ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS).*

Apêndice 1

Lista de verificação para avaliação da segurança alimentar e dos meios de subsistência

As análises de segurança alimentar costumam classificar as pessoas afetadas por grupos de meios de subsistência, segundo as suas fontes de rendimento ou alimentação, e as suas estratégias para obtê-las. Também se pode dividir a população de acordo com grupos ou níveis de riqueza. É importante comparar a situação do momento com o histórico da segurança alimentar antes da crise. Utilize “anos normais” como uma base de referência. Considere os papéis e as vulnerabilidades específicas das mulheres e dos homens e as suas implicações na segurança alimentar doméstica.

As perguntas da lista de verificação a seguir incluem as áreas gerais a serem consideradas numa análise da segurança alimentar.

Segurança alimentar por grupos de meios de subsistência

- Existem grupos na população que partilham as mesmas estratégias de subsistência? Como é que podem ser classificados segundo as suas principais fontes de alimentação ou de rendimento?

Segurança alimentar antes da crise (base de referência)

- Como é que os diferentes grupos de meios de subsistência obtinham os alimentos ou o rendimento antes da crise? Durante um ano normal do passado recente, quais eram as suas fontes de alimento e de rendimento?
- Como é que essas diferentes fontes de alimento e de rendimento variavam conforme a estação e a geografia num ano normal? Pode ser útil elaborar um calendário sazonal.
- Todos os grupos obtinham comida suficiente e de qualidade adequada para uma boa nutrição?
- Todos os grupos obtinham um rendimento suficiente por meios não nocivos, de modo a colmatar as suas necessidades básicas? Leve em consideração a alimentação, a educação, a saúde, o sabão e outros artigos domésticos, vestuário e insumos para produção, tais como sementes e ferramentas (as duas últimas perguntas indicarão se havia problemas crónicos. Os problemas já existentes podem piorar numa crise. A resposta apropriada dependerá da natureza crónica ou aguda do problema).
- Ao fazer uma retrospectiva dos últimos cinco ou dez anos, como é que a segurança alimentar variou de um ano para o outro? Pode ser útil elaborar uma linha de tempo ou um histórico da segurança alimentar.
- Que tipo de bens, poupanças ou outras reservas, os diferentes grupos de meios de subsistência possuem? Por exemplo, *stocks* de alimentos, economias, criação de animais, investimentos, créditos e dívidas não cobradas.



- Durante o período de uma semana ou um mês, quais são as despesas domésticas? Que proporção é gasta em cada artigo?
- Quem na família é responsável pela administração do dinheiro e em quê o dinheiro é gasto?
- Quão acessível é o mercado mais próximo para se obter os bens essenciais? Leve em conta os fatores como a distância, a segurança, a facilidade de movimento, a disponibilidade e a acessibilidade às informações, aos mercados e ao transporte.
- Qual é a disponibilidade e o preço dos bens essenciais, inclusive dos alimentos?
- Antes da crise, qual era a proporção média entre o custo das necessidades básicas (alimentos, insumos agrícolas, cuidados com a saúde, etc.) e as fontes de rendimento (cultivos e criação de animais, salários, etc.)?

Segurança alimentar durante a crise

- Como é que a crise afetou as diferentes fontes de alimento e de rendimento em cada grupo de meios de subsistência identificado?
- Como é que isso afetou os padrões sazonais comuns da segurança alimentar nos diferentes grupos?
- Como é que isso afetou o acesso aos prestadores de serviços financeiros, aos mercados, à disponibilidade dos mercados e aos preços de bens essenciais?
- Para diferentes grupos de meios de subsistência, quais são as diferentes estratégias de enfrentamento da crise e qual a proporção de pessoas envolvidas? Como é que isso mudou em relação à situação anterior à crise?
- Qual é o grupo ou a população mais afetada?
- Quais são os efeitos a curto e a médio prazo das estratégias de enfrentamento nos recursos financeiros e nos outros bens das pessoas?
- Em relação a todos os grupos de meios de subsistência e a todas as pessoas em risco, quais são os efeitos das estratégias de enfrentamento na sua saúde, no seu bem-estar geral e na sua dignidade? Há riscos associados às estratégias de enfrentamento?

Apêndice 2

Lista de verificação para avaliação da segurança das sementes

A seguir apresentam-se exemplos de perguntas para uma análise da segurança das sementes. As avaliações da segurança das sementes, devem levar em consideração a legislação nacional sobre as variedades híbridas e geneticamente modificadas.

Segurança das sementes antes da crise (base de referência)

- Quais são os cultivos mais importantes dos agricultores? Para quê os utilizam? Para consumo, rendimento, ou ambos? Esses cultivos são realizados em cada estação? Que outros cultivos se podem tornar importantes em tempos difíceis?
- Como é que os agricultores normalmente conseguem as sementes ou outros materiais de plantio para essas lavouras? Leve em consideração todos os canais.
- Quais são os parâmetros de sementeira para cada um dos cultivos mais importantes? Qual é a área média plantada? Quais são as taxas de sementeira? Quais são as taxas de multiplicação (sementes ou grãos colhidos divididos pelas sementes plantadas)?
- Existem variedades importantes ou preferidas de cultivos específicos (variedades adaptadas ao clima local)?
- Quais são os meios de produção essenciais para cultivos ou variedades específicas?
- Quem na família é responsável pela tomada de decisões, por gerir os cultivos e escoar os produtos em diferentes fases da produção e pós-produção?

Segurança das sementes após uma crise

- É viável uma intervenção em relação à agricultura do ponto de vista das pessoas que estão a receber assistência?
- Quais são os cultivos mais atingidos pela crise? A atenção deveria estar neles? Porquê, ou porque não?
- Os agricultores estão confiantes de que agora a situação está estável e suficientemente segura para poderem cultivar, colher e vender, ou consumir um cultivo com sucesso?
- Eles têm suficiente acesso a terras e a outros meios de produção (adubo, implementos, animais de tração)?
- Eles estão preparados para se envolverem novamente na agricultura?

Análise do suprimento e da procura de sementes: *stocks* domésticos

- As quantidades de sementes da produção doméstica disponíveis para a sementeira são adequadas? Isso inclui tanto sementes de uma colheita do próprio agricultor, como sementes eventualmente disponíveis através das redes sociais (por exemplo, dos vizinhos).



- Este é um produto que os agricultores ainda querem plantar? Está adaptado às condições locais? Ainda há procura desse produto?
- As variedades disponíveis por intermédio da produção própria do agricultor ainda são adequadas para plantar na próxima temporada? A qualidade das sementes atende aos padrões normais do agricultor?

Análise do suprimento e da procura de sementes: os mercados locais

- Os mercados, em geral, estão a funcionar apesar da crise (os dias de mercado são mantidos, os agricultores são capazes de se deslocarem, de vender e comprar livremente)?
- Os atuais volumes de sementes e de grãos disponíveis são comparáveis àqueles sob as condições normais na mesma época, e em anos anteriores?
- Os produtos e as variedades que os agricultores percebem como adequados para cultivar são encontrados nos mercados?
- Os atuais preços de mercado de sementes ou grãos são comparáveis com os preços do mesmo período em anos anteriores? Se houver um diferencial de preço, é provável que a sua magnitude venha a ser um problema para os agricultores?

Análise do suprimento e da procura de sementes: o setor formal

- Os produtos e as variedades em oferta no setor formal, estão adaptados às zonas especificamente atingidas? Há evidência de que os agricultores vão utilizá-los?
- As sementes disponíveis no setor formal atendem à procura desencadeada pela crise? Se não, a que proporção das necessidades dos agricultores elas atenderão?

Apêndice 3

Lista de verificação de avaliação nutricional

A seguir apresentam-se exemplos de perguntas para avaliações que examinam as causas subjacentes à subnutrição, ao nível de risco nutricional e às possibilidades de resposta. As perguntas baseiam-se nos fundamentos conceptuais das causas da subnutrição; ⊕ *ver Figura 7 – Segurança alimentar e nutrição: causas da subnutrição*. É provável que as informações possam ser obtidas de diversas fontes. Para reuni-las serão necessárias várias ferramentas de análise incluindo entrevistas com informantes-chave, observação e revisão dos dados secundários.

Situação de pré-emergência

Que informação já existe sobre a natureza, a escala e as causas de subnutrição entre as pessoas atingidas? ⊕ *Ver Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.1.*

O risco atual da subnutrição

Qual é o risco da subnutrição relacionada com a redução do acesso aos alimentos?

⊕ Ver Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação da segurança alimentar e dos meios de subsistência.

Qual é o risco de subnutrição relacionado com as práticas da alimentação e dos cuidados com os lactentes e com as crianças pequenas?

- Existe alguma mudança nos padrões sociais e laborais (devido a fatores como a migração, o deslocamento ou o conflito armado) que afetam os papéis e as responsabilidades na família?
- Existe alguma mudança na composição normal das famílias? Há um número grande de crianças separadas?
- O ambiente normal de cuidados foi perturbado (por exemplo, devido a deslocamento) afetando o acesso aos cuidadores secundários, à alimentação ou à água?
- Existem lactentes não amamentados? Há lactentes alimentados artificialmente?
- Houve alguma evidência ou suspeita de declínio nas práticas de alimentação dos lactentes durante a crise? Em particular, houve uma diminuição das taxas de iniciação à amamentação ou de amamentação exclusiva? Houve algum aumento nas taxas de alimentação artificial e/ou algum aumento na proporção de lactentes não amamentados?
- Os suplementos alimentares seguros, nutricionalmente adequados, apropriados para a idade e os meios de preparação são acessíveis do ponto de vista higiénico?
- Há alguma prova ou suspeita de distribuição geral dos substitutos do leite materno, como a fórmula para lactentes, outros produtos lácteos, os biberões e as tetinas, que sejam doados ou comprados?



- Em comunidades pastoris, os rebanhos têm estado afastados das crianças pequenas por muito tempo? O acesso ao leite mudou em relação ao seu nível normal?
- O VIH afetou as práticas de cuidados no ambiente familiar?
- A ração alimentar geral foi adaptada às necessidades dos idosos e das pessoas com dificuldade de se alimentarem? Avalie a sua composição energética e seu conteúdo de micronutrientes. Estude a aceitabilidade dos produtos alimentícios (palatabilidade, mastigabilidade e digestibilidade).

Qual é o risco da subnutrição relacionada com a saúde pública precária?

- Há relatórios de surtos de doenças como sarampo ou doença diarreica aguda que podem afetar a situação nutricional? Há risco desses surtos ocorrerem?
⊕ *Ver Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.1 Doenças transmissíveis.*
- Qual é a cobertura estimada da vacinação contra o sarampo entre as pessoas afetadas? ⊕ *Ver Cuidados essenciais de saúde: saúde da criança – Norma 2.2.1.*
- A vitamina A é rotineiramente administrada com a vacinação contra o sarampo? Qual é a cobertura estimada da suplementação da vitamina A?
- Existem estimativas das taxas de mortalidade (brutas ou de crianças menores de 5 anos)? Quais são as estimativas e qual o método utilizado para obtê-las?
⊕ *Ver Conceitos essenciais relativos à saúde.*
- Há ou haverá um declínio significativo na temperatura ambiente que deverá afetar a prevalência de infeção respiratória aguda ou as necessidades de energia das pessoas atingidas?
- Existe uma alta prevalência de VIH?
- Existem pessoas já vulneráveis à subnutrição devido à pobreza ou a problemas de saúde?
- Há excesso de população (ou risco de que haja) ou alta prevalência de tuberculose?
- Existem casos relatados de doenças não transmissíveis como a diabetes, a artrite, as doenças cardiovasculares e a anemia?
- Há alta incidência de malária?
- Há pessoas que estiveram na água ou com roupas molhadas, ou expostas a outras condições ambientais adversas por longos períodos de tempo?

Que estruturas locais formais ou informais existem atualmente por intermédio das quais eventuais intervenções poderiam ser encaminhadas?

- Que capacidade têm o Ministério da Saúde, as organizações religiosas, os grupos de apoio comunitários, os grupos de apoio à amamentação ou as ONG, de estarem presentes por um curto ou longo prazo na área?
- Que intervenções nutricionais ou apoio comunitário já estavam em vigor e eram organizados pelas comunidades locais, indivíduos, ONG, organizações governamentais, agências da ONU ou organizações religiosas? Quais são as políticas nutricionais (passadas, em andamento ou prescritas), as respostas nutricionais planeadas a longo prazo e que programas estão a ser implementados ou planeados em resposta à situação atual?

Apêndice 4

Medir a desnutrição aguda

Em emergências nutricionais importantes, pode-se tornar necessário incluir os lactentes menores de 6 meses, as mulheres grávidas e as lactantes, as crianças mais velhas, os adolescentes, os adultos e os idosos, nas análises nutricionais ou nos programas nutricionais.

Lactentes menores de 6 meses

Embora hajam pesquisas em andamento para esta faixa etária, há uma base limitada de evidências para análise e gestão. A maior parte das diretrizes recomenda as mesmas definições antropométricas de casos de desnutrição aguda de lactentes como as estabelecidas para crianças mais velhas, entre os 6 e os 59 meses de idade (exceto no que diz respeito ao perímetro braquial, PB, que atualmente não é recomendado para os lactentes menores de 6 meses). Os critérios de admissão estão focados no tamanho real e não na avaliação do crescimento.

A mudança das referências de crescimento do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde (NCHS, sigla em inglês) dos Estados Unidos para os padrões de crescimento da Organização Mundial de Saúde de 2006, resulta em mais casos de lactentes menores de 6 meses registrados como emaciados. Em consequência disso, é possível que mais bebês se apresentem aos programas de alimentação ou que os cuidadores fiquem preocupados com a adequação do aleitamento materno exclusivo. É importante avaliar e levar em consideração o seguinte:

- O crescimento longitudinal do lactente — a taxa de crescimento é boa, apesar do tamanho do corpo ser pequeno (alguns bebês podem estar a recuperar o “comprimento perdido” após um baixo peso ao nascer)?
- Práticas de alimentação dos lactentes — o bebê está a ser alimentado exclusivamente por leite materno?
- Situação clínica — o lactente tem complicações ou condições médicas tratáveis ou que o coloquem em situação de alto risco?
- Fatores maternos — por exemplo, a mãe carece de apoio familiar ou está deprimida? O internamento em programas de alimentação terapêutica deve ser uma prioridade para lactentes de alto risco.

Crianças na faixa etária dos 6 aos 59 meses

A tabela a seguir mostra os parâmetros comumente utilizados para a desnutrição aguda das crianças na faixa etária dos 6 aos 59 meses. Calcule os índices peso por altura usando os padrões de crescimento infantil da Organização Mundial de Saúde de 2006. A pontuação Z do índice peso por altura, P/A (de acordo com os padrões da OMS), é o indicador preferido para informar os resultados de pesquisas



antropométricas. O perímetro braquial (PB) é um critério independente para a desnutrição aguda e é um dos fatores mais precisos de previsão da mortalidade. A prevalência de um PB baixo também é utilizado para prever a quantidade de casos para os programas de alimentação suplementar e de cuidados terapêuticos. Os parâmetros comumente utilizados são <11,5 cm para a desnutrição aguda grave e 11,5 a 12,5 cm para a desnutrição aguda moderada. O PB também é frequentemente utilizado juntamente com um parâmetro superior, no processo de triagem em duas etapas. No entanto, não deve ser utilizado sozinho em pesquisas antropométricas, embora possa ser utilizado como o único critério de admissão em programas de alimentação.

	Desnutrição aguda global	Desnutrição aguda moderada	Desnutrição aguda grave
Crianças dos 6 aos 59 meses	Pontuação Z de P/A < -2 e/ou PB < 12,5cm e/ou edema nutricional	Pontuação Z de P/A - 3 a -2 e/ou PB 11,5 a 12,5cm	Pontuação Z de P/A < -3 e/ou PB < 11,5cm e/ou edema nutricional
Idosos	PB 21cm	PB 18,5 a 21,0cm	PB 18,5cm
Mulheres grávidas e lactantes	PB < 23cm (pode ser < 21cm em certos contextos)	PB 18,5 a 22,9cm	PB < 18,5cm
Adultos (inclusive pessoas com VIH ou tuberculose)	IMC < 18,5	IMC 16 a 18,5	IMC < 16

Crianças e jovens na faixa etária dos 5 aos 19 anos

Utilize os padrões de crescimento da Organização Mundial de Saúde de 2007 para determinar a situação nutricional das crianças e dos jovens dos 5 aos 19 anos. Essas curvas de dados de referência do crescimento, alinham-se perfeitamente aos padrões de crescimento infantil da OMS para crianças dos 6 aos 59 meses e aos limiares recomendados para adultos. Considere a utilização do perímetro braquial (PB) nas crianças mais velhas e nos adolescentes, especificamente no contexto de VIH. Como esta é uma área técnica em desenvolvimento, é importante consultar as orientações e as atualizações técnicas mais recentes.

Adultos (dos 20 aos 59 anos)

Não há nenhuma definição consensual sobre a desnutrição aguda em adultos, mas as evidências sugerem que o limiar indicativo da desnutrição aguda grave, poderia ser um índice de massa corporal (IMC) inferior a 16, e para a desnutrição aguda leve e moderada poderia ser inferior a 18,5. As pesquisas de desnutrição dos adultos devem visar a recolha de dados do peso, altura e altura sentado, e as medidas do perímetro braquial (PB). Esses dados podem ser usados para calcular o IMC. O IMC deve ser ajustado pelo índice Cormic (a proporção da altura sentado para a altura em pé) somente para fazer comparações entre populações. Tal ajuste pode mudar substancialmente a aparente prevalência da subnutrição em adultos e pode ter

consequências importantes para a programação. As medições do PB devem ser feitas sempre. Se são necessários resultados imediatos ou se os recursos são muito limitados, as pesquisas podem ter por base apenas medições do PB.

A falta de dados sobre os resultados funcionais validados e das referências comparativas, complica a interpretação dos resultados antropométricos. Utilize informações contextuais detalhadas ao interpretá-los. Para orientações sobre a avaliação,  ver *Referências e leitura complementar*.

Ao fazer a triagem de indivíduos para admissão aos cuidados nutricionais, bem como para a alta, utilize uma combinação de índices antropométricos, sinais clínicos (particularmente a debilidade e a perda recente de peso) e os fatores sociais (como o acesso aos alimentos, a presença de cuidadores e o alojamento). Note que um edema em adultos pode ser causado por outros fatores que não seja a desnutrição, e os médicos devem investigá-lo para excluir outras causas. Cada organização humanitária deve decidir qual o indicador a utilizar para determinar a elegibilidade para o atendimento, levando em consideração as deficiências conhecidas do IMC, a falta de informação sobre o perímetro braquial (PB) e as implicações do uso do indicador no programa. Esta é uma área técnica em desenvolvimento, portanto consulte as orientações e as atualizações técnicas mais recentes.

O PB pode ser utilizado como uma ferramenta de triagem para as mulheres grávidas, por exemplo, como um critério de ingresso no programa de alimentação. Dadas as suas necessidades nutricionais adicionais, as mulheres grávidas podem estar sujeitas a um risco maior do que outros grupos da população. O PB não muda significativamente ao longo da gravidez. Um PB menor que 20,7 cm indica um risco severo de atraso do crescimento fetal, e menor que 23 cm indica um risco moderado. Os limiares sugeridos para a determinação do risco variam de país para país, mas oscilam de 21 a 23 cm. Considere menos de 21 cm como o limiar apropriado para a seleção das mulheres em risco nas situações de emergências.

Idosos

Não existe atualmente uma definição consensual sobre a desnutrição em idosos, ainda que esse grupo possa ter risco de desnutrição durante uma crise. A OMS sugere que os parâmetros de IMC para adultos podem ser apropriados para pessoas de idade acima dos 60 anos. Contudo, a precisão da mensuração é problemática devido à curvatura espinal e à compressão das vertebbras. A envergadura de um ou dos dois braços pode ser usada em vez da altura, mas o fator de multiplicação para calcular a altura varia de acordo com a população. É necessário fazer uma avaliação visual. O PB pode ser uma ferramenta útil para medir a desnutrição em idosos, no entanto, as pesquisas sobre os parâmetros adequados ainda estão em andamento.

Pessoas com deficiências

Atualmente não existem diretrizes para a mensuração de indivíduos com deficiência física. Essa falta de diretrizes muitas vezes os exclui das pesquisas antropométricas. É preciso fazer uma avaliação visual. As medições do perímetro braquial (PB) podem



ser enganosas nos casos em que o músculo da parte superior do braço se fortalece para ajudar o movimento. Há alternativas para as medidas padrão da altura incluindo o comprimento, a envergadura de um ou dos dois braços ou o comprimento da perna. É necessário consultar as pesquisas mais recentes para determinar o modo mais adequado de medir as pessoas com deficiência para as quais não seja conveniente usar as medições padrão do peso, altura e o perímetro braquial (PB).

Apêndice 5

Medidas da importância das deficiências de micronutrientes para a saúde pública

Trate a deficiência clínica de micronutrientes com urgência e caso a caso. Casos individuais de deficiência clínica de micronutrientes normalmente também são indicativos de um problema subjacente de deficiência de micronutrientes a nível populacional. Medir e classificar as deficiências dos micronutrientes da população é importante para planejar e monitorizar as intervenções.

Os testes bioquímicos fornecem uma medida objetiva da situação dos micronutrientes. Contudo, a recolha de amostras biológicas para os testes, frequentemente apresenta dificuldades logísticas, de formação do pessoal, da cadeia de frio e, às vezes, de aceitabilidade. Além disso, as medições bioquímicas não são sempre tão sensíveis e específicas quanto seria necessário. Assim como ocorre com a desnutrição aguda, pode haver variações de acordo com a hora do dia ou a estação do ano em que a amostra é recolhida. Um bom controlo de qualidade é essencial, e deveria ser sempre levado em conta no momento de seleccionar um laboratório para realizar os testes das amostras.

Na determinação dos níveis de micronutrientes, é preciso considerar tanto a possibilidade de ingestão excessiva quanto deficiente. Isto é de particular interesse quando vários produtos ou suplementos altamente enriquecidos são usados para fornecer micronutrientes.

A deficiência de micronutrientes tem consequências graves para a saúde mental e física dos idosos, para o seu sistema imunológico e para as suas capacidades funcionais.

A seguinte tabela mostra as classificações da importância da deficiência de determinados micronutrientes para a saúde pública por meio de diferentes indicadores. Para obter informações sobre testes bioquímicos e parâmetros de saúde pública, consulte a literatura mais recente ou procure orientação especializada.



Indicador da deficiência de micronutrientes	Faixa etária recomendada para pesquisa da prevalência	Definição de um problema de saúde pública	
		Gravidade	Prevalência (%)
Deficiência de Vitamina A			
Cegueira noturna (XN)	24 aos 71 meses	Leve	0 ≤ 1
		Moderada	1 ≤ 5
		Grave	5
Manchas de Bitot (X1B)	6 aos 71 meses	Não especificado	>0,5
Xerose da córnea/ulceração/queratomalacia (X2, X3A, X3B)	6 aos 71 meses	Não especificado	>0,01
Cicatrizes da córnea (XS)	6 aos 71 meses	Não especificado	>0,05
Retinol sérico (≤ 0.7 μmol/l)	6 aos 71 meses	Leve	2 ≤ 10
		Moderada	10 ≤ 20
		Grave	20
Deficiência de iodo			
Bócio (visível e palpável)	Crianças em idade escolar	Leve	5,0 a 19,9
		Moderada	20,0 a 29,9
		Grave	30
Concentração média de iodo na urina (mg/l)	Crianças em idade escolar	Ingestão excessiva	>300
		Ingestão adequada	100 a 199
		Deficiência leve	50 a 99
		Deficiência moderada	20 a 49
		Deficiência grave	<20
Deficiência de ferro			
Anemia (hemoglobina de mulheres não grávidas < 12,0 g/dl; crianças 6 a 59 meses <11,0g/dl)	Mulheres, crianças dos 6 aos 59	Baixa	5 a 20
		Média	20 a 40
		Alta	40
Beribéri			
Sinais clínicos	População total	Leve	1 caso e <1%
		Moderada	1 a 4
		Grave	5

Indicador da deficiência de micronutrientes	Faixa etária recomendada para pesquisa da prevalência	Definição de um problema de saúde pública	
		Gravidade	Prevalência (%)
Ingestão dietética (<0.33mg/l,000kCal)	População total	Leve	5
		Moderada	5 a 19
		Grave	20 a 49
Mortalidade Infantil	Lactentes dos 2 aos 5 meses	Leve	Nenhum aumento nas taxas
		Moderada	Ligeiro pico nas taxas
		Grave	Acentuado pico nas taxas
Pelagra			
Sinais clínicos (dermatite) na faixa etária pesquisada	População total ou mulheres >15 anos	Leve	≥ 1 caso e < 1
		Moderada	1 a 4
		Grave	5
Ingestão na dieta de equivalentes de niacina <5mg/dia	População total ou mulheres >15 anos	Leve	5 a 19
		Moderada	20 a 49
		Grave	50
Escorbuto			
Sinais clínicos	População total	Leve	1 caso e <1
		Moderada	1 a 4
		Grave	5



Apêndice 6

Necessidades nutricionais

Utilize a seguinte tabela para fazer o planejamento na fase inicial de uma crise. Os valores das necessidades mínimas de nutrientes indicados na tabela devem ser utilizados para avaliar as rações genéricas. Não avaliam a adequação das rações suplementares ou terapêuticas nem avaliam as porções para os grupos específicos de pessoas, como os indivíduos que sofrem de tuberculose ou as pessoas com VIH.

Nutrientes	Necessidades mínimas da população
Energia	2.100kcal
Proteína	53g (10% da energia total)
Gordura	40g (17% da energia total)
Vitamina A	550µg equivalentes da atividade de retinol (EAR)
Vitamina D	6,1µg
Vitamina E	8,0mg equivalentes de alfa tocoferol
Vitamina K	48,2µg
Vitamina B1 (tiamina)	1,1mg
Vitamina B2 (riboflavina)	1,1mg
Vitamina B3 (niamicina)	13,8mg equivalentes de niacina
Vitamina B6 (piridoxina)	1,2mg
Vitamina B12 (cobalamina)	2,2µg
Folato	363µg equivalentes de folato na dieta (DFE)
Pantotenato	4,6mg
Vitamina C	41,6mg
Ferro	32mg
Iodo	138µg
Zinco	12,4mg
Cobre	1,1mg
Selênio	27,6µg
Cálcio	989mg
Magnésio	201mg

Fonte: RNIs da FAO / OMS (2004), *Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition*, 2ª edição, foram utilizados para todos os cálculos de vitaminas e minerais, exceto o do cobre. Os requisitos para o cobre são obtidos da OMS (WHO, 1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health*.

Essas necessidades mínimas para a população média, englobam as necessidades de todos os grupos etários e de todos os sexos. Portanto, não são específicas de alguma idade ou sexo e não deveriam ser usadas como necessidades de um indivíduo. Estão baseadas num hipotético perfil demográfico, em suposições sobre a temperatura

ambiente e os níveis de atividades das pessoas. Também levam em consideração as necessidades adicionais das mulheres grávidas e das lactantes.

Essas necessidades são expressas como aportes referenciais de nutrientes (RNI, sigla em inglês) para todos os nutrientes, exceto a energia e o cobre.

As atualizações e outras pesquisas sobre os macro e os micronutrientes estão disponíveis nos *sites* da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO, sigla em inglês) e da OMS.

Ajuste as necessidades de energia da população (para cima ou para baixo) conforme o seguinte:

- A estrutura demográfica da população, em particular a percentagem dos menores de 5 anos, a percentagem de mulheres e idosos e de adolescentes;
- O peso médio dos adultos e o peso real, habitual ou recomendado;
- Os níveis de atividade para manter uma vida produtiva (as necessidades aumentarão se os níveis de atividade excederem a “leve” ou 1,6 x taxa metabólica basal);
- A temperatura média ambiental e as capacidades de alojamento e de vestuário (as necessidades aumentarão se a temperatura média ambiental for inferior a 20 °C);
- A situação nutricional e de saúde da população (as necessidades aumentarão se a população estiver desnutrida e tiver necessidades extras para recuperar o seu crescimento. A prevalência do VIH pode afetar a necessidade média da população. Ajuste as rações genéricas para atender a essas necessidades com base numa análise do contexto e nas atuais recomendações internacionais).

Para obter orientação sobre o cálculo de ajustes, ⊕ *consulte ACNUR, UNICEF, WFP and OMS (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies e WFP (2001), Food and Nutrition Handbook.*

Se não for possível obter esse tipo de informação a partir de avaliações, utilize as cifras da tabela anterior como necessidades mínimas.

Para compreender a estrutura da população desagregada por sexo, idade e outros critérios conforme a necessidade, utilize os dados da base de referência nacional ou consulte *World Population Prospects*: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>



Referências e leitura complementar

Geral

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>
Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking*. Humanitarian Policy Group, 2010. <https://www.odhpn.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. <http://www.helpage.org>

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. <https://www.unhcr.org>

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs*. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Quadro de Sendai para a Redução do Risco de Desastres. UNDRR. <https://www.unisdr.org>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2018. <https://www.calpnetwork.org>

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpa.org>

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework*. International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>

Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução Rede Interinstitucional para Educação em Situação de Emergência [INEE], 2010. <https://inee.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

Avaliação

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. <https://www.helpage.org>

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>

Nutrição

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7*. FANTA/AED, 2004. <https://pdfs.semanticscholar.org>

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations*. Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno, OMS, 1981. <https://unicef.pt>

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

Gestão da desnutrição aguda

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. <https://doi.org>

Metodologias participativas

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work*. ALNAP, 2014. <https://www.alnap.org>

Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas

Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência (Guia Operacional para Profissionais de Apoio e Administradores de Programas nas Situações de Emergência). Grupo Central IFE, 2007. <https://www.ennonline.net>

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009. <https://www.who.int>

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. <https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Crianças

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. <https://www.who.int>

Segurança alimentar

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008. <https://www.spring-nutrition.org>

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming*. World Food Programme, 2015. <http://documents.wfp.org>

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3*. FANTA, 2007. <http://www.fao.org>



Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional. FAO, 2015. <https://fianbrasil.org.br>

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>
Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. <http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018. <http://www.ipcinfo.org>

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2.* FANTA, 2006. <https://www.fantaproject.org>

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. <https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. <http://cleancookstoves.org>

Ajuda Alimentar

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. <https://ec.europa.eu>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. <https://www.wfp.org>

Intervenções de sementes

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

Mercados e ajuda em dinheiro

CaLP CBA quality toolbox. CaLP. <https://www.calpnetwork.org>

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. <https://gbvguidelines.org/>

Gênero

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. <https://gbvguidelines.org/>

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Pessoas com deficiência

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. <http://training.unicef.org/>

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

Meios de subsistência

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org/>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. <https://www.livelihoodscentre.org/>

Meio ambiente

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. <http://www.eecentre.org/>

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012. <https://www.wfp.org/>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018. <http://www.ipcinfo.org/>

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor acesse www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Leitura complementar

Avaliação inicial

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition. UNHCR/WFP, 2009.

<https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/32796/UNHCR-WFP%2C+Joint+Assessment+Mission+%28JAM%29+Guidance/ce88463b-d460-49fb-b687-dd89f0c15e5b>

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool. IASC, 2015.

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). WFP and UNICEF, 2016. [https://www.wfp.org/publications/technical-guidance-joint-approach-nutrition-and-food-security-assessment-janfsa#:~:text=18%20August%202017-,Technical%20Guidance%20for%20the%20Joint%20Approach,and%20Food%20Security%20Assessment%20\(JANFSA\)&text=The%20guidance%20brings%20to%20life,include%20determinants%20of%20food%20security](https://www.wfp.org/publications/technical-guidance-joint-approach-nutrition-and-food-security-assessment-janfsa#:~:text=18%20August%202017-,Technical%20Guidance%20for%20the%20Joint%20Approach,and%20Food%20Security%20Assessment%20(JANFSA)&text=The%20guidance%20brings%20to%20life,include%20determinants%20of%20food%20security)

Avaliações da segurança alimentar

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. FANTA, 2009.

<https://www.fsnnetwork.org/resource/alternative-sampling-designs-emergency-settings-guide-survey-planning-data-collection-and>

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification. FANTA, 2015. <https://www.fantaproject.org/research/comparing-household-food-consumption-indicators-acute-food-insecurity>

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines. FAO and WFP, 2009.

<http://www.fao.org/3/a-i0515e.pdf>

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. WFP, 2009.

<https://www.wfp.org/publications/comprehensive-food-security-and-vulnerability-analysis-cfsva-guidelines-first-edition#:~:text=The%20Comprehensive%20Food%20Security%20%26%20Vulnerability,populations%20in%20crisis%2Dprone%20countries.>

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. WFP, 2009.

<https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2014/02/wfp203246.pdf>

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. CARE, 2002.

<https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/hls-assessment-a-toolkit-for-practitioners.pdf>

Vulnerability and Capacity Assessment Guide. IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers. Save the Children, 2008. [https://resourcecentre.savethechildren.net/library/household-economy-approach-guide-programme-planners-and-policy-makers#:~:text=The%20Household%20Economy%20Approach%20\(HEA,non%2Dfood%20goods%20and%20services](https://resourcecentre.savethechildren.net/library/household-economy-approach-guide-programme-planners-and-policy-makers#:~:text=The%20Household%20Economy%20Approach%20(HEA,non%2Dfood%20goods%20and%20services)



Avaliação da segurança de sementes

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems*. Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security*. International Center for Tropical Agriculture, 2008. https://seedssystem.org/wp-content/uploads/2013/07/sssa_manual_ciat.pdf

Avaliação dos meios de subsistência

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability*. ODI, 2002. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2672.pdf>

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.

<https://interagencystandingcommittee.org/safe-access-firewood-and-alternative-energy-humanitarian-settings/documents-public/iasc-matrix>

Mercados

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report*, HPG background paper. HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspers, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies*. Oxfam GB, 2006. <https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cash-transfer-programming-in-emergencies-115356#:~:text=In%20emergencies%2C%20distributing%20cash%20can,and%20thereby%20preserves%20their%20dignity>

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010. <https://www.calpnetwork.org/publication/delivering-money-cash-transfermechanisms-in-emergencies/>

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies*, HPG background paper. ODI, 2005. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/432.pdf>

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers. Action contre la faim, 2007. <https://www.actionagainsthunger.org/publication/2007/10/implementing-cash-based-interventions-guideline-aid-workers>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). CaLP, 2018. <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/03/calp-misma-en-web-1.pdf>

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit*. Oxfam GB, 2010. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/115385/bk-emergency-market-mapping-toolkit-080210-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance. IASC, 2015.

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf

Consumo de alimentos

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. WFP, 2008. https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp197216.pdf

Household Dietary Diversity Score (HDDS). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006. <https://www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/household-dietary-diversity-score>

Reference Nutrient Intake (RNI) publications. WHO. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

Metodologias participativas

CEDRA Levantamento dos Riscos e da Adaptação à Mudança Climática e à Degradação Ambiental. Tearfund, 2013. https://learn.tearfund.org/~media/files/tilz/topics/environmental_sustainability/cedra_version_2_portuguese/cedra_p_web.pdf?la=en

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. IFRC, 2007.

<https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/vca/how-to-do-vca-en.pdf>

Manual de Vulnerabilidade Climática e Análise de Capacidade, CARE, 2009.

https://careclimatechange.org/wp-content/uploads/2019/06/CVCA_PO.pdf

Participatory Vulnerability Analysis. ActionAid, 2004. https://www.actionaid.org.uk/sites/default/files/doc_lib/108_1_participatory_vulnerability_analysis_guide.pdf

Sistemas de informação da nutrição e segurança alimentar

Famine Early Warning Systems Network. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture. FAO. www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 3.0. IPC Global partners and FAO, 2019. http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/manual/IPC_Technical_Manual_3_Final.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2.* ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf>

Avaliação antropométrica

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005. <https://www.unhcr.org/45f6abc92.pdf>

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations.* ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf



Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers. Save the Children UK, 2004.

https://www.unscn.org/web/archives_resources/html/resource_000181.html

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers.* HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

Avaliação de micronutrientes

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations.* Micronutrient Initiative and CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Avaliação da alimentação dos lactentes e das crianças pequenas

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. <https://www.enonline.net/iycfdataguide>

Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant. ACF International, 2014. https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_Baby_Friendly_Spaces_Dec_2014.pdf

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. UNICEF and WHO, 2003. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. UNHCR, 2009. <https://www.enonline.net/iycfandhivrefugeesguidance>

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. WHO, 2004. <https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/9241546069/en/>

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief. WHO/UNICEF, 2014 www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. WHO, 2010. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/

IFE Module 1: Orientation package on IFE. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2020. www.ennonline.net/ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Segurança alimentar geral

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* Routledge, New York, 2005.

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution. World Vision International, 2017.

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition. IASC, 2005.

<https://interagencystandingcommittee.org/gender-and-humanitarian-action-0/documents-public/iasc-guidelines-gender-based-violence-5>

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. https://alliancecpa.org/en/system/tdf/library/attachments/cpms_2019_final_en.pdf?file=1&type=node&id=35094

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. <https://www.ennonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34. OHCHR and FAO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

Seleção de beneficiários e distribuição de alimentos

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010.

Food Quality Control. WFP, 2010. <http://foodqualityandsafety.wfp.org/>

Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003. <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/45957/Food+storage+manual/c0961a89-389f-4ede-963f-7cd5caa50b20>

Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.

https://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Food_Assistance_in_the_Context_of_HIV_Ration_Design_Guide.pdf

Food Resource Management Handbook. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3.* https://www.researchgate.net/publication/254861656_General_Food_Distribution_in_Emergencies_from_Nutritional_Needs_to_Political_Priorities_HP_N_Good_Practice_Review_No_3



Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org/display/LOG/Logistics+Operational+Guide+%28LOG%29+Home>

School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.

Targeting in Emergencies. WFP, 2006. <https://www.wfp.org/publications/targeting-emergencies>

UNHCR Handbook for Registration. UNHCR, 2003. <https://www.unhcr.org/afr/3f8e93e9a.pdf>

Intervenções de sementes

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002. http://oar.icrisat.org/3338/1/Seed_Vouchers_and_Fairs.pdf

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10*. International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006. <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/seed-aid-for-seed-security.pdf>

Manuais gerais de nutrição de emergência

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008. <https://motherchildnutrition.org/resources/pdf/mcn-iasc-toolkit-nutrition-in-emergency-situations.pdf>

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook. WFP, 2001. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/Food_and_nutrition_handbook.pdf

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR and WFP, 2011. <https://www.unhcr.org/publications/operations/4b7421fd20/guidelines-selective-feeding-management-malnutrition-emergencies.html>

Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. *Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications*. ENN, 2014. <https://www.enonline.net/waststuntreview2014>

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2017. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DECISION-TOOL-FOR-MAM_w-exceptional-circumstances_-May-2017-update-final1.pdf

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*. ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000. <https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/9241545208/en/>

Pessoas vulneráveis

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001. <https://www.helpage.org/silo/files/addressing-the-nutritional-needs-of-older-people-in-emergency-situations-ideas-for-action.pdf>

Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007. https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Food_Assistance_Context_of_HIV_Oct_2007.pdf

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS. FAO and WHO, 2002. <https://www.who.int/nutrition/publications/hiv aids/Y416800/en/>

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007. <https://www.helpage.org/silo/files/older-people-in-disasters-and-humanitarian-crises-guidelines-for-best-practice.pdf>

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org/gender-and-humanitarian-action-0/documents-public/women-girls-boys-men-different-needs-equal-5>

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children.* Winslow Press, 1994.

Gestão da desnutrição aguda

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/CTC-Field-Manual-Oct2006-508.pdf>

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007. https://www.who.int/nutrition/topics/statement_commbased_malnutrition/en/#:~:text=The%20community%2Dbased%20approach%20involves,nutrient%2Ddense%20foods%20at%20home.

Integration of IYCF support into CMAM. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009. <https://www.ennonline.net/integrationiycfintocmam>

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010. <https://www.ennonline.net/mamitechnicalreview>

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. WHO, 1999. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41999>

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies.* HPN, 2008. <https://www.ennonline.net/sfpeffectiveness>

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package.* HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition. FANTA, 2018. <https://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/cmam-training>



Deficiência de micronutrientes

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO and UNICEF, 2007. http://www.themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Guidelines_Nutri_MultiVitamin%20&%20Mineral%20Preparations_in_Emergencies_0.pdf

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000. https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_NHD_00.10/en/

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions.* UN Standing Committee on Nutrition, 2007. <https://www.enonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999. https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_NHD_99.11/en/

Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999. https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_NHD_99.13/en/

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia, Second Edition. WHO, 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41947>



Alojamento e Assentamento

Alojamento e Assentamento

Planeamento	Localização e planeamento do assentamento	Espaço habitacional	Artigos domésticos	Assistência técnica	Segurança da posse	Sustentabilidade ambiental
NORMA 1 Planeamento	NORMA 2 Localização e planeamento do assentamento	NORMA 3 Espaço habitacional	NORMA 4 Artigos domésticos	NORMA 5 Assistência técnica	NORMA 6 Segurança da posse	NORMA 7 Sustentabilidade ambiental

APÊNDICE 1 Lista de verificação para avaliação de alojamento e assentamento

APÊNDICE 2 Descrição dos cenários de assentamento

APÊNDICE 3 Outras características dos cenários de assentamento

APÊNDICE 4 Opções de ajuda

APÊNDICE 5 Opções de implementação

APÊNDICE 6 Possíveis opções de ajuda e de implementação relacionadas com os cenários de assentamento

Sumário

Conceitos essenciais relativos a alojamento e assentamento	254
Normas de alojamento e assentamento	
1. Planeamento	260
2. Localização e planeamento do assentamento	264
3. Espaço habitacional	270
4. Artigos domésticos	274
5. Assistência técnica.....	278
6. Segurança da posse.....	282
7. Sustentabilidade ambiental	286
Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação de alojamento e assentamento ..	290
Apêndice 2: Descrição dos cenários de assentamento.....	295
Apêndice 3: Outras características dos cenários de assentamento	297
Apêndice 4: Opções de ajuda	299
Apêndice 5: Opções de implementação	302
Apêndice 6: Possíveis opções de ajuda e de implementação relacionadas com os cenários de assentamento	
Referências e leitura complementar	303



Conceitos essenciais relativos a alojamento e assentamento

Todos têm direito a habitação adequada

As Normas Mínimas Esfera para Alojamento e Assentamento são uma expressão prática do direito a habitação adequada em contextos humanitários. As normas estão baseadas nas crenças, princípios, deveres e benefícios mais amplos declarados na Carta Humanitária. Isso inclui o direito a viver com dignidade, o direito à proteção e à segurança e o direito de receber ajuda humanitária, conforme a necessidade.

Para consultar uma lista dos principais documentos jurídicos e políticos que fundamentam a Carta Humanitária, incluindo comentários explicativos para os trabalhadores humanitários, [⊕ ver Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera](#).

Os alojamentos e os assentamentos estão inter-relacionados e precisam ser considerados como um todo. “Alojamento” é o espaço habitacional doméstico que inclui os artigos necessários para apoiar as atividades diárias. “Assentamento” refere-se ao local mais amplo onde vivem as pessoas e a comunidade.

As respostas de alojamento e assentamento procuram propiciar um ambiente habitacional seguro

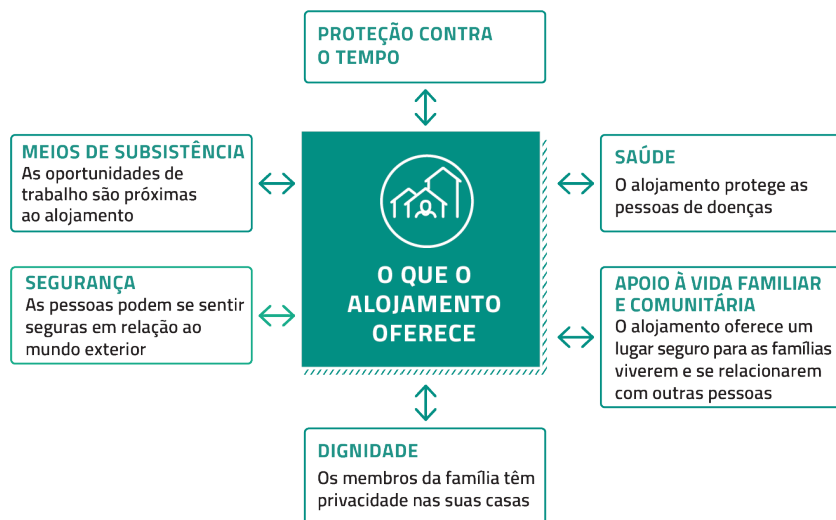
O apoio a alojamento e a assentamento propiciado em tempo útil pode salvar vidas nas fases iniciais de uma crise. Além de prover proteção contra as condições climáticas, o alojamento é necessário para promover a saúde, apoiar a vida familiar e comunitária e oferecer dignidade, segurança e acesso aos meios de subsistência;

[⊕ ver Figura 8 abaixo](#).

O tempo médio em que as pessoas ficam deslocadas tem aumentado continuamente nos últimos anos. Tendo em vista que o deslocamento pode durar anos ou mesmo décadas, a localização dos pontos de alojamento e assentamento, assim como o planeamento das zonas circundantes e das comunidades onde os alojamentos estão situados, são importantes para respaldar a dignidade e a recuperação das pessoas afectadas por uma crise.

Quanto à ajuda em termos de alojamento e assentamento, a ação deveria apoiar e aproveitar os pontos fortes existentes nas famílias, nas comunidades, na sociedade civil e no governo afectado. Isso aumentaria a possibilidade de desenvolver estratégias locais que promovessem a autossuficiência e a autogestão por parte das pessoas afetadas. A sensação de segurança, e de coesão comunitária e social são essenciais para iniciar o processo de recuperação.

As opções de resposta em termos de alojamento e assentamento não se limitam ao fornecimento de maquinaria e materiais ou à construção de um alojamento. As opções de resposta também incluem o apoio efetivo para garantir a posse da terra e obter alojamento, habitação ou artigos domésticos. Isso inclui assistência



O que o alojamento oferece (Figura 8)

Algumas das funções de um alojamento de emergência adequado. Os programas de alojamento devem auxiliar as famílias no atendimento dessas necessidades.

técnica e garantia de qualidade, o que tem o potencial de empoderar e mobilizar uma população atingida para se reconstruir melhor e de modo mais seguro. É essencial conhecer o regime jurídico nacional referente a terras e propriedade. Também é importante compreender a legislação nacional de refugiados e os procedimentos correspondentes para determinar a condição de refugiado.

Independentemente da forma de apoio prestado, é sempre importante respeitar as estruturas comunitárias existentes e promover a coesão social.

Cada família e cada comunidade irá requerer diferentes níveis e tipos de apoio. A segurança da posse e a documentação adequada relativa ao estado civil, são requisitos básicos para aceder a um alojamento seguro. No entanto, em contextos de conflito ou onde há questões não resolvidas relacionadas com a posse de terras, o apoio ao alojamento pode ser particularmente complexo; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 6: Segurança da posse.*

No planeamento de assentamentos, é cada vez mais necessário levar em consideração que o deslocamento e a recuperação podem ser de longo prazo. A situação de deslocamento pode pressionar os recursos existentes, frequentemente limitados, e promover tensões com a comunidade vizinha de acolhimento. O desenho de um projeto de qualidade inclui a compreensão, a prevenção e a mitigação de impactos ambientais negativos. Se as questões ambientais não são levadas em consideração, os programas de alojamento e assentamento podem, em última análise, ser ineficazes, uma vez que os resultados de curto prazo podem causar novos problemas que exigem mais investimento; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*



As respostas de alojamento e assentamento em contextos urbanos requerem competência específica

Pode ser complicado prestar assistência a pessoas em áreas urbanas devido à alta densidade populacional, à necessidade de infraestruturas, às regulamentações governamentais e à diversidade social dentro da comunidade. Durante e após uma crise, é difícil a comunicação e a assistência a pessoas com mobilidade intensa, especialmente quando se trata de encontrar espaço habitacional suficiente. Se uma infraestrutura tecnicamente complexa (como prédios altos) é afetada, as organizações humanitárias também precisarão trabalhar com acordos complexos de arrendamento envolvendo vários proprietários, locatários e ocupantes informais.

Trabalhar em contextos urbanos requer experiência técnica em planeamento e *design* urbano, além de conhecimento dos direitos, regulamentações, leis e políticas relacionadas com a habitação, a terra e a propriedade. É crucial uma boa compreensão do mercado imobiliário e financeiro local. Esteja preparado para se envolver com a sociedade civil e o setor privado. O setor privado pode desempenhar o papel de fornecedor de soluções sustentáveis baseadas no mercado. As respostas devem ser pautadas por normas e serviços locais e devem evitar a criação de estruturas paralelas. O desenvolvimento de uma resposta holística no âmbito do assentamento, vizinhança ou área, tem maior probabilidade de oferecer uma contribuição sustentável para o bem-estar das populações atingidas em áreas urbanas; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

É preciso considerar vários cenários de assentamento posteriores à crise

Onde e como é que as pessoas afetadas encontram alojamento dependerá da possibilidade de permanecer no local ou da necessidade de se mudarem. O primeiro passo para se planearem as opções de ajuda para alojamento e assentamento é uma avaliação sistemática do contexto posterior à crise. É importante compreender as diferentes abordagens que podem ser adequadas às pessoas que estão deslocadas, às diretamente afetadas mas não deslocadas, ou às afetadas indiretamente; ⊕ *ver Figura 9 a seguir.*

Se as condições assim o permitirem, as pessoas podem escolher permanecer nos seus locais de origem como ocupantes proprietários, ou em acomodações ou terras arrendadas ou informalmente ocupadas. O apoio às famílias não deslocadas pode incluir reparações ou a reconstrução das habitações existentes.

As populações deslocadas podem se dispersar por outros locais dentro do país de residência ou através de fronteiras internacionais. Em tais situações, provavelmente alugarão uma acomodação, estabelecer-se-ão por conta própria ou serão hospedadas em casa de outras pessoas. Algumas famílias deslocadas podem preferir reunir-se em alojamentos coletivos ou num assentamento planeado, ou abrigar-se num assentamento não planeado.

Compreender a crise a partir desses cenários de assentamento auxiliará a planejar estratégias de ajuda. Isso inclui selecionar o tipo de ajuda mais eficiente e apropriado, de acordo com as categorias específicas das populações atingidas e selecionar as



Cenários de assentamento após a crise (Figura 9)

formas de prestar ajuda. Estas devem contribuir para uma crescente recuperação, procurando alcançar uma solução ideal e duradoura. As Normas e Apêndices deste capítulo seguem essa lógica e devem ser utilizados em conjunto; ⊕ *ver Apêndice 2: Descrição dos cenários de assentamento e Apêndice 3: Outras características dos cenários de assentamento.*

Estas Normas Mínimas não devem ser aplicadas isoladamente

As Normas Mínimas deste capítulo refletem o conteúdo essencial do direito à habitação adequada e contribuem para a progressiva concretização deste direito a nível mundial.

O direito à habitação adequada está vinculado aos direitos à água e saneamento, à alimentação e à saúde. O progresso no cumprimento das Normas Mínimas Esfera numa área influencia o progresso noutras. Para uma resposta ser eficaz, é necessária uma intensa coordenação e colaboração com outros setores. A coordenação com as autoridades locais e com outras agências de resposta ajuda a assegurar que as necessidades sejam atendidas, que os esforços não sejam duplicados e que se otimize a qualidade das respostas de segurança alimentar e nutrição. As referências cruzadas ao longo do Manual sugerem algumas possíveis correspondências.

Por exemplo, é necessário um sistema de abastecimento de água e saneamento adequado nos assentamentos, para garantir a saúde e a dignidade da população afetada. Disponibilizar utensílios para cozinhar e comer, e combustível para cozinhar, permite que as pessoas usem a ajuda alimentar e, assim, vejam as suas necessidades nutricionais atendidas.

Quando as normas nacionais estiverem aquém das Normas Mínimas Esfera, as organizações humanitárias deverão trabalhar com o governo para as elevar progressivamente.

O Direito Internacional protege especificamente o direito a alojamento adequado

O direito a ter acesso a uma habitação adequada é protegido pelo Direito Internacional. É o direito a viver num lugar com segurança, paz e dignidade. Esse direito implica liberdades, tais como o direito a escolher a própria residência, e prerrogativas, como a segurança da posse. Esse direito consagra princípios de proteção como a proteção contra o despejo forçado. Até mesmo durante uma crise, os Estados são obrigados a garantir esse direito quando indivíduos ou grupos, inclusive refugiados e pessoas deslocadas internamente, são incapazes de obter habitação adequada; ⊕ *ver Anexa 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera.*

O conceito de “adequação” significa que uma habitação é mais do que quatro paredes e um teto. Este conceito ressalta a importância de incluir um olhar sobre o assentamento, a identidade cultural e a disponibilidade de serviços numa resposta de alojamento. Uma habitação “adequada” ou outras formas de alojamento devem oferecer segurança da posse e ser:

- economicamente viáveis, permitindo à família obter outros bens e serviços essenciais para viver dignamente;

- habitáveis, propiciando segurança física; um espaço habitacional protegido e adequado; acesso à água potável segura, a instalações adequadas de água, saneamento e higiene (WASH) e à preparação e armazenamento de alimentos;
- culturalmente aceitáveis;
- acessíveis e utilizáveis inclusive por pessoas com dificuldade de locomoção;
- localizadas de modo a permitir acesso a oportunidades de trabalhar pela subsistência e a serviços comunitários essenciais.

Vínculos com os Princípios de Proteção e com a Norma Humanitária Essencial

As crises podem agravar as desigualdades preexistentes. Portanto, é importante oferecer ajuda imparcial e sensível ao contexto, especialmente aos que têm menos capacidade de se recuperarem da crise por si mesmos; ⊕ *ver Princípio de Proteção 2.*

Algumas pessoas podem ter dificuldades de acesso à ajuda relacionada com alojamento e assentamento devido a barreiras físicas, culturais, econômicas ou sociais. Para compreender essas barreiras e planejar a resposta, preste atenção no seguinte:

- **O status jurídico dos indivíduos** (por exemplo, refugiados, internamente deslocados, apátridas, migrantes, em busca de asilo, sem-abrigo ou “sem-terra”, e outros, privados de liberdades civis e de acesso à rede de serviços públicos e de segurança social);
- **Pessoas que enfrentam riscos específicos em termos de proteção e grupos sujeitos a risco de discriminação e de exclusão social** devido à:
 - sua etnia, nacionalidade, casta, grupo indígena ou afiliação religiosa ou política;
 - sua situação de posse, condição de deslocado, condição de ocupante informal ou de arrendatário;
 - localização das habitações que são de difícil acesso, estão em áreas perigosas ou inseguras, em assentamentos urbanos ou informais;
 - sua vulnerabilidade e condição social; ⊕ *ver O que é Esfera? e Princípios de Proteção.*

Os trabalhadores humanitários devem receber formação em proteção infantil e saber como utilizar os sistemas de encaminhamento em casos de suspeita de violência, abuso e exploração, inclusive de crianças.

Ao serem aplicadas as Normas Mínimas, todos os nove compromissos da Norma Humanitária Essencial devem ser respeitados como base para que se possa fornecer um programa de alojamento e assentamento responsável.



1. Planejamento

O planejamento é crucial para obter resultados ideais de resposta aos níveis regional, nacional, da agência ou da comunidade. A compreensão do contexto anterior e posterior à crise, permite uma avaliação do impacto direto e indireto da crise nas condições de vida das pessoas e as consequências sociais, econômicas e políticas. Identificar as necessidades, para em seguida desenvolver opções adequadas de ajuda, é a base para uma resposta bem planejada e coordenada de alojamento e assentamento.

Alojamento e assentamento – Norma 1: Planejamento

As intervenções de alojamento e assentamento são bem planejadas e coordenadas para contribuir para a segurança e bem-estar das pessoas afetadas e promover a sua recuperação.

Ações-chave

- 1 Trabalhar com a população afetada e com as autoridades nacionais e locais para avaliar as necessidades e as capacidades do alojamento e assentamento.
 - Avaliar as mudanças em relação ao contexto antes da crise, identificar as necessidades e as capacidades imediatas da população deslocada e da não deslocada, e considerar as necessidades específicas de grupos de risco.
 - Identificar a disponibilidade de terrenos, prédios, apartamentos e quartos habitáveis ou disponíveis nos mercados locais de arrendamento de habitações e de terrenos.
- 2 Trabalhar com as partes intervenientes para identificar as opções de ajuda mais eficazes e adequadas e como prestá-las.
- 3 Desenvolver um plano de alojamento e assentamento em coordenação com as autoridades competentes e com as comunidades atingidas.
 - Oferecer ajuda adaptada às necessidades e preferências da população atingida e das autoridades.
 - Otimizar a relação custo-benefício, a qualidade técnica, a rapidez e o tempo, a escala de implementação e a replicabilidade.

Indicadores-chave

O plano de alojamento e assentamento atende às necessidades essenciais da população beneficiária e é acordado com a população e com as autoridades competentes

Porcentagem de pessoas afetadas que indicam que a assistência em alojamento e assentamento reflete as suas necessidades e prioridades e contribui para uma solução mais duradoura

Notas de orientação

A avaliação: durante a avaliação, reveja as mudanças ocorridas nas condições de alojamento e assentamento após a crise e, desde o início, inclua possíveis riscos à proteção. Entre estes, as percepções da comunidade de acolhimento, os riscos associados com o acesso ao assentamento, com o acesso seguro a serviços ou o risco de expulsão.

Considere o impacto direto e indireto da crise nas condições de vida das pessoas, inclusive, as consequências sociais, económicas e políticas.

Uma crise afeta as pessoas de maneiras diferentes, portanto pessoas distintas terão distintas necessidades de alojamento e assentamento. Trabalhe com grupos que enfrentam barreiras específicas, como pessoas com deficiência, lares chefiados por mulheres, idosos ou minorias étnicas e linguísticas; ⊕ ver *Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação de alojamento e assentamento, Princípio de Proteção 2 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 4.*

As opções de ajuda e implementação: selecione as opções mais eficazes com base no contexto, na capacidade, nos recursos disponíveis, no cenário de assentamento e na fase da resposta. Outros fatores a serem considerados são a localização, o tipo de habitação (inclusive técnicas locais de construção), a posse e o contexto de mercado, além do regime jurídico. Dê prioridade ao apoio no regresso das pessoas às suas habitações originais (ou ao local da sua habitação), sempre que possível. Ajude aqueles que estão incapacitados de regressar às suas habitações originais, ou não o desejam fazer, para que possam ter acesso a opções ajustadas às suas necessidades; ⊕ ver *Apêndices 2 a 6.*

Defina uma linha temporal para atender às necessidades imediatas, levando em conta a eficiência, a qualidade técnica, a escala de implementação, as capacidades disponíveis no terreno e a replicabilidade. Analise as opções para aumentar a capacidade de recuperação das comunidades a longo prazo e a sua resiliência perante crises futuras.

Considere diferentes formas de atender às opções escolhidas, incluindo uma combinação das que se seguem:

- Ajuda financeira;
- Ajuda material em espécie;
- Contratação de obras/mão de obra por comissão;
- Assistência técnica/suporte para a garantia de qualidade;
- Formação.

Reveja e ajuste a combinação de opções ao longo do tempo, à medida que a situação se vá modificando.

Pessoas deslocadas: além de terem necessidades imediatas de alojamento, as pessoas deslocadas também precisam de apoio específico para tomar decisões e



serem informadas sobre as soluções de alojamento disponíveis. Esse apoio pode compreender, por exemplo, informação sobre se e quando elas voltarão para casa; como se integrarem no local para onde foram, ou, se for o caso, como se restabelecerem num terceiro local.

As famílias não deslocadas precisarão de apoio para retornar às suas condições originais de vida e devem receber ajuda de alojamento apropriada. Se a reconstrução demorar muito ou se as pessoas não estiverem seguras, avalie opções temporárias, como ajuda de uma família de acolhimento, assistência financeira para aluguer, ou alojamento temporário ou de transição. Se a crise alterou o ambiente de segurança e a proteção, pode ser necessário realojar as pessoas.

As comunidades de acolhimento também sofrem as consequências de uma crise, pois partilham o seu espaço público e privado. Isso inclui a partilha de serviços, como os centros de saúde e as escolas, ou a atuação como família de acolhimento. Pode haver concorrência real, ou percebida como tal, com as pessoas deslocadas em relação a empregos, serviços, infraestrutura e recursos. As soluções precisam de levar em conta um apoio equitativo e seletivo que não crie riscos ou ameaças adicionais à comunidade; ⊕ ver *Princípio de Proteção 1*.

A análise de mercado: compreender os mercados vizinhos nos âmbitos local, nacional e regional é crucial para oferecer uma resposta de alojamento de boa qualidade. Isso servirá de base para a escolha entre as opções de alojamento e também para captar informações sobre alugueres e outros serviços relacionados com os assentamentos; ⊕ ver *A prestação de ajuda através dos mercados*, *Minimum Standard for Market Analysis (MISMA)* e *Minimum Economic Recovery Standards (MERS)*.

A remoção de destroços: inicie a gestão dos destroços imediatamente após a crise. Os destroços podem ser reutilizados, reciclados ou identificados para a separação, recolha e/ou tratamento. Podem oferecer oportunidades para desenvolver programas de trabalho remunerado. As questões-chave a considerar incluem a presença de cadáveres, de locais estruturalmente perigosos e de materiais insalubres. A remoção de destroços pode exigir perícia e equipamentos especializados, portanto deve ser planeada com outros especialistas do setor; ⊕ ver *Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental, Normas de Saúde e Normas WASH*.

As oportunidades de subsistência: os meios de subsistência que as pessoas utilizavam antes da crise e as oportunidades existentes após a crise, são importantes para determinar as opções de assentamento. A disponibilidade de terras, o acesso seguro para o cultivo e pastagem, o acesso a mercados e a outras oportunidades de emprego podem afetar o lugar onde as pessoas escolhem viver, mesmo que temporariamente; ⊕ ver *Segurança e nutrição alimentar – Meios de subsistência – Normas 7.1 e 7.2*, *Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)* e *Minimum Economic Recovery Standards (MERS)*.

O regresso: o regresso às suas próprias terras e habitações é um objetivo importante para a maioria das pessoas afetadas por uma crise. Essas pessoas devem ter o direito de decidir sobre a necessidade de reparar as suas habitações ou de melhorar

o seu alojamento. O regresso pode facilitar as estratégias comunitárias de enfrentamento e manter os padrões estabelecidos de assentamento e de infraestruturas. A reparação ou a reconstrução das infraestruturas comunitárias, como escolas, sistemas de abastecimento de água, clínicas ou mercados, têm são importantes para possibilitar que as pessoas deslocadas regressem. Algumas circunstâncias podem impedir ou atrasar o regresso, tais como as preocupações com a segurança, a ocupação das propriedades e terras por forças armadas, os conflitos violentos e continuados, tensão étnica ou religiosa, medo de perseguição ou a existência de minas terrestres e de munições não detonadas. Uma legislação inadequada ou discriminatória sobre terras e propriedades ou práticas tradicionais, podem impedir que as famílias encabeçadas por mulheres, bem como as pessoas que se tornaram viúvas ou órfãs durante a crise, ou ainda as pessoas com deficiência, regressem. O facto das populações deslocadas não terem capacidade de realizar atividades de reconstrução, têm são pode desincentivar ou impedir o seu regresso.



2. Localização e planeamento do assentamento

A localização e o planeamento do assentamento devem promover espaços habitacionais seguros, satisfatórios e acessíveis que possibilitem serviços básicos, meios de subsistência e oportunidades de conexão com uma rede mais ampla.

Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento

Os alojamentos e os assentamentos localizam-se em áreas seguras e protegidas que oferecem espaço adequado e acesso a serviços e a meios de subsistência essenciais.

Ações-chave

- 1 Trabalhar no âmbito dos processos e das normas de planeamento existentes, e chegar a um acordo sobre os termos com as comunidades anfitriãs e as autoridades competentes.
 - Localizar todos os novos assentamentos a uma distância segura de ameaças concretas ou potenciais, e minimizar os riscos oriundos de perigos existentes.
 - Levar em conta a vida útil esperada do assentamento para determinar que serviços essenciais poderão precisar de expansão ou desenvolvimento.
- 2 Envolver as diversas partes intervenientes, incluindo grupos que fazem parte da população atingida, na seleção do local e no planeamento do assentamento.
 - Identificar os fatores que possam afetar a localização ou o *layout* do lugar escolhido, considerando o sexo, a idade, a deficiência, a identidade étnica ou linguística e os papéis e responsabilidades de género.
 - Em contextos urbanos, trabalhar com um enfoque geograficamente definido, baseado em zonas, para compreender melhor a dinâmica da comunidade.
- 3 Assegurar que a população afetada tenha acesso a serviços e a instalações essenciais, inclusive a oportunidades de subsistência.
 - Trabalhar com outros setores para estabelecer uma distância aceitável e disponibilizar a deslocação ou o transporte seguro aos serviços e às instalações essenciais.
 - Coordenar-se com os prestadores de serviços para dar prioridade e fornecer serviços essenciais e oportunidades de trabalho para a subsistência, quando ainda não estejam disponíveis.

- 4 Planear o uso da terra para que haja espaço suficiente para todas as funções, acessibilidade a todos os alojamentos e serviços, bem como medidas de segurança adequadas em todo o assentamento.
 - Incluir o planeamento de recursos partilhados, como instalações de água e saneamento, cozinha comunitária, espaços destinados às crianças, áreas de convívio, espaços para práticas religiosas e pontos de distribuição de alimentos.
 - Assegurar que a localização dos serviços essenciais dentro dos assentamentos siga as normas de segurança, proteção e dignidade.
- 5 Incluir o planeamento da drenagem de águas pluviais ou de inundações quando da seleção do local e do desenvolvimento do assentamento.
 - Fornecer instalações de drenagem adequadas para que todas as áreas de habitação e de serviços sejam mantidas livres de águas paradas e que os tubos de drenagem das águas pluviais sejam mantidos limpos.
 - Prever e gerir os focos de reprodução de vetores de doenças.

Indicadores-chave

Percentagem de locais de alojamentos e/ou assentamentos localizados em áreas sem ou com um mínimo de ameaças, riscos e perigos conhecidos, naturais ou provocados pelo ser humano

Percentagem de alojamentos e/ou assentamentos com acesso seguro a serviços essenciais num período de tempo ou distância aceitáveis

Percentagem de pessoas que recebem ajuda de assentamento e se sentem seguras quanto à localização do seu alojamento ou assentamento

Percentagem de locais de assentamento que oferecem área útil suficiente para realizar atividades ao ar livre, privadas ou públicas, e apropriadas ao contexto

- 45 m² por pessoa em assentamentos do tipo acampamento, incluindo parcelas familiares.
- 30 m² por pessoa, incluindo as parcelas familiares, onde os serviços comunitários podem ser prestados fora da área planeada do assentamento.
- A proporção mínima entre o espaço habitacional coberto e o tamanho da parcela é 1:2; passar o mais rápido possível para 1:3 ou mais.

Notas de orientação

Os processos e princípios de planeamento: os governos ou as autoridades locais muitas vezes introduzem novas políticas quanto às áreas onde não se deve construir, áreas seguras ou áreas tampão após uma crise. Defenda a realização de um planeamento com informações sobre os riscos e opções de ajuda adequadas. O facto de estar proibida a construção em determinada área não significa que não se possa prestar assistência, e portanto, não se deveriam protelar as respostas de alojamento ou assentamento.



Compreenda a situação de qualquer terra ou imóvel em relação à sua propriedade;

⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 6: Segurança da posse.*

Envolva as pessoas afetadas no cálculo e na organização do espaço com a finalidade de apoiar as práticas sociais e culturais existentes. Inclua as mulheres e outros grupos de risco no desenho e na implementação do planeamento do alojamento e do assentamento.

Os serviços e as instalações essenciais: as pessoas que regressam às suas casas originais e as que vivem em locais ou em assentamentos temporários precisam de acesso seguro, protegido e equitativo aos serviços e às instalações essenciais, tais como:

- Instalações WASH; ⊕ *ver WASH – Normas de abastecimento de água;*
- Soluções de iluminação comunitária e doméstica;
- Instalações de armazenamento e processamento de alimentos (incluindo fogões e combustível) ⊕ *ver Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.1 e Ajuda alimentar – Norma 6.4;*
- Instalações de saúde; ⊕ *ver Sistemas de Saúde – Norma 1.1: Prestação de serviços de saúde;*
- Eliminação de resíduos sólidos; ⊕ *ver WASH – Normas de gestão de resíduos sólidos;*
- Escolas; ⊕ *ver Manual INEE (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução);*
- Instalações sociais, como locais de culto, de reuniões e áreas de recreação;
- Espaço para funerais e rituais correspondentes culturalmente aceites;
- Espaço para a acomodação dos animais (com a devida separação em relação aos espaços de habitação); ⊕ *ver Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*

Planeamento do local para assentamento temporário: o *layout* do local deve basear-se nos princípios de um projeto urbano e de planeamento de cidades, com componentes de conexão, tais como pontos de acesso, cruzamentos e espaços públicos. Esses componentes, organizados em função de fatores físicos, sociais, ambientais e económicos, constituem o plano espacial do novo assentamento. O planeamento do assentamento deve apoiar as redes sociais existentes, dar oportunidades para a formação de novas redes e possibilitar a autogestão por parte das pessoas afetadas.

Mantenha a privacidade e a dignidade dos núcleos familiares ao criar o *layout* do assentamento temporário. Cada alojamento familiar deve ter saída para um espaço comum ou para uma área resguardada e não ficar de frente para a entrada de outro alojamento. Disponibilize áreas de convivência seguras para todos os grupos potencialmente vulneráveis, mas evite agrupá-los, pois isso pode aumentar a sua vulnerabilidade. Agrupe famílias, famílias alargadas e grupos de origens semelhantes para manter os laços sociais. Considere as necessidades, as preferências e os hábitos de diferentes faixas etárias, sexos e grupos com deficiência.

A área de superfície de assentamentos planeados ou autoestabelecidos: para assentamentos planeados, a área útil mínima é de 45 m² por pessoa em assentamentos do tipo acampamento, incluindo as parcelas familiares. Isso inclui espaço para

estradas e caminhos; áreas externas para cozinhar ou para cozinha comunitária; áreas para educação e recreação; para instalações de assistência médica, saneamento, aceiros, administração, armazenamento de água, drenagem; áreas para culto religioso; áreas para distribuição de alimentos; mercados, armazenamento e pequenas hortas familiares (excluindo a atividade agrícola ou pecuária significativa). Quando os serviços comunitários podem ser disponibilizados por instalações existentes ou adicionais, à parte do assentamento planeado, a área de superfície mínima deve ser de 30 m² por pessoa. Se a área mínima não puder ser provida, tome medidas ativas para lidar com as consequências de uma ocupação de maior densidade. O planeamento do assentamento também deve levar em conta as mudanças na população.

Ao atuar em áreas urbanas, utilize os serviços e as habitações disponíveis. Garanta a adequada separação e privacidade entre as famílias e reserve espaço para as instalações necessárias.

O tamanho das parcelas em relação aos alojamentos: recomenda-se a proporção entre a área do alojamento e o tamanho da parcela de 1:2, ou preferivelmente 1:3, para permitir espaço suficiente para que os residentes realizem as suas atividades essenciais ao ar livre. Contudo, é preferível uma proporção perto de 1:4 ou 1:5. Essa proporção deve levar em conta as normas culturais e sociais e a disponibilidade prática do espaço.

A drenagem das águas pluviais e de inundações: a falta de drenagem das águas pluviais ou de inundações pode limitar seriamente o espaço habitacional das pessoas, assim como a sua mobilidade e acesso a serviços. Geralmente, a seleção do local e o desenvolvimento da infraestrutura determinam a natureza dos sistemas de drenagem de grande escala. Evite escolher um local que esteja numa região suscetível a cheias, pois isso pode comprometer a segurança, principalmente em espaços congestionados ou confinados. A entrada e a estagnação de água nos espaços de habitação das pessoas representa uma ameaça geral à saúde, à dignidade e ao bem-estar.

Proteja as instalações sanitárias e os esgotos de inundações, para evitar danos estruturais e fugas. A principal ameaça à saúde pública associada à má drenagem, é o aumento da exposição a doenças diarreicas por contacto com a água contaminada.

A água não controlada também pode danificar outras estruturas, habitações e pertences; pode limitar as oportunidades de trabalhar para a subsistência e causar stresse. A má drenagem também propicia condições favoráveis à reprodução de vetores; ⊕ ver WASH – Normas 4.1 e 4.2 Controlo de vetores.

O acesso: considere as condições das estradas locais e a proximidade de terminais de transporte para a prestação de ajuda e outros bens. A prestação de ajuda deve evitar danos à infraestrutura rodoviária local. Considere as restrições sazonais, os perigos e os riscos à segurança. O local e todos os pontos de armazenamento primário e de distribuição de alimentos devem ser acessíveis a camiões pesados a partir de estradas utilizáveis em diferentes condições climáticas. Outras instalações devem ser acessíveis a veículos ligeiros. Ofereça estradas e caminhos seguros



dentro dos assentamentos e acesso a todas as habitações e instalações comunitárias em qualquer condição climática. Leve em consideração as necessidades das pessoas que enfrentam dificuldades de mobilidade ou de acesso.

A segurança contra incêndios: o planeamento do local deve basear-se em avaliações de risco de incêndio. Inclua aceiros de 30 m a cada 300 m, em áreas construídas em locais de acampamento. O espaço entre as construções deve ser, no mínimo, de 2 m. O ideal é que corresponda ao dobro da altura da construção para evitar que, em caso de colapso, atinjam as construções adjacentes.

Leve em conta as práticas locais relativas à forma de cozinhar e do aquecimento (tais como, o tipo de fogão e a localização preferida). Considere oferecer fogões seguros, equipamentos de segurança contra incêndios e formação aos residentes. Dê preferência aos materiais de construção e a utensílios domésticos resistentes ao fogo. Informe os residentes (incluindo aqueles com dificuldade de mobilidade ou de acessibilidade) sobre os planos de prevenção, gestão e evacuação em caso de incêndio.

A redução da criminalidade: o desenho do assentamento pode contribuir para reduzir a criminalidade e a violência de género. Tenha em consideração a localização e a acessibilidade dos alojamentos, as construções e instalações, a iluminação noturna, a distância da instalação sanitária e da área de banho ao alojamento e a vigilância passiva por meio de linhas de visibilidade. Os edifícios utilizados como centros coletivos devem ter rotas de fuga alternativas.

As ameaças e riscos variáveis: realize avaliações periódicas contextuais dos perigos e riscos à medida que a situação muda. Isso pode incluir riscos sazonais, alterações na situação de segurança, presença de munições não detonadas provenientes de conflitos anteriores ou atuais, ou consequências das mudanças demográficas.

A segurança dos centros coletivos e da infraestrutura da comunidade: a estabilidade estrutural das edificações comunitárias, dos centros coletivos e de outras estruturas nas áreas habitadas atingidas pelas crises, deve ser avaliada por especialistas. Considere as ameaças concretas ou potenciais à segurança ou à saúde.

O apoio para obter meios de subsistência: considere as atividades económicas antes do desastre e as oportunidades potenciais de meios de subsistência no contexto após o desastre. Identifique as terras disponíveis para cultivo e pastagem ou o acesso a mercados e/ou a oportunidades de emprego. As respostas de alojamento e assentamento têm o potencial de oferecer emprego local, tais como funções no setor de assistência técnica, de abastecimento e no mercado de trabalho. Adote programas de formação e educação para multiplicar a capacidade local de obter resultados dentro de um prazo determinado; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 5 e Segurança alimentar e Nutrição – Meios de subsistência: Normas 7.1 e 7.2.*

A operacionalização e a manutenção: crie um plano de operacionalização e manutenção para garantir o funcionamento eficaz das instalações e dos serviços (como água, saneamento, drenagem, gestão de resíduos e escolas). Entre os elementos-chave do planeamento, estão a participação da comunidade, o estabelecimento de grupos de utilizadores, a definição de papéis e responsabilidades e a elaboração de um plano de recuperação ou de partilha de custos.

A desativação do assentamento e entrega do local: medidas adequadas de reabilitação ambiental podem melhorar a regeneração natural do meio ambiente dentro e ao redor dos assentamentos temporários. Deve haver um plano de desativação do assentamento desenvolvido, de preferência, na fase de elaboração da intervenção;  ver Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.

Ensinar às populações locais técnicas sustentáveis de gestão da terra e do solo, garante a recuperação do lugar e do meio ambiente local. Utilize a mão de obra local nas atividades de limpeza e de desativação, sempre que possível.



3. Espaço habitacional

O espaço habitacional é muito importante para o bem-estar das pessoas. É uma necessidade e um direito humano fundamental ter um local para a família morar, sentir-se segura e desempenhar diversas atividades domésticas essenciais.

Alojamento e assentamento – Norma 3: Espaço habitacional

As pessoas têm acesso a espaços habitacionais seguros e adequados que permitem que as atividades essenciais domésticas ou de subsistência possam realizar-se com dignidade.

Ações-chave

- 1 Assegurar que cada família afetada tenha um espaço habitacional adequado para realizar atividades domésticas básicas.
 - Fornecer um espaço habitacional que acomode as diversas necessidades da família para dormir, preparar alimentos e fazer refeições, respeitando a cultura e os estilos de vida locais.
 - Fornecer um teto básico e paredes para os ocupantes e os seus artigos domésticos oferecendo segurança física, dignidade, privacidade e proteção contra intempéries.
 - Fornecer condições ideais de iluminação, ventilação e conforto térmico.
- 2 Assegurar que a envolvente do espaço habitacional permita acesso seguro às atividades essenciais.
 - Incluir espaços adequados para cozinha, instalações sanitárias, lavandaria, atividades de subsistência e áreas de socialização e de lazer.
- 3 Promover o uso de soluções de alojamento, técnicas e materiais de construção que sejam aceitáveis do ponto de vista sociocultural e que sejam ambientalmente sustentáveis.

Indicadores-chave

Percentagem da população afetada com espaço habitacional adequado dentro dos seus alojamentos e próximo destes para realizar atividades diárias

- Mínimo de 3,5 m² de espaço habitacional por pessoa, excluindo o espaço para cozinhar, área de banho e instalações sanitárias.
- 4,5 a 5,5 m² de espaço habitacional por pessoa em climas frios ou ambientes urbanos, nos quais estão incluídos espaço interno para cozinhar e instalações de banho e/ou sanitárias.

- Pé-direito de pelo menos 2 m (2,6 m em climas quentes), no ponto mais alto.

Percentagem de alojamentos que atendem aos padrões técnicos e de desempenho acordado e que são culturalmente aceitáveis

Percentagem de pessoas que estão a receber ajuda de alojamento e que se sentem seguras no seu alojamento

Notas de Orientação

O espaço habitacional deve ser adequado às atividades diárias, tais como dormir, preparar e ingerir alimentos, lavar-se, vestir-se, armazenar alimentos e água e proteger os pertences da família e outros bens essenciais. Deve assegurar a privacidade e a separação, conforme necessário, entre os sexos, as diversas faixas etárias e as famílias dentro de um dado ambiente doméstico, de acordo com os padrões culturais e sociais; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento.*

Convém que o espaço habitacional seja suficiente para os membros da família se reunirem e para o cuidado dos bebés, das crianças e de pessoas doentes ou feridas. Preste atenção à diversidade de uso do espaço de dia e de noite, e planeie os locais das janelas, portas e divisórias para maximizar a utilização do espaço interno e das áreas externas adjacentes, como cozinhas ou áreas de lazer.

Para acomodar essas atividades com dignidade, os alojamentos precisam de um espaço fechado (paredes, janelas, portas e teto) com área útil adequada. A superpopulação ou a exposição às intempéries aumenta o risco de surtos ou doenças. O espaço reduzido pode levar a riscos quanto à proteção, à diminuição da segurança e da privacidade.

O espaço habitacional mínimo deve refletir as normas culturais e sociais, o contexto, a fase de resposta e a orientação das autoridades nacionais ou do setor de resposta humanitária. Considere atentamente as possíveis consequências de adotar o espaço mínimo calculado (3,5 m² por pessoa, 4,5 m² em climas frios) e chegue a um acordo com os parceiros sobre qualquer adaptação, passando para o espaço mínimo o mais rapidamente possível para todos.

Quando houver a necessidade de agir rapidamente e salvar vidas, pense em direcionar a ajuda inicial para:

- Construir uma cobertura para a área habitacional mínima e dar sequência com as paredes, portas e janelas ou
- Construir um alojamento com uma área útil menor para depois aumentá-la.

Em algumas situações, o espaço *standard* pode ser determinado por limitações físicas. Isso pode ocorrer em assentamentos confinados, em ambientes urbanos ou em condições climáticas extremas, em que os materiais para a construção dos alojamentos não estejam imediatamente disponíveis. O espaço mínimo indicado é aplicável na fase de emergência e para soluções de alojamento temporárias ou



transitórias. Quando a duração da estadia se prolongar, os cálculos do espaço habitável devem ser revistos. Na fase de recuperação, devem ser tidos em conta os padrões locais aceitáveis e as estratégias de saída.

Envolve as comunidades e as famílias atingidas, tanto quanto possível, na determinação do tipo de ajuda a ser prestada. Consulte as pessoas que passam mais tempo no espaço habitacional e as que enfrentam limitações de mobilidade ou de acesso. Assegure-se de que o espaço habitacional seja acessível às pessoas com deficiência e àqueles que convivem com essas pessoas. As pessoas com deficiência, particularmente aquelas com deficiência intelectual e psicossocial, podem precisar de espaço adicional.

As práticas culturais, a segurança e a privacidade: respeite as práticas e os costumes existentes e o modo como afetam a necessidade de divisórias (cortinas, paredes). Por exemplo, projete a habitação para adaptar espaços para dormir a membros da família alargada ou a famílias diferentes numa mesma habitação.

Em alojamentos coletivos, é possível oferecer privacidade e segurança pessoal estabelecendo-se vias de circulação bem planeadas e iluminadas, com divisórias para resguardar os espaços individuais e familiares.

Em alojamentos coletivos, acolha a opção dos grupos afins quanto à partilha dos espaços. Por exemplo, alguns indivíduos LGBTQI preferem viver com amigos e colegas a viver com as suas próprias famílias.

A proteção: certifique-se de que existem múltiplas rotas de saída da habitação e de que os espaços internos se abram para áreas públicas. Certifique-se de que a equipa sabe como encaminhar as preocupações relativas à proteção em situações de violência doméstica ou abuso, violência, exploração ou negligência infantil. Mulheres, meninas e aqueles que precisam de assistência quanto à higiene pessoal geralmente precisam de espaço adicional; ⊕ ver WASH – Promoção da higiene – Norma 1.3: Higiene menstrual e incontinência.

Quando as acomodações coletivas temporárias estiverem a ser usadas, adote medidas específicas para impedir a exploração e a violência sexual. Trabalhe com os membros da comunidade para compreender e lidar com os riscos, e estabeleça um sistema forte de denúncias, com ações imediatas e verificáveis.

Considerações psicossociais: a distribuição e o desenho dos alojamentos devem incluir espaços de estar abertos e públicos que aumentem as opções de socialização.

Em climas quentes e húmidos, projete e oriente os alojamentos de modo a maximizar a ventilação e minimizar a entrada de luz solar direta. Um teto mais alto ajuda à circulação de ar. Um espaço externo coberto contíguo ajuda a reduzir incidência da luz solar direta e a proteger da chuva. Considere usar um espaço externo adjacente, sombreado ou coberto, para preparar e cozinhar alimentos, separado do espaço utilizado para outras atividades diárias. O telhado deve ser inclinado (para o escoamento da água da chuva) com grandes beirais, exceto em locais sujeitos a ventos fortes. O material de construção do alojamento deve ser leve, com baixa capacidade térmica,

como a madeira. Utilize pavimentos elevados para impedir que a água entre na área coberta; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento.*

Em climas quentes e secos, um material de construção pesado (como terra ou pedra) garante o conforto térmico apesar das mudanças de temperatura à noite e de dia. Como alternativa, use um material de construção leve, com isolamento adequado. Tenha em atenção o projeto estrutural de construções pesadas em áreas de risco sísmico. Proporcione lugares sombreados e ventilados sempre que possível e conveniente. Se apenas estiverem disponíveis lâminas de plástico ou tendas, forneça um telhado de duas faces, com ventilação entre as camadas para reduzir a acumulação de calor radiante. Posicione a abertura das portas e das janelas de forma a que fiquem protegidas do vento quente predominante. O revestimento do pavimento interior deve ficar alinhado com a parede externa sem interstícios para impedir a entrada de pó e de vetores de doenças.

Em climas frios, é preferível um teto mais baixo para reduzir o volume interior que precisa ser aquecido. Alojamentos ocupados ao longo do dia exigem uma construção pesada com alta capacidade térmica. Para alojamentos ocupados somente à noite, uma construção leve com baixa capacidade térmica e bom isolamento é mais adequada. Reduza o fluxo de ar, particularmente em torno das portas e janelas, para garantir conforto pessoal e ao mesmo tempo proporcionar ventilação adequada para aquecedores de ambiente e fogões.

Uma ventilação adequada ajuda a manter o ambiente saudável, evita a condensação e reduz a propagação de doenças transmissíveis. Reduz o efeito do fumo dos fogões domésticos, que pode causar infeções respiratórias e problemas oculares. Prefira a ventilação natural sempre que possível.

Controlo de vetores: zonas baixas, destroços e edifícios vazios podem oferecer um ambiente favorável à proliferação de vetores que podem representar riscos para a saúde pública. Em assentamentos comunitários, a seleção do local e a mitigação ativa dos riscos de vetores são essenciais para reduzir o impacto de doenças transmitidas pelos mesmos; ⊕ *ver WASH – Controlo de vetores – Norma 4.2: Ações domésticas e pessoais para o controlo de vetores.*



4. Artigos domésticos

A ajuda com os artigos domésticos contribui para o restabelecimento e manutenção da saúde, da dignidade e da segurança, bem como para a realização das atividades domésticas diárias dentro e em redor da casa. Esta norma inclui artigos para dormir, preparar e armazenar alimentos, comer e beber, garantir conforto térmico, iluminação e roupas pessoais. O capítulo WASH dá mais detalhes sobre artigos como mosquiteiros, baldes, armazenamento de água e artigos de higiene.

Alojamento e assentamento – Norma 4: Artigos domésticos

A assistência através da distribuição de artigos domésticos contribui para o restabelecimento e manutenção da saúde, da dignidade e da segurança, bem como para a realização das atividades domésticas diárias dentro e no entorno da habitação.

Ações-chave

- 1 Avaliar e assegurar o acesso a artigos que permitam às famílias restabelecer e manter atividades domésticas essenciais.
 - Considerar as diferentes necessidades de acordo com a idade, o sexo, a deficiência, as práticas sociais e culturais, e a dimensão da família.
 - Priorizar o acesso a artigos para as atividades domésticas, vestuário e higiene pessoal, a fim de dar suporte à segurança e à saúde.
- 2 Decidir como prestar ajuda em relação aos artigos domésticos de forma eficaz e adequada.
 - Verificar o que se pode obter localmente por meio de ajuda em dinheiro ou vales e por meio de compras locais, regionais ou internacionais destinadas à distribuição em espécie.
 - Ter em consideração as questões ambientais relacionadas com a forma como os artigos são embalados ou entregues.
- 3 Monitorizar a disponibilidade, a qualidade e o uso dos artigos domésticos e adaptá-los conforme for necessário.
 - Planear a reposição em caso de deslocação prolongada.
 - Monitoriza os mercados escolhidos quanto a disponibilidade, preço e qualidade. Adaptar a forma como a assistência é prestada à medida que a situação evolui.

Indicadores-chave

As pessoas têm roupas suficientes e de qualidade adequada

- Mínimo de dois conjuntos completos de roupas por pessoa, do tamanho certo e apropriado para a cultura, a estação e o clima, e adaptados a quaisquer necessidades específicas.

As pessoas têm artigos suficientes e de qualidade adequada para dormir de forma segura, saudável e reservada

- Mínimo de um cobertor e roupa de cama (tapete, colchão, lençóis) por pessoa. Em climas frios são necessários cobertores adicionais ou isolamento do chão.
- Mosquiteiros tratados com inseticidas de longa duração, quando necessário.

As pessoas têm artigos suficientes e adequados para preparar, comer e armazenar os alimentos

- Por família ou grupo de quatro a cinco indivíduos: duas panelas tamanho familiar com pegas e tampas, uma bacia para preparar ou servir os alimentos, uma faca de cozinha e duas colheres de servir
- Por pessoa: um prato, um jogo de talheres e um recipiente para beber

Porcentagem da população afetada com acesso a suprimento de energia suficiente, seguro e economicamente viável para manter o conforto térmico, preparar alimentos e fornecer iluminação.

Número de incidentes com lesões pessoais durante a utilização do fogão e o armazenamento ou obtenção de combustível

- Estabelecer uma base de referência e medir o progresso até atingir 0 (zero).

Notas de orientação

Os artigos domésticos essenciais devem estar disponíveis em quantidade e qualidade suficientes para:

- dormir, conforto térmico e roupas pessoais;
- armazenar água, preparar e armazenar alimentos, comer e beber;
- iluminar;
- cozinhar, ferver água e aquecer o ambiente, incluindo combustível ou energia; ⊕ ver *Segurança alimentar e nutrição – Norma 5: Segurança alimentar geral*;
- possibilitar a higiene, incluindo os artigos para higiene menstrual e incontinência; ⊕ ver *WASH – Promoção da higiene – Normas 1.2 e 1.3*;
- proteção contra vetores; por exemplo, mosquiteiros; ⊕ ver *WASH – Controle de vetores – Norma 4.2*;
- segurança contra incêndios e fumo.

Seleção de artigos domésticos adequados: esses artigos devem ser fornecidos como parte de um plano geral. Ao especificar o respectivo tipo, quantidade e qualidade, priorize aqueles que salvam vidas. Leve em consideração:



- As atividades diárias essenciais a nível individual, familiar e comunitário;
- As normas culturais, a adequação e as tradições;
- A segurança e a facilidade de utilização (com necessidade mínima de instrução ou orientação técnica adicional);
- A durabilidade, a taxa de consumo e a necessidade de reposição;
- As atuais condições de vida e de organização;
- A disponibilidade local;
- As necessidades específicas segundo a categoria da população afetada, incluindo mulheres, meninas, homens, meninos, bebés, idosos, pessoas com deficiência e outros indivíduos e grupos vulneráveis;
- O impacto ambiental dos artigos selecionados; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*

A segurança: todos os artigos de plástico devem ser do tipo adequado para uso alimentar. Todos os artigos metálicos devem ser de aço inoxidável ou esmaltados. Garanta uma separação segura entre o fogão e os demais elementos do alojamento. Coloque os fogões internos numa base não inflamável. Instale uma manga não inflamável ao redor da chaminé onde esta passa do alojamento para o exterior. O combustível deve ser armazenado a uma distância segura do próprio fogão, e qualquer combustível líquido, como querosene, deve ser mantido fora do alcance de crianças e de bebés.

Conforto térmico significa que as pessoas estão confortavelmente aquecidas ou frescas, cobertas e secas. As roupas, os cobertores e as roupas de cama proporcionam conforto pessoal. Os colchonetes, os aparelhos de aquecimento e de arrefecimento, criam as condições adequadas para se viver. Devem ser tomadas todas as medidas possíveis, a nível individual e familiar, para prevenir hipotermia ou insolação.

O fornecimento de combustível e energia a preços acessíveis: combustível e outras fontes de energia são necessários para iluminação, cozinhar, conforto térmico e comunicação. Recolher ou pagar por combustível ou energia é um custo recorrente e deve ser devidamente planeado. Promova práticas culinárias eficientes em termos de energia, incluindo a utilização de fogões que economizam combustível, o preparo da lenha, a gestão do fogo, técnicas de preparação de alimentos e confeção partilhada de alimentos. Consulte as pessoas afetadas pela crise e a comunidade de acolhimento sobre a localização e os meios de recolha de combustível, para tratar questões de segurança pessoal e de sustentabilidade ambiental.

A iluminação artificial deve ser oferecida conforme a necessidade para contribuir com a segurança pessoal dentro e no entorno dos assentamentos, onde a iluminação geral não estiver disponível. Além de fósforos e velas, estude a possibilidade de utilizar iluminação artificial sustentável, como díodos emissores de luz (LEDs) e painéis solares.

A programação de artigos domésticos baseados no mercado: a avaliação do mercado de artigos domésticos deve fazer parte de uma avaliação mais ampla do sistema de mercados. O fornecimento de utensílios domésticos deve apoiar os mercados locais,

se possível. Analise os gastos com esses artigos como parte dos padrões gerais de despesa das famílias. Monitorize-os ao longo do tempo para adaptá-los e ajustá-los conforme a necessidade; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

A distribuição: planeie métodos de distribuição eficientes e equitativos, consultando as autoridades locais e as pessoas atingidas. Certifique-se de que os indivíduos ou as famílias vulneráveis estejam incluídas na lista de distribuição e possam ter acesso tanto às informações quanto à própria distribuição. Os locais de distribuição devem ser escolhidos com cuidado, considerando a distância a pé, o terreno e a praticidade do transporte de bens de maior dimensão, tais como artigos de apoio para alojamentos. Pense na possibilidade de incluir contentores para armazenamento e transporte de bens pessoais e domésticos.

A monitorização após a distribuição: avalie a adequação tanto do processo de distribuição como dos artigos domésticos em si. Se não estão a ser usados ou estão a ser vendidos no mercado, ou se há atrasos no acesso aos mesmos, adapte o processo ou os produtos. Esteja ciente de que as necessidades mudarão ao longo do tempo e que os programas deverão adaptar-se a essas mudanças.



5. Assistência Técnica

A assistência técnica é parte integrante das respostas em termos de alojamentos e assentamentos. Auxilia as pessoas afetadas a recuperarem-se e melhora a qualidade e a segurança do seu alojamento e assentamento. É essencial que as famílias ou as comunidades afetadas, participem ativamente na escolha das suas acomodações, no projeto dos alojamentos, na disposição do local e dos seus materiais, e na supervisão ou realização da construção dos alojamentos e de outras construções.

Alojamento e assentamento – Norma 5: Assistência técnica

As pessoas têm acesso a assistência técnica adequada em tempo útil.

Ações-chave

- 1 Entender a realidade anterior à crise quanto às práticas de planeamento e construção, aos materiais, competência e capacidades disponíveis.
 - Consultar as pessoas afetadas, os profissionais da construção e as autoridades locais, para chegar a um acordo sobre as práticas e os materiais de construção, e para encontrar pessoal com a experiência técnica necessária para garantir a qualidade.
- 2 Envolver e apoiar as pessoas afetadas, a administração pública e os profissionais locais no processo de construção.
 - Cumprir os códigos de planeamento e construção aplicáveis, as especificações dos materiais e os padrões de qualidade aceitáveis, conforme for adequado para a vida útil pretendida do alojamento, do assentamento e da intervenção domiciliar.
 - Otimizar as práticas de construção e as oportunidades de trabalhar através dos meios de subsistência que se oferecem localmente.
- 3 Promover práticas de construção mais seguras para atender às necessidades vigentes e reduzir futuros riscos.
 - No caso de casas ou alojamentos danificados ou destruídos, identificar os riscos e perigos estruturais, as razões para qualquer falha, ou o que pode falhar no futuro.
 - Aprender, melhorar e inovar práticas e técnicas locais de construção, sempre que possível; facilitar a transferência efetiva de conhecimento, com a finalidade de promover práticas adequadas de construção.
- 4 Certificar-se de que as pessoas têm acesso à assistência técnica adequada.
 - Levar em consideração a necessidade de competência profissional específica, o modo de aderir aos códigos e padrões de construção e de aumentar a capacidade técnica entre a população atingida.

- Prestar atenção às pessoas com menos capacidade, habilidade ou oportunidade de realizar atividades relacionadas com a construção de forma segura e tecnicamente sólida, ou equacionar a ocupação de um imóvel já existente que seja seguro e tecnicamente sólido.
- 5 Estabelecer uma gestão apropriada de projetos para materiais, finanças, mão de obra, assistência técnica e processos de aprovação dos requisitos, com a finalidade de garantir resultados de qualidade.
- Seguir os processos de gestão e os códigos de conduta apropriados para licitação, apresentação de ofertas, aquisição, contratação e construção.
 - Incentivar o uso de tecnologias, de ferramentas e de materiais que sejam conhecidos e sustentáveis e estejam disponíveis no local, e contratar mão de obra local para a manutenção e beneficiação dos alojamentos.

Indicadores-chave

Porcentagem de programas nos quais as autoridades locais participam na definição dos padrões e na monitorização das atividades de construção

Porcentagem de atividades de construção que demonstram a participação ativa da população afetada

Porcentagem de unidades de alojamento que são construídas, reparadas, remodeladas, beneficiadas ou conservadas segundo as práticas seguras de construção que foram estabelecidas de comum acordo, tendo em vista o contexto e os perigos específicos

Porcentagem de famílias que relatam ter recebido assistência técnica e orientação adequadas

Notas de orientação

A participação e interação com as pessoas afetadas: a participação em atividades de alojamento e construção deve ser compatível com as práticas locais existentes. Os programas de formação e de aprendizagem podem maximizar as oportunidades de participação de todas as pessoas afetadas (as diretamente afetadas e a comunidade de acolhimento) durante a construção. Dê oportunidades para que as mulheres e as pessoas com deficiência participem. As pessoas com menos capacidade para realizar tarefas físicas podem contribuir com atividades como monitorização do local, controlo de *stock*, apoio administrativo, atendimento de creches ou preparação de alimentos para os que trabalham nas obras. Esteja ciente de que as pessoas afetadas podem ter restrições de tempo em virtude de outras atividades. As equipas de trabalho voluntário da comunidade ou a mão de obra contratada podem apoiar a construção de casas individuais, particularmente aquelas encabeçadas por mulheres, menores, idosos ou pessoas com deficiência. Essa assistência é importante, porque esses grupos podem estar sob risco de exploração sexual ao procurarem assistência para a construção.



Envolver os jovens nas atividades de construção: fazer parte de um projeto de construção pode proporcionar aos jovens habilidades valiosas, confiança, autoestima e conexão com a comunidade.

Assegure-se de que as crianças abaixo da idade mínima para trabalhar não estejam envolvidas na construção de alojamentos ou em programas de alojamento que impliquem pagamento. Os menores com idade mínima para trabalhar (geralmente 14 ou 15 anos) e até aos 18 anos devem participar de uma forma adequada para a sua idade e desenvolvimento. Certifique-se de que a sua participação está em consonância com o contexto da legislação nacional. Devem ser tomadas medidas para garantir que as normas internacionais e as leis nacionais do trabalho sejam estritamente cumpridas, a fim de evitar o trabalho perigoso para menores de idade. Quaisquer questões ou temas suspeitos sobre o trabalho infantil devem ser encaminhados para especialistas em proteção à infância ou para serviços sociais; ➕ *ver CPMS Handbook*.

A competência profissional: dê orientação sobre questões como localização e planeamento espacial, técnicas locais de construção, avaliação de danos, demolição e remoção de entulho, construção, administração do local, avaliação do parque imobiliário existente e segurança da posse. Isso pode garantir que os alojamentos cumpram os padrões estabelecidos. Também será útil conhecer os mercados de material e de mão de obra, assim como ter apoio jurídico e administrativo; ➕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 6: Segurança da posse*.

A adesão aos códigos de construção: averigüe se os códigos de construção locais ou nacionais são normalmente seguidos ou aplicados. Se não o são, defenda a sua utilização e aplicação. Esses códigos devem refletir a cultura local da habitação, as condições climáticas, os recursos, a capacidade de construção e de manutenção, a acessibilidade e a viabilidade económica. Certifique-se de que os programas de alojamento permitem que as famílias cumpram ou alcancem progressivamente os códigos e padrões acordados, especialmente em relação aos programas que utilizam ajuda em dinheiro para responder às necessidades de alojamento. Quando não houver padrões, estabeleça normas mínimas em colaboração com as autoridades locais e as partes intervenientes relevantes (incluindo, se possível, as pessoas atingidas) para assegurar que se cumpram os requisitos de segurança e desempenho.

O aumento da capacidade técnica: aumente a capacidade da comunidade, contribuindo para a formação e a conscientização das populações afetadas, das autoridades locais, dos profissionais da construção civil local, da mão de obra qualificada e não qualificada, dos proprietários, dos especialistas jurídicos e dos parceiros locais.

Em locais vulneráveis a crises sazonais ou cíclicas, envolva os técnicos e especialistas locais com experiência em soluções adequadas ou nas melhores práticas locais. Essas pessoas podem colaborar com práticas de projeto e construção e ajudar a desenvolver soluções aprimoradas.

O fornecimento de materiais: quando for possível fornecer rapidamente os materiais de construção adequados, a própria população afetada pode construir os alojamentos. Essas soluções de alojamento podem consistir em componentes separados ou num *kit* predefinido, com ferramentas de construção adequadas. A escolha dos

materiais deve ter como base uma rápida avaliação e análise de mercado, como também uma avaliação do impacto ambiental.

O fornecimento local de materiais pode afetar a economia, a força de trabalho ou o meio ambiente circundante. Em algumas situações, os materiais de qualidade adequada podem não estar disponíveis na região. Nesse caso, utilize materiais ou processos de produção alternativos ou sistemas comerciais de alojamento, mas considere o impacto de utilizar materiais pouco conhecidos pela cultura local. Evite materiais produzidos através da exploração de trabalhadores locais e de crianças.

Os edifícios públicos seguros: construa ou repare, temporária ou permanentemente, os edifícios públicos como escolas e centros de saúde para que não constituam risco para a saúde pública e sejam resistentes a desastres. Tais instalações devem obedecer às normas de construção e aos procedimentos de aprovação técnica. É preciso garantir segurança e acesso a todos, incluindo as pessoas com dificuldade de locomoção e de comunicação (quando possível, coordene-se com as organizações representantes das pessoas com deficiência). Consulte as autoridades competentes ao reparar e construir esses edifícios. Estabeleça uma estratégia viável de funcionamento e manutenção do ponto de vista econômico.

A gestão de compras e a construção: desenvolva um cronograma de construção que inclua as principais metas, como as datas de início e de conclusão, as datas e a duração do realojamento das pessoas deslocadas. Isso aplica-se igualmente nos casos em que a gestão da construção é feita pelo proprietário ou por um empreiteiro. O cronograma deve observar o início previsto da estação do ano e incluir um plano de contingência para situações imprevistas. Estabeleça um sistema de gestão e monitorização da construção, para os materiais, para a mão de obra e para a supervisão do local. Esse sistema deve lidar com o setor terciário, a aquisição, o transporte, o manuseio e a administração durante todo o processo.

Contrate mão de obra local, tanto quanto possível, com a finalidade de melhorar as habilidades e apoiar a subsistência das pessoas afetadas. Contrate profissionais especializados (tais como engenheiros, arquitetos, urbanistas, gestores de contratos ou advogados) para realizar tarefas específicas.

Cuide para que as preocupações de natureza ambiental sejam levadas em conta. Promova a reutilização socialmente adequada dos materiais recuperados quando se puder confirmar a sua qualidade e o direito à sua utilização;  ver Alojamento e Assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.

Beneficiação e manutenção: as respostas iniciais de alojamento normalmente fornecem apenas um nível mínimo de espaço habitacional coberto ou fechado. No entanto, os métodos e os materiais iniciais devem permitir que as famílias mantenham, adaptem ou melhorem o alojamento para atender às suas necessidades de longo prazo. As adaptações devem ser feitas com segurança, utilizando ferramentas e materiais disponíveis localmente, e que sejam familiares e acessíveis, sempre que possível.

As ferramentas comunitárias: estabeleça procedimentos que definam como utilizar, manter e armazenar com segurança ferramentas e materiais comunitários ou de uso partilhado.



6. Segurança da posse

Segurança da posse significa que as pessoas podem viver nas suas casas sem medo de despejo forçado, seja em situações de assentamentos comunitários, assentamentos informais, comunidades de acolhimento, seja após o regresso. É o fundamento do direito à habitação adequada e de muitos outros direitos humanos. No contexto humanitário, uma abordagem progressiva — ou passo a passo — pode ser a mais adequada. Desse modo, reconhece-se que é possível apoiar as pessoas deslocadas para que melhorem as suas condições de vida em diferentes tipos de alojamentos. Isso não significa ajudar prioritariamente os que são proprietários, nem necessariamente transmite a ideia de permanência ou de propriedade. Os agentes de alojamento têm vindo a desenvolver uma compreensão do que é “suficientemente seguro” com o propósito de projetar opções de alojamento que apoiem os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e insegurança no que respeita à posse. Para obter mais informações sobre a devida diligência e o conceito de “suficientemente seguro”, ⊕ *ver Referências: Payne and Durand-Lasserve (2012).*

Alojamento e assentamento – Norma 6: Segurança da posse

A população atingida tem segurança da posse nas suas opções de alojamento e assentamento.

Ações-chave

- 1 Aplicar a devida diligência na conceção e na implementação do programa.
 - Alcançar o máximo de segurança jurídica possível sobre a posse (a abordagem sobre o conceito de “suficientemente seguro”), considerando o contexto e as restrições.
 - Coordenar e trabalhar com autoridades locais, profissionais da área jurídica e fóruns interagências.
- 2 Compreender o regime jurídico e a realidade do terreno.
 - Descrever os sistemas e acordos de posse para os diferentes cenários de alojamento e assentamento passada a crise; identificar como é que afetam os grupos de maior risco.
 - Trabalhar com as autoridades locais para entender que regulamentos serão aplicados e aqueles que não serão, bem como os prazos relacionados.
 - Entender como as relações de posse são geridas e as disputas resolvidas, e como isso pode ter mudado desde o início da crise.
- 3 Entender como os sistemas, as combinações e as práticas relacionadas com a posse afetam a segurança da posse quanto aos grupos vulneráveis.
 - Incluir a segurança da posse como um indicador de vulnerabilidade.

- Entender que documentos podem ser necessários para as pessoas que participam de um programa, observando que os mais vulneráveis podem não ter esses documentos ou não conseguirem ter acesso aos mesmos.
- Garantir de que a resposta não favorece o proprietário ocupante ou de plena propriedade.

4 Implementar programas de alojamento e assentamento para apoiar a segurança da posse.

- Utilizar a experiência local para adaptar a programação aos diferentes tipos de posse, especialmente aos grupos vulneráveis.
- Certificar-se de que a documentação, tal como os contratos de posse, estão devidamente preparados e refletem os direitos de todas as partes.
- Reduzir o risco de que o programa de alojamento possa causar ou agravar tensões dentro da comunidade e com as comunidades locais circundantes.

5 Apoiar a proteção contra o despejo forçado.

- Em caso de despejo ou risco de despejo, fazer encaminhamentos para identificar soluções alternativas de alojamento e outra forma de ajuda setorial.
- Auxiliar na resolução de litígios.

Indicadores-chave

Percentagem de beneficiários de alojamentos que têm segurança da posse em relação à sua opção de alojamento e assentamento, pelo menos durante a vigência de um programa de assistência em particular

Percentagem de beneficiários de alojamentos que têm um acordo adequado para a segurança da posse em relação à sua opção de alojamento

Percentagem de beneficiários de alojamentos com dificuldades quanto à posse e que tenham acedido, de forma independente ou por meio de mecanismos de encaminhamento, a serviços jurídicos e/ou de resolução de litígios

- ⊕ *ver Princípio de Proteção 4.*

Notas de orientação

A posse: é a relação entre grupos ou indivíduos quanto à posse de habitação e terra, estabelecida mediante leis estatutárias ou acordos consuetudinários, informais ou religiosos. Os sistemas de posse determinam quem pode usar que tipo de recursos, por quanto tempo e sob que condições. Existem muitas formas de acordos de posse, que vão desde a propriedade total e contratos formais de aluguer, até à habitação de emergência e à ocupação de terras em assentamentos informais. Independentemente do acordo de posse, todas as pessoas ainda possuem direitos a habitação, terra e propriedade. As pessoas que vivem em assentamentos informais, muitas vezes deslocadas internamente, talvez não tenham o direito legal de ocupar



a terra, mas ainda possuem o direito à habitação adequada e à proteção contra o despejo forçado das suas casas. Para determinar se uma segurança da posse adequada está em vigor, é necessário dispor de informações, tais como a documentação de posse e uso de métodos de diligência devida.

A segurança da posse é parte integrante do direito a uma habitação adequada. Garante proteção legal contra o despejo forçado, assédio e outras ameaças, e permite que as pessoas vivam nas suas casas com segurança, paz e dignidade. Todas as pessoas, inclusive as mulheres, devem possuir um certo grau de segurança da posse. É importante entender como as relações de posse, incluindo os mecanismos de resolução de litígios, são geridas e praticadas, e como podem ter mudado desde o início da crise. Os dados para avaliar a segurança da posse podem incluir número de litígios, taxas de despejo e percepções de segurança da posse.

A posse gradual: uma das formas mais eficazes de fortalecer a segurança da posse, é apoiar-se em sistemas de posse existentes, que gozam de um certo grau de legitimidade social; ⊕ *ver Referências: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, e Payne and Durand-Lasserve (2012).*

Considerações urbanas: a maioria dos deslocados urbanos vive em assentamentos informais ou em alojamentos alugados sem contratos formais de propriedade, de arrendamento e/ou de uso. Portanto, o risco de despejo forçado e as formas relacionadas de exploração e assédio, são uma característica marcante das suas vidas. As opções de assistência de alojamento e assentamento para áreas urbanas, devem tratar de situações complexas de posse e terem em consideração abordagens de posse gradual para arrendatários, moradores informais, ocupantes ilegais e outros.

Não causar danos: em alguns contextos, uma intervenção humanitária de alojamento pode levar ao despejo de grupos vulneráveis. Noutros, a ênfase nas questões de segurança da posse pode aumentar o risco de despejo para grupos vulneráveis. Uma abordagem que leve em conta a verificação prévia, identificará os riscos enfrentados por diferentes grupos em relação à segurança da posse. Em alguns casos nos quais os riscos à segurança da posse são demasiado grandes, talvez seja melhor não fazer nada.

Fatores comuns que desencadeiam o despejo: a ameaça de despejo deriva de uma complexa interação de fatores, a maioria dos quais leva também à exploração e ao abuso. Entre estes incluem-se:

- A incapacidade de pagar o aluguer, muitas vezes devido a restrições à subsistência, como o direito ao trabalho;
- A ausência de contratos de arrendamento por escrito com os proprietários, tornando as pessoas vulneráveis ao aumento de preços e ao despejo;
- As disputas com proprietários;
- A discriminação contra as pessoas afetadas;
- As restrições à melhoria do entorno habitacional, de modo que aqueles que violam as permissões de construção estão sob constante ameaça de despejo;
- A incapacidade dos utilizadores ou ocupantes de áreas passíveis de construção de regularizarem a sua situação junto à administração civil;

- As transações habitacionais que ocorrem segundo modelos tradicionais ou religiosos e, portanto, não são reconhecidas pela lei ou vice-versa;
- Em relação às mulheres: divórcio, violência do parceiro íntimo e outras formas de violência doméstica ou a morte do marido;
- A falta de documentação civil das mulheres (podem estar incluídas na documentação do seu pai ou do marido) e de outros grupos marginalizados ou perseguidos.

Os despejos e o reassentamento: o reassentamento pode estar de acordo com a lei dos direitos humanos para proteger a saúde e a segurança dos habitantes expostos aos desastres naturais e aos riscos ambientais, ou para preservar recursos ambientais cruciais. No entanto, o uso indevido de regulamentos destinados a proteger a saúde e a segurança pública ou o meio ambiente, com a finalidade de justificar o despejo na ausência de risco genuíno, ou quando outras opções estão disponíveis, é contrário à lei internacional dos direitos humanos.



7. Sustentabilidade ambiental

A sustentabilidade ambiental orienta uma programação responsável, que atende às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de suprir as suas próprias necessidades. Ignorar as questões ambientais a curto prazo pode comprometer a recuperação, piorar os problemas existentes ou causar novos problemas; ⊕ ver *Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromissos 3 e 9*.

Alojamento e assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental

A ajuda em termos de alojamento e assentamento minimiza os impactos negativos do programa no meio ambiente.

Ações-chave

- 1 Integrar a avaliação e a gestão do impacto ambiental em todos os planeamentos de alojamentos e assentamentos.
 - Avaliar os impactos ambientais da crise, os riscos e vulnerabilidades ambientais para mitigar os efeitos negativos das opções de alojamento e assentamento.
 - Incorporar um plano de gestão ambiental nos procedimentos operacionais e de monitorização.
- 2 Selecionar os materiais e as técnicas mais sustentáveis entre as opções viáveis.
 - Dar preferência aos que não esgotam os recursos naturais locais nem contribuem para danos ambientais a longo prazo.
 - Resgatar e reutilizar, reciclar ou redirecionar os materiais disponíveis incluindo destroços.
- 3 Gerir os resíduos sólidos em todos os assentamentos, de forma segura, oportuna, culturalmente sensível e ambientalmente sustentável.
 - Coordenar-se com as autoridades responsáveis pela água, saneamento, saúde, obras públicas, com o setor privado e com outras partes intervenientes para estabelecer ou restabelecer práticas sustentáveis de gestão de resíduos.
- 4 Estabelecer, restaurar e promover sistemas de fornecimento de energia seguros, confiáveis, acessíveis e ambientalmente sustentáveis.
 - Determinar se os sistemas de fornecimento de energia existentes têm um impacto ambiental negativo sobre os recursos naturais, a poluição, a saúde e a segurança.

- Certificar-se de que quaisquer opções novas ou revistas de fornecimento de energia atendem as necessidades do utilizador; dar formação e realizar o acompanhamento, conforme necessário.
- 5 Proteger, restaurar e melhorar o valor ecológico dos locais ativos (como assentamentos temporários) durante e após a utilização.
- Avaliar as condições ambientais de referência e os recursos naturais locais disponíveis para cada lugar, e identificar os riscos ambientais, incluindo aqueles devidos à utilização anterior para fins comerciais ou industriais.
 - Remover da área os riscos imediatos e evidentes, e reparar qualquer degradação ambiental grave preservando, tanto quanto possível, a vegetação e a drenagem natural.
 - Deixar o lugar num estado que permita à população local utilizá-lo imediatamente, se possível em melhores condições do que as encontradas anteriormente.

Indicadores-chave

Percentagem de atividades de alojamento e assentamento precedidas de revisão ambiental

Número de recomendações do plano de gestão e de monitorização ambiental que foram implementadas

Percentagem de construções de alojamentos que utilizam métodos de aquisição e materiais de construção com baixa emissão de carbono

Percentagem de resíduos sólidos no local que são reutilizados, reaproveitados ou reciclados

- Meta: > 70% do volume

Percentagem de locais de assentamentos temporários que são restaurados com melhores condições ambientais do que antes da sua utilização

Notas de orientação

A avaliação do impacto ambiental consiste em três elementos: a descrição da situação do meio ambiente local em relação ao qual a avaliação está a ser feita; a compreensão da atividade proposta e a sua potencial ameaça ao meio ambiente e a compreensão das consequências caso a ameaça se concretize.

Pode ser útil consultar os órgãos ambientais adequados. Os principais pontos a serem considerados numa avaliação de impacto ambiental incluem:

- O acesso e o uso dos recursos naturais locais anteriormente à crise, incluindo combustível e materiais de construção, fornecimento de água e gestão de resíduos;
- A extensão dos recursos naturais disponíveis no local e o impacto da crise sobre esses bens;



- As questões sociais, econômicas e culturais (incluindo as funções específicas de cada gênero) que podem influenciar a sustentabilidade da resposta e melhorar a sua eficácia e eficiência geral.

O fornecimento de materiais: ao fornecer recursos naturais, como água, madeira, areia, solo e relva, combustível para o cozimento de tijolos e telhas, tenha consciência do respectivo impacto ambiental. Promova o uso de múltiplas fontes, o reaproveitamento de materiais recuperados e a produção de materiais alternativos. A reforestação pode ser um bom modo de produzir materiais de construção sustentáveis. Evite a utilização de materiais que tenham sido produzidos através da exploração de adultos e de crianças; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados.*

A seleção do local: a seleção do local deve ser feita com base nas avaliações do impacto ambiental. Por exemplo, a localização de assentamentos próximos de uma infraestrutura já existente, pode reduzir os impactos ambientais associados à construção de uma nova infraestrutura. Leve em consideração a exposição a riscos climáticos; ⊕ *ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento.*

A erosão: conserve as árvores e outra vegetação para estabilizar o solo e maximizar a sombra e a proteção contra o clima. O uso dos contornos naturais (curvas de nível) para o traçado dos serviços, como estradas, vias e redes de drenagem minimiza a erosão e as cheias. Se necessário, construa canais de drenagem, drenagem canalizada sob estradas ou bancos de terra cultivada para evitar a erosão do solo. Quando a inclinação for superior a 5%, devem ser aplicadas técnicas de engenharia para evitar a erosão excessiva.

A gestão dos destroços e a reutilização ou reaproveitamento dos resíduos: o planeamento da gestão de destroços imediatamente após uma crise promove o resgate dos mesmos para reutilização, redefinição ou eliminação segura.

Existe potencial para reutilizar ou reaproveitar resíduos sólidos encontrados em ambientes humanitários. Esse reaproveitamento de materiais, como parte de uma estratégia mais sistemática da gestão de resíduos sólidos, depende das atitudes culturais para o manuseamento dos resíduos e da proximidade de empresas dispostas a comprar os materiais separados. Os contextos humanitários oferecem oportunidades para o reaproveitamento inovador de materiais; ⊕ *ver WASH – Gestão de dejetos – Norma 3.1 e WASH – Gestão de resíduos sólidos – Normas 5.1 e 5.3*

A energia: ao abordar o consumo de energia, leve em consideração o clima, os recursos naturais disponíveis, a poluição dentro dos ambientes e ao ar livre, o impacto na saúde, a segurança e as preferências do utilizador. Sempre que possível, os programas devem reduzir as necessidades de energia das famílias. Um projeto eficiente em termos energéticos — que utiliza métodos passivos para o aquecimento ou arrefecimento das estruturas — e o uso de utensílios domésticos eficientes do ponto de vista energético, tais como lâmpadas solares, reduzem os custos domésticos e os impactos ambientais; ⊕ *ver Segurança alimentar e Nutrição – Norma 5: Segurança alimentar geral.*

Identifique os riscos para o público causados por fontes de energia danificadas, por exemplo, linhas de energia com defeito ou fugas em bilhas de gás ou em depósitos de óleo combustível. Coordene com o governo local e os fornecedores de energia para restaurar, entregar e manter os serviços de energia. Subsídios ou outros incentivos podem ser uma opção para garantir a segurança e reduzir a poluição ou a pressão sobre os recursos naturais.

A gestão dos recursos naturais: quando houver recursos naturais limitados para sustentar um aumento significativo do *habitat* humano, é essencial um plano de gestão de recursos. Se for necessário, consulte especialistas externos. O plano de gestão de recursos pode propor o abastecimento externo de combustível e opções para a pastagem de rebanhos, para a produção agrícola e para outras fontes de rendimento que dependam dos recursos naturais. Assentamentos grandes e bem geridos podem ser mais sustentáveis do ponto de vista ambiental do que assentamentos menores, numerosos e dispersos, que não são tão fáceis de gerir ou monitorizar. Contudo, os assentamentos comunitários grandes podem causar mais tensão nas comunidades de acolhimento do que os assentamentos menores e dispersos. Os agentes do setor de alojamento deveriam sempre considerar o impacto das suas intervenções nas necessidades da população de acolhimento, em termos dos recursos naturais; ⊕ ver *Norma Humanitária Essencial, Compromisso 9*, e *Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)*.

Os contextos rurais e urbanos: em geral, as pessoas que moram em áreas rurais são mais dependentes dos recursos naturais do seu entorno imediato, do que as pessoas que habitam nas cidades. No entanto, as áreas urbanas absorvem grandes quantidades de recursos naturais, como madeira, areia e cimento, tijolos e outros materiais de construção naturais vindos de uma área de captação mais ampla. Devem ser tomadas decisões bem fundamentadas, quando se utilizam grandes quantidades de materiais de construção em programas para alojamentos urbanos ou em outros programas de alojamentos em grande escala, onde os impactos ambientais podem ir muito além da área de execução do programa.



Apêndice 1

Lista de verificação para avaliação de alojamento e assentamento

Esta lista de perguntas serve como uma lista de verificação para garantir que se obtenham dados adequados para fundamentar a resposta de alojamento e assentamento após a crise. A lista de perguntas não é rígida. Utilize-a e adapte-a conforme a necessidade.

As informações sobre as causas subjacentes à crise, a situação da segurança e as pessoas-chave a serem consultadas e contactadas, assim como os dados demográficos básicos dos deslocados e, se for o caso, da população de acolhimento, precisarão de ser obtidos separadamente.

Análise e coordenação

- Foi acordado algum mecanismo de coordenação entre as autoridades competentes e as organizações humanitárias?
- Que dados de referência estão disponíveis sobre as pessoas atingidas? Quais os perigos conhecidos e quais os riscos e vulnerabilidades relacionados com o alojamento e o assentamento?
- Existe um plano de contingência para fundamentar a resposta?
- Que informações iniciais para avaliação já estão disponíveis?
- Existe uma avaliação interagências e/ou multissetorial planeada? Esta inclui alojamento, assentamento e artigos domésticos?

Dados demográficos

- Quantas pessoas compõem um agregado familiar em média?
- Quantas pessoas afetadas estão a viver em diferentes tipos de habitação? Leve em conta os grupos que não vivem em família, como os grupos de crianças desacompanhadas, e os agregados familiares que não correspondem à média, entre outros. Desagregue os dados por sexo, idade, deficiência e etnia, filiação linguística ou religiosa, conforme o contexto.
- Quantas famílias afetadas não dispõem de alojamento e onde estão essas famílias?
- Quantas pessoas desagregadas por sexo, idade e deficiência, que não fazem parte de uma unidade familiar, estão sem alojamento adequado ou sem nenhum alojamento? Onde é que elas estão localizadas?
- Quantas famílias afetadas e sem alojamento adequado não foram deslocadas e podem ser ajudadas no local das suas casas originais?
- Quantas famílias afetadas e sem alojamento adequado estão deslocadas e necessitam de ser abrigadas em famílias de acolhimento ou em assentamentos temporários?

- Quantas pessoas, desagregadas por sexo e idade, não dispõem de acesso a instalações comunitárias como escolas, instalações para cuidados de saúde e centros comunitários?

Riscos

- Quais são os riscos imediatos para a vida, a saúde e a segurança resultantes da falta de alojamentos adequados e quantas pessoas estão em risco?
- Quais são os riscos menos imediatos para a vida, a saúde e a segurança das pessoas resultantes da falta de alojamentos adequados?
- Como é que os sistemas, os acordos e as práticas relacionadas com a propriedade afetam a segurança da posse das populações vulneráveis e marginalizadas?
- Quais são os principais riscos para as pessoas vulneráveis, incluindo mulheres, crianças, menores desacompanhados, e pessoas com deficiência ou doenças crônicas, decorrentes da falta de alojamentos adequados, e por quê?
- Qual é o impacto da presença de pessoas deslocadas sobre uma população de acolhimento?
- Quais são os possíveis riscos de conflito e discriminação entre grupos da população atingida, principalmente para mulheres e meninas?

Recursos e restrições

- Que recursos materiais, financeiros e humanos da população afetada estão disponíveis para dar resposta a algumas ou a todas as suas necessidades urgentes de alojamento?
- Que questões relacionadas com a disponibilidade, a propriedade e o uso de terras, afetam a capacidade das pessoas de suprirem a necessidade urgente de alojamentos, incluindo assentamentos comunitários quando necessário?
- Que riscos as potenciais populações de acolhimento enfrentam ao acomodarem pessoas deslocadas dentro das suas próprias habitações ou em terras adjacentes?
- Que oportunidades e restrições afetam o uso de prédios ou de estruturas existentes e intactas que estejam disponíveis para acomodar temporariamente as pessoas deslocadas?
- As terras acessíveis e não ocupadas são adequadas para assentamentos temporários, considerando a topografia e outras condicionantes ambientais?
- Que requisitos e restrições normativas podem afetar o desenvolvimento de soluções para os alojamentos?

Materiais, projeto e construção

- Que soluções iniciais de alojamento ou de materiais de construção foram providenciadas pelas pessoas e pelas populações afetadas ou por outros agentes?
- Que materiais existentes podem ser recuperados do local afetado para uso na reconstrução de alojamentos?
- Quais são as práticas de construção típicas das pessoas afetadas, e que materiais utilizam para a estrutura, o telhado e as paredes externas?



- Que soluções alternativas para o projeto ou que materiais podem estar disponíveis e são conhecidos ou aceitos pelas pessoas atingidas?
- Que características do projeto darão garantia de que todas as pessoas afetadas possam obter e utilizar as soluções de alojamento de forma rápida e segura?
- Como é que as soluções de alojamento identificadas podem minimizar riscos e vulnerabilidades futuras?
- Como é que os alojamentos são construídos normalmente e por quem?
- Quem é que normalmente obtém os materiais de construção e como?
- Como é que as mulheres, os jovens, as pessoas com deficiência e os idosos, podem receber formação ou assistência para participar na construção dos seus próprios alojamentos, e quais são as restrições?
- Quando os indivíduos ou as famílias não tiverem capacidade ou oportunidade de construir os seus próprios alojamentos, será necessária ajuda adicional? Por exemplo, o fornecimento de assistência técnica ou de mão de obra voluntária ou contratada.

Atividades domésticas e de subsistência

- Que atividades domésticas e de subsistência são geralmente realizadas nos alojamentos das pessoas afetadas ou na sua proximidade? E como é que o espaço disponível e a sua definição refletem essas atividades?
- Que oportunidades legais e ambientalmente sustentáveis de apoio a atividades de subsistência, podem ser propiciadas através do fornecimento de materiais e da construção de soluções para alojamento e assentamento?

Serviços essenciais e instalações comunitárias

- Qual é a disponibilidade atual de água para beber e para a higiene pessoal? E quais as possibilidades e as restrições para responder às necessidades de saneamento previstas?
- Qual é a disponibilidade atual de instalações sociais (tais como clínicas de saúde, escolas e locais de culto) e que limitações e oportunidades existem para o acesso a essas instalações?
- Quando prédios comunitários, especialmente escolas, são utilizados para abrigar pessoas deslocadas, que processos e prazos existem para que voltem a ser utilizados para a finalidade a que se destinam?

População de acolhimento e impacto ambiental

- Que questões preocupam as populações de acolhimento?
- Quais são as restrições organizacionais e físicas relacionadas com a acomodação das pessoas deslocadas entre a população de acolhimento ou em assentamentos temporários?
- Quais são as preocupações ambientais em relação à aquisição local de materiais de construção?
- Quais são as preocupações ambientais em relação às necessidades das pessoas deslocadas em termos de combustível, saneamento, eliminação de resíduos e pastagem para animais, entre outras?

Necessidades de artigos domésticos

- Quais são os artigos não alimentares essenciais de que as pessoas afetadas necessitam?
- Alguns dos artigos não alimentares necessários podem ser obtidos no local?
- É possível utilizar dinheiro ou vales?
- Será necessária assistência técnica para complementar o fornecimento de artigos de apoio para o alojamento?

Vestuário e roupa de cama

- Que tipos de vestuário, cobertores e roupas de cama são usados habitualmente por mulheres, homens, crianças e bebês, mulheres grávidas e lactantes, pessoas com deficiência e idosos?
- Quantas mulheres e homens (de todas as idades), crianças e bebês têm vestuário, cobertores ou roupas de cama inadequadas ou insuficientes para se protegerem contra os efeitos negativos do clima e para que mantenham a sua saúde, dignidade e bem-estar?
- Quais são os riscos potenciais para a vida, a saúde e a integridade das pessoas atingidas se as suas necessidades de vestuário, cobertores ou roupas de cama não forem atendidas?
- Que medidas de controlo de vetores, especificamente o fornecimento de mosquiteiros, são necessárias para assegurar a saúde e o bem-estar das famílias?

Cozinha e alimentação, fogões e combustíveis

- Que utensílios para cozinhar e comer, uma família típica possuía antes da crise?
- Quantas famílias não têm acesso a utensílios suficientes para cozinhar e comer?
- Como é que as pessoas afetadas normalmente cozinhavam e aqueciam as suas habitações antes da crise, e onde é que elas cozinhavam?
- Que combustível costumavam utilizar para cozinhar e para se aquecer antes da crise e onde é que o obtinham?
- Quantas famílias não têm acesso a um fogão para cozinhareм e para se aquecerem, e por quê?
- Quantas famílias não têm acesso ao abastecimento adequado de combustível para cozinhareм e para se aquecerem?
- Que oportunidades e restrições (especialmente preocupações ambientais) existem para que os afetados pela crise e as populações vizinhas possam abastecer-se adequadamente de combustível?
- Qual é o impacto do abastecimento adequado de combustível sobre as pessoas afetadas e especialmente sobre as mulheres de todas as idades?
- Existem questões culturais em relação à forma de cozinhar e de se alimentar que devam ser levadas em consideração?



Ferramentas e equipamentos

- Que ferramentas básicas para reparar, construir ou manter um alojamento estão disponíveis para as famílias?
- Que atividades de apoio à subsistência também podem requerer a utilização das ferramentas básicas de construção, de manutenção e de remoção de destroços?
- Que atividades de formação ou de consciencialização poderão ser desenvolvidas para capacitar o uso seguro das ferramentas?

Apêndice 2

Descrição dos cenários de assentamento

Os cenários de assentamento permitem um primeiro nível de classificação do lugar e do modo como estão a viver as pessoas atingidas. Conhecer a crise a partir desses cenários auxiliará no planeamento das estratégias de ajuda. Reúna dados adicionais para fundamentar um planeamento detalhado;  ver *Apêndice 3: Outras características dos cenários de assentamento*.

Grupo populacional	Cenário de assentamento	Descrição	Exemplos
Pessoas não deslocadas	Imóvel ou terra ocupada pelo proprietário	O ocupante é proprietário do imóvel e/ou da terra (a propriedade pode ser formal ou informal), proprietário de uma parte ou coproprietário	Casas, apartamentos, terras
	Arrendamento de imóveis ou de terras	O arrendamento permite que um indivíduo ou família utilize um imóvel ou terra por um período de tempo específico e a um preço determinado, sem transferência de propriedade, com base num contrato escrito ou verbal com um proprietário público ou privado.	
	Ocupação informal de imóveis ou de terras	As famílias ocupam os imóveis e/ou as terras sem a permissão explícita do proprietário ou de um representante designado.	Casas e apartamentos vazios, terras desocupadas
Pessoas deslocadas dispersas	Contrato de arrendamento	O arrendamento permite que um indivíduo ou uma família utilize uma habitação ou terra por um período específico e a um preço determinado, sem transferência de propriedade, com base num contrato escrito ou verbal com um proprietário público ou privado. Pode ser autofinanciado pelo indivíduo ou pela comunidade, ou subsidiado pelo governo ou pela comunidade humanitária.	Casas, apartamentos e terras existentes no mercado imobiliário



Grupo populacional	Cenário de assentamento	Descrição	Exemplos
Pessoas deslocadas	Acordos de acolhimento	As populações de acolhimento disponibilizam alojamento para as populações ou famílias deslocadas.	Casas, apartamentos e terras já ocupadas ou disponibilizadas pela população de acolhimento
	Processo de ocupação espontânea	As famílias deslocadas estabelecem-se espontaneamente num local, sem prévio acordo com os agentes competentes (como o proprietário, o governo local, as organizações humanitárias e/ou a população de acolhimento).	Casas e apartamentos vazios, terras desocupadas, bermas de estradas
Comunidade	Acomodações coletivas	Instalações ou estruturas preexistentes, onde múltiplas famílias se abrigam. Os serviços básicos e de infraestruturas são prestados de forma comunitária ou é disponibilizado o acesso aos mesmos.	Edifícios públicos, centros de evacuação, de receção e de trânsito, edifícios abandonados, complexos empresariais, construções inacabadas.
	Assentamento planeado	Assentamento especialmente construído cujo projeto é planeado e gerido, dispondo de infraestrutura, instalações e serviços.	Assentamentos formais geridos pelo governo, pela ONU, por ONG ou pela sociedade civil. Podem incluir centros de trânsito ou de receção ou locais de evacuação.
	Assentamento não planeado	Múltiplas famílias estabelecem-se espontânea e coletivamente num local, criando um novo assentamento. As famílias ou o coletivo podem ter um acordo de arrendamento com o proprietário da terra. Geralmente isto ocorre sem um acerto prévio com os agentes competentes (como o proprietário, o governo local e/ou a população de acolhimento). Inicialmente, os serviços básicos no local não são planeados.	Assentamentos e locais informais

Apêndice 3

Outras características dos cenários de assentamento

Esta tabela estabelece características secundárias que expandem os cenários de assentamento descritos no [⊕ Apêndice 2. Descrição dos cenários de assentamentos](#). O uso da tabela, para se compreender melhor as crises, deve servir de base para processos de planejamento bem detalhados.

Nota: A escolha das características e a sua definição variam de acordo com o contexto e devem ser alinhadas com a orientação pertinente. Se necessário, crie características adicionais para um contexto específico.

Categoria	Exemplos	Notas
Tipos de populações deslocadas	Refugiados, solicitantes de asilo, pessoas deslocadas internamente (PDIs), refugiados retornados, PDIs retornadas, outras populações de interesse (por exemplo, migrantes)	⊕ Ver Humanitarian profile support guidance (www.humanitarianresponse.info)
Afetados indiretamente	Populações preexistentes, populações de acolhimento	As populações de acolhimento são, com frequência, diretamente impactadas pelas populações afetadas, por exemplo, ao dividirem os serviços comunitários como as escolas ou acolhendo-as no ambiente familiar.
Contexto geográfico	Urbano, periurbano, rural	Periurbano: uma área entre o urbano consolidado e as regiões rurais.
Nível de danos	Sem danos, com danos parciais e destruição total	A classificação do nível de danos deve ter por base a decisão quanto à segurança para ocupar a casa ou o alojamento.
Duração/fase	Curto, médio e longo prazo, permanente, de emergência, de transição, de recuperação ou estável	A definição destes termos varia e deve ser feita a nível da resposta.
Sistemas de posse	Legal, tradicional, religiosa, híbrida	Acordos informais sobre habitação ou posse da terra são aqueles que incluem ocupações regulamentadas e não regulamentadas ou subdivisões não autorizadas de uma terra que pertence legalmente a outros. Incluem também as várias formas de acordos não oficiais de arrendamento. Em alguns casos, diversas formas de posse podem coexistir no mesmo lugar, detendo cada parte certos direitos.
Tipos de posse habitacional	Propriedade, direitos de usufruto, aluguer, posse coletiva	
Tipos de posse da terra	Privada, comunitária, coletiva, de acesso aberto, estatal/pública	



Categoria	Exemplos	Notas
Tipo de alojamento	Tendas, alojamentos improvisados, alojamentos de transição, alojamento central, casas, apartamentos, espaços alugados dentro de um local maior, garagens, caravanas, contentores	⊕ <i>Ver Apêndice 4: Opções de ajuda</i>
Administração do assentamento	Administrado, administração remota ou móvel, autoadministração, não administrado	Administrado: sem objeção do proprietário do local e aprovado pelas autoridades. Com administração remota ou móvel: nos casos em que uma equipa administra vários lugares. Autoadministração: pela estrutura de liderança da comunidade ou comités internos.

Apêndice 4

Opções de Ajuda

Pode-se combinar uma gama de opções de ajuda, específicas ao contexto, para atender às necessidades das pessoas afetadas. Pondere as vantagens e desvantagens de cada uma e desenvolva o programa mais apropriado.

Opção de Ajuda	Descrição
Artigos domésticos	⊕ <i>Ver Alojamento e Assentamento – Norma 4: Artigos domésticos.</i>
Kits de alojamento	Material de construção, ferramentas e acessórios necessários para criar ou beneficiar o espaço habitacional. Considerar se é o caso de fornecer materiais estruturais como postes e estacas ou se podem ser supridos pelas famílias. Considerar a necessidade de suporte adicional sob a forma de instrução, incentivo, educação ou consciencialização.
Kits de ferramentas	Ferramentas de construção e equipamentos necessários para criar ou beneficiar o espaço habitacional e o assentamento.
Tendas	Alojamentos portáteis pré-fabricados, com uma cobertura e uma estrutura.
Apoio para regresso e trânsito	Apoio para pessoas afetadas que escolhem regressar ao seu lugar de origem ou são realojadas num novo local. Tal apoio pode incluir uma ampla gama de serviços, como disponibilizar transporte, bilhetes ou cupões de transporte, ou artigos como ferramentas, materiais e <i>stock</i> de sementes.
Reparações	A reparação consiste em restaurar construções danificadas ou deterioradas para que fiquem em boas condições de utilização, atendendo às normas e especificações exigidas. Se as edificações tiverem sofrido pequenos danos, é possível repará-los sem maiores intervenções. Para pessoas deslocadas, pode ser necessário remodelar centros coletivos ou adaptar construções preexistentes como escolas, para serem utilizadas como alojamentos em massa.
Readaptação	A readaptação de edificações implica o fortalecimento e/ou a alteração do sistema estrutural da construção. O objetivo é tornar o edifício mais resistente a futuros desastres, com a instalação de funcionalidades de segurança. Edificações danificadas por crises, além de serem reparadas, podem precisar ser readaptadas. Para pessoas deslocadas, pode ser necessário readaptar as casas de famílias de acolhimento, quando essas correm risco de desastres.
A ajuda de acolhimento	As pessoas que não conseguem voltar para as suas casas de origem costumam ficar com a família e amigos ou em comunidades com as quais partilham laços históricos, religiosos ou outros vínculos. A ajuda que se pode dar ao anfitrião para que possa continuar a acolher as pessoas afetadas, inclui o apoio para aumentar ou adaptar o alojamento familiar existente, ou a ajuda financeira e material para as despesas.
Ajuda para o arrendamento	A ajuda às famílias afetadas para arrendar acomodações ou terras pode incluir contribuições financeiras, apoio para obter um contrato justo ou consultoria sobre normas relativas à propriedade. O arrendamento é uma despesa fixa; assim, planeie previamente estratégias de saída, promoção da autossuficiência ou estabelecer desde o início atividades de autossubsistência; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 3: Espaço habitacional e Norma 6: Segurança da posse</i> (nota: a ajuda para o arrendamento pode injetar dinheiro na população de acolhimento ou pode esgotar o mercado e causar inflação).



Opção de Ajuda	Descrição
Alojamentos temporários	Soluções de alojamentos de curto prazo com o objetivo de serem removidos quando a próxima fase de solução de alojamento for oferecida. Habitualmente são construídos com custos limitados.
Alojamentos de transição	Alojamentos rápidos concebidos com materiais e técnicas para passarem a ser estruturas mais permanentes. O alojamento de transição deve ser adaptável, reutilizável, desmontável ou removível dos locais temporários para locais permanentes.
Alojamento principal	Unidades de habitação planeadas, projetadas e construídas para serem, eventualmente, parte de uma casa permanente, mesmo não sendo concluída na totalidade. O alojamento principal permite um futuro processo de expansão da habitação através de meios e recursos próprios da família. O objetivo é criar um espaço habitacional seguro e adequado, com um ou dois aposentos contendo também instalações de água e saneamento e os artigos domésticos necessários; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 3: Espaço habitacional e Norma 4: Artigos domésticos.</i>
Reconstrução	Demolição e reconstrução de estruturas que não podem ser reparadas.
Centros de informação	Os centros de informação oferecem assessoria e orientação para as pessoas afetadas. As informações oferecidas nos centros locais, podem esclarecer o direito a assessoria e a ajuda, opções e processos de regresso, direito a terra, acesso a remuneração, assistência e assessoria técnica, regresso, integração e realojamento, canais de <i>feedback</i> e mecanismos de solicitar indemnização, incluindo assistência jurídica.
Competência jurídica e administrativa	Providenciar assistência jurídica e administrativa competente, ajuda as pessoas afetadas a conhecer os seus direitos e a receber o apoio administrativo de que necessitam, sem custo ou a custo reduzido. Deve ser dada especial atenção às necessidades dos grupos mais vulneráveis.
Assegurar a posse	O apoio para assegurar o direito de ocupação de habitações e/ou de terras, das pessoas afetadas, garante proteção legal contra despejo forçado, assédio e outras ameaças, e oferece segurança, paz e dignidade; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 6: Segurança da posse.</i>
Planeamento de infraestruturas e assentamentos	O apoio ao planeamento de infraestruturas e assentamentos é usado para melhorar os serviços de uma comunidade, e auxiliar o planeamento de um alojamento transitório sustentável e as soluções de reconstrução. O apoio ao planeamento de infraestruturas e assentamentos pode ser dividido em duas categorias: aquele coordenado principalmente pelo setor de alojamento e aquele coordenado especialmente por outros setores.
Apoio em acomodações coletivas	As edificações existentes podem ser utilizadas como centros coletivos ou como centros de evacuação e oferecer alojamentos rápidos. Podem ser escolas, edifícios da comunidade, pátios de recreio cobertos, edifícios religiosos ou propriedades desocupadas. Tais propriedades podem precisar de adaptação ou modernização para serem habitadas; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 3: Espaço habitacional.</i> Ao utilizar edifícios escolares para acomodar pessoas afetadas por crises, identifique e utilize estruturas alternativas, assim que possível, para permitir que o ensino na escola continue; ⊕ <i>ver Collective Centre Guidelines e Manual INEE (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução).</i>
Administração de assentamentos e centros coletivos	⊕ <i>ver Collective Centre Guidelines.</i>

Opção de Ajuda	Descrição
Remoção de destroços e gestão dos mortos	A remoção de destroços ajuda a melhorar a segurança pública e o acesso das pessoas atingidas. Leve também em consideração o impacto ambiental; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Normas 2 e 7.</i> Identificar e cuidar dos cadáveres de forma adequada; ⊕ <i>ver Saúde – Norma 1.1 e WASH – Norma 6.</i>
Reabilitar e/ou instalar infraestruturas comuns	Reabilite ou construa infraestruturas como as de abastecimento de água, saneamento, estradas, drenagem, pontes e eletricidade; ⊕ <i>ver o capítulo WASH para orientação e Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento.</i>
Reabilitar e/ou construir instalações na comunidade	Educação: escolas, espaços infantis, espaços seguros de recreio; ⊕ <i>ver Manual INEE (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução);</i> Serviços de saúde: centros de saúde e hospitais; ⊕ <i>ver Sistemas de saúde – Norma 1.1: Prestação de serviço de saúde;</i> Segurança: esquadras de polícia ou estruturas de vigilância na comunidade; Atividades comunitárias: locais de encontro para tomada de decisões, recreação e culto, armazenamento de combustível, cozinhas e eliminação de resíduos sólidos; Atividades económicas: mercados, terra e espaço para a criação de animais, espaço para atividades de subsistência e negócios.
Planeamento e zonamento urbano/ de povoações	Ao requalificar áreas residenciais após uma crise, envolva as autoridades locais e o setor de planeamento urbano, de modo a que sejam respeitadas as regulamentações e os interesses mútuos de todas as partes intervenientes; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 2: Localização e planeamento do assentamento.</i>
Realojamento	O realojamento é um processo que consiste em reconstruir a habitação, os bens e as infraestruturas públicas de uma família ou de uma comunidade numa localização diferente.



Apêndice 5

Opções de Implementação

O método de entrega da ajuda influencia a qualidade, a pontualidade, a escala da prestação e o custo. Selecione as opções de implementação com base na compreensão dos mercados locais, incluindo dos mercados de matérias-primas, de mão de obra e de aluguer, em apoio à recuperação económica; ⊕ *ver A prestação de ajuda através dos mercados*. Considere o modo como as opções de implementação escolhidas têm impacto no grau de participação e no sentido de propriedade, a dinâmica dos gêneros, na coesão social e nas oportunidades de trabalhar pela subsistência.

Opções de implementação	Descrição
Assistência técnica e garantia de qualidade	A assistência técnica é parte integrante de qualquer resposta de alojamento e assentamento, independentemente da forma de ajuda ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 5: Assistência técnica.</i>
Apoio financeiro	As famílias e as comunidades podem aceder a bens e serviços ou atender às suas necessidades de alojamento e assentamento através do apoio financeiro. Conforme o risco e a complexidade da tarefa, complemente o apoio financeiro com assistência técnica e ações de formação. As transferências baseadas em mercados incluem as seguintes opções: Transferências condicionais de valores: são úteis quando é vital atender a condições específicas; por exemplo, sistema de prestações. Dinheiro ou vales limitados: são úteis para bens específicos ou para estabelecer vínculos com vendedores. Incondicional, irrestrito e de propósito múltiplo. Acesso a serviços financeiros tais como planos de poupança, empréstimos, microcrédito, seguros e garantias. ⊕ <i>ver A prestação de ajuda através dos mercados.</i>
Apoio em espécie	Adquirir e em seguida distribuir artigos e materiais diretamente às famílias afetadas é uma opção, quando os mercados locais não conseguem provê-los com a qualidade e na quantidade necessárias e em tempo útil; ⊕ <i>ver A prestação de ajuda através dos mercados.</i>
Comissionamento e contratação laboral	O comissionamento ou a contratação de trabalho por intermédio dos proprietários, de empreiteiros ou de empresas, com vista a alcançar os objetivos do alojamento e do assentamento; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 5: Assistência técnica.</i>
Desenvolver capacidades	A formação e o aperfeiçoamento de competências oferecem às partes intervenientes oportunidades de melhorar a sua capacidade de responder individual e coletivamente, e também de interagir e deliberar em conjunto sobre os desafios e as ferramentas comuns, como o desenvolvimento e a implementação de normas e códigos de construção; ⊕ <i>ver Alojamento e Assentamento – Norma 5: Assistência técnica.</i> Uma formação bem feita permite que os especialistas se concentrem na supervisão de atividades assumidas pelas partes intervenientes e ofereçam assistência a um maior número de pessoas.

		Cenário do Assentamento										
		Não deslocado					Deslocado					
							Disperso					Comunitário
Caracterização do assentamento	Centros de informação	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Competência jurídica e administrativa	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Segurança da posse			X	X	X	X	X	X	X	X	
	Planejamento de infraestrutura e de assentamento										X	X
	Planejamento e zoneamento urbano/de povoações			X	X	X	X	X	X	X	X	
	Apoio ao alojamento coletivo								X			X
	Administração de assentamentos e centros coletivos								X	X	X	X
	Remoção de destroços e gestão de mortos	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reabilitar e/ou instalar infraestruturas comuns	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Cenário do Assentamento									
			Cenário do Assentamento						
			Não deslocado			Deslocado			
						Disperso		Comunitário	
		Reabilitação e/ou construção de instalações comunitárias	X		X	X		X	X
		Planeamento e zonamento urbano/ de povoações	X		X	X		X	X
		Realojamento	X		X	X		X	
		Assistência técnica e garantia de qualidade	X		X	X		X	
		Apoio financeiro	X		X	X		X	
		Apoio em espécie	X		X	X		X	
		Comissionamento e contratação laboral	X		X	X		X	
		Desenvolver capacidades	X		X	X		X	
Opções de implementação									



Referências e leitura complementar

Instrumentos jurídicos internacionais

Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. ONU, 1948.

<https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados. UNHCR, 1951. <https://www.acnur.org/>

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant).

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions.

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.unhcr.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons.* OHCHR, 2005. <https://www.unhcr.org/>

Geral

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.org

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. <https://emergency.unhcr.org/>

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014.

<https://www.unocha.org/>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.

<https://www.livestock-emergency.net/>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017.

<https://seepnetwork.org/>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2018. <https://www.calpnetwork.org/>

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpa.org/>

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. <https://www.ifrc.org/>

Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução. Rede Interinstitucional para Educação em Situação de Emergência [INEE], 2010.

<https://inee.org/>

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2018. <https://www.unocha.org/>

Cenários de assentamento

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org/>

Assentamento comunitário temporário

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. <https://ccmcluster.org/>



Dinheiro, vales, análises de mercado/Deficiência

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org/

CaLP CBA quality toolbox. <https://www.calpnetwork.org/>

Gênero e violência de gênero

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery. <https://gbvguidelines.org/>

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017. <https://reliefweb.int/>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. <https://www.ifrc.org/>

Proteção à infância

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpha.org>

Escolas e edifícios públicos

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. <https://archive.ineesite.org/>

Contexto urbano

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org/

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org/>

Segurança da posse

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org/

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012. www.ohchr.org/

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org/

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. <https://www.sheltercluster.org/>

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org/

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org/

Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor, acesse www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Leitura complementar

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014.

<https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons>

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. <https://www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians>

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor.* OHCHR, 2015.

www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. <http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf>

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.gltm.net/>

Gestão de construções

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. <https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1>

Meio ambiente

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. <http://envirodm.org/post/materialguide>

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. <https://www.eecentre.org/resource-library/>

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. <http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458>

Flash Environmental Assessment Tool. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009.

www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. <http://envirodm.org/green-recovery>

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf



Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org



Saúde



Carta
Humanitária



Princípios de
Proteção



Norma
Humanitária
Essencial



Saúde

Sistemas de Saúde	Cuidados essenciais de saúde						
	Doenças transmissíveis	Saúde da criança	Saúde sexual e reprodutiva	Cuidados de lesões e traumas	Saúde mental	Doenças não transmissíveis	Cuidados paliativos
NORMA 1.1 Prestação de serviços de saúde	NORMA 2.1.1 Prevenção	NORMA 2.2.1 Prevenção de doenças infantis pela vacinação	NORMA 2.3.1 Cuidados de saúde reprodutiva, materna e neonatal	NORMA 2.4 Cuidados de lesões e traumas	NORMA 2.5 Cuidados de saúde mental	NORMA 2.6 Cuidados de doenças não transmissíveis	NORMA 2.7 Cuidados paliativos
NORMA 1.2 Profissionais de saúde	NORMA 2.1.2 Vigilância e detecção de surtos e resposta precoce	NORMA 2.2.2 Gestão de doenças dos recém-nascidos e das crianças	NORMA 2.3.2 Violência sexual e tratamento clínico da violação				
NORMA 1.3 Medicamentos e equipamentos médicos essenciais	NORMA 2.1.3 Diagnóstico e gestão de casos		NORMA 2.3.3 VIH				
NORMA 1.4 Financiamento da saúde	NORMA 2.1.4 Prontidão para surtos e resposta						
NORMA 1.5 Informações de saúde							

APÊNDICE 1 Lista de verificação para avaliação da saúde

APÊNDICE 2 Modelos de formulários semanais para relatórios de monitorização

APÊNDICE 3 Fórmulas para calcular indicadores essenciais de saúde

APÊNDICE 4 Intoxicação

Sumário

Conceitos essenciais relativos à saúde.....	308
1. Sistemas de saúde	313
2. Cuidados essenciais de saúde	328
2.1 Doenças transmissíveis	328
2.2 Saúde da criança	339
2.3 Saúde sexual e reprodutiva	345
2.4 Cuidados de lesões e traumas	353
2.5 Saúde mental	357
2.6 Doenças não transmissíveis.....	361
2.7 Cuidados paliativos	365
Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação da saúde.....	368
Apêndice 2: Modelos de formulários semanais para relatórios de monitorização	370
Apêndice 3: Fórmulas para calcular indicadores essenciais de saúde	375
Apêndice 4: Intoxicação	377
Referências e leitura complementar	379



Conceitos essenciais relativos à saúde

Todos têm direito a cuidados de saúde apropriados e no momento oportuno

As Normas Mínimas Esfera para Cuidados de Saúde são uma expressão prática do direito à assistência de saúde em contextos humanitários. As normas estão fundamentadas nas convicções, nos princípios, nas obrigações e nos direitos declarados na Carta Humanitária, os quais incluem o direito à vida com dignidade, o direito à proteção e à segurança e o direito a receber ajuda humanitária conforme a necessidade.

Para consultar uma lista dos principais documentos jurídicos e políticos que fundamentam a Carta Humanitária, incluindo comentários explicativos para os trabalhadores humanitários, ⊕ *ver Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera.*

O propósito dos cuidados de saúde numa crise é reduzir a morbilidade e a mortalidade excessivas

As crises humanitárias têm um impacto significativo na saúde e no bem-estar das populações afetadas. O acesso a serviços de saúde que salvam vidas é crucial nas fases iniciais de uma emergência. Os serviços de saúde podem incluir a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos em qualquer fase da resposta.

O impacto de uma crise sobre a saúde pública pode ser direto (lesão ou morte devido à própria crise) ou indireto (mudanças nas condições de vida, deslocamento forçado, falta de proteção legal ou menor acesso a cuidados de saúde).

Excesso de população, alojamento inadequado, saneamento deficiente, quantidade e qualidade insuficiente de água e segurança alimentar reduzida, aumentam o risco de desnutrição e de surtos de doenças transmissíveis. Fatores extremos de stresse também podem desencadear distúrbios de saúde mental. O desgaste dos mecanismos de suporte social e dos sistemas de autoajuda pode levar à adoção de mecanismos negativos de enfrentamento e à redução da procura de ajuda. O acesso reduzido a cuidados de saúde e a interrupção do fornecimento de medicamentos podem suspender um tratamento em curso, tais como a assistência médica materna e o tratamento de VIH, da diabetes e de distúrbios de saúde mental.

O principal objetivo de uma resposta de saúde durante uma crise é prevenir e reduzir a mortalidade e a morbilidade excessivas. Os padrões de mortalidade e de morbilidade e portanto, as necessidades de assistência médica variam de acordo com o tipo e a extensão de cada crise.

Os indicadores mais úteis para monitorizar e avaliar a gravidade de uma crise são a taxa bruta de mortalidade (TBM) e a taxa bruta de mortalidade em menores de 5 anos (TBMM5), sendo esta mais sensível. Uma duplicação ou mais do valor da TBM ou TBMM5 de referência, indica uma emergência significativa em saúde pública e requer uma resposta imediata; ⊕ *ver Apêndice 3: Fórmulas para calcular indicadores essenciais de saúde.*

Na ausência de uma base de referência conhecida, os seguintes indicadores constituem parâmetros de emergência:

- TBM >1/10.000/dia
- TBMM5 >2/10.000/dia

Os parâmetros de emergência devem ser decididos para cada país. Por exemplo, onde uma TBMM5 de referência já ultrapassa os patamares de emergência, não seria ético esperar que duplicasse de valor.

Apoiar e desenvolver sistemas de saúde existentes

Uma abordagem de sistemas de saúde deverá progressivamente reconhecer o direito à saúde durante a crise e a recuperação. Portanto, é importante refletir sobre como apoiar os sistemas existentes. A contratação de pessoal (nacional e internacional) terá implicações nos sistemas nacionais de saúde, a curto e a médio prazo. Após uma análise, as intervenções de saúde bem planejadas podem melhorar os sistemas de saúde existentes, a sua futura recuperação e o seu desenvolvimento.

Na primeira fase de uma crise, dê prioridade a rápidas avaliações multissetoriais e avaliações dirigidas ao setor da saúde. Informações incompletas e áreas inacessíveis não devem impedir a oportuna tomada de decisões no âmbito da saúde pública. Realize avaliações mais abrangentes, o mais cedo possível.

As crises urbanas requerem uma abordagem diferenciada de respostas na saúde

As respostas urbanas devem levar em conta a densidade populacional, as políticas sobre a envolvente construída e os serviços sociais existentes. É desafiante identificar pessoas em situação de risco ou sem acesso a cuidados de saúde. Uma necessidade de grande dimensão pode rapidamente superar o serviço que se pode prestar. As pessoas que procuram refúgio nas povoações e nas cidades raramente conhecem os serviços de saúde existentes ou como ter acesso aos mesmos, correndo o risco de um aumento ainda maior de doenças transmissíveis. A divulgação irá ajudar as pessoas a lidar com novos fatores urbanos de stresse, tais como acesso inadequado a alojamento, alimento, cuidados de saúde, emprego ou redes de apoio social.

Nas cidades, os rumores e a desinformação espalham-se rapidamente. Utilize a tecnologia para divulgar informação imediata e precisa sobre assistência e serviços de saúde. Os prestadores de cuidados de saúde secundários e terciários são geralmente mais ativos nas cidades. Portanto, aumente a sua capacidade de prestar cuidados primários de saúde. Implique-os em sistemas de alerta precoce e de resposta a doenças transmissíveis, e aumente a capacidade de prestação dos serviços habituais especializados.

Estas Normas Mínimas não devem ser aplicadas isoladamente

As Normas Mínimas deste capítulo refletem o conteúdo essencial do direito a cuidados de saúde adequados, e contribuem para a consciencialização progressiva desse direito a nível mundial. Esse direito está ligado aos direitos à água e ao saneamento e à alimentação e alojamento. O cumprimento das Normas Mínimas Esfera numa área influencia o progresso em outras áreas; coordene-se e colabore de perto com outros setores.



Trabalhe de modo coordenado com autoridades locais e com outras agências de resposta para assegurar que as necessidades sejam atendidas, que os esforços não sejam duplicados e que a qualidade da resposta da saúde seja otimizada. A coordenação entre os agentes de saúde também é importante para atender às necessidades de maneira imparcial e garantir que as pessoas que estejam em áreas de difícil acesso, em situação de risco ou de marginalização, também tenham acesso aos cuidados. As referências cruzadas ao longo do Manual sugerem possíveis correspondências.

Quando as normas nacionais estiverem aquém das Normas Mínimas Esfera, trabalhe com o governo para as elevar progressivamente.

As prioridades devem ser decididas com base em informações idôneas partilhadas entre os setores e devem ser revistas à medida que a situação evolui.

O Direito Internacional protege especificamente o direito a cuidados de saúde

Os cuidados de saúde devem ser prestados sem discriminação e devem ser acessíveis, ou seja, devem estar disponíveis, ser aceitáveis, economicamente acessíveis e de boa qualidade. Os Estados estão obrigados a assegurar este direito durante uma crise; ⊕ *ver Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera.*

Pode-se garantir o direito a cuidados de saúde apenas se:

- a população estiver protegida;
- os profissionais responsáveis pelo sistema de saúde estiverem bem treinados e comprometidos com princípios éticos universais e normas profissionais;
- o sistema de saúde atender às Normas Mínimas;
- o Estado estiver apto e disposto a estabelecer e a manter condições seguras e estáveis, nas quais os cuidados de saúde podem ser prestados.

Ataques, ameaças e outras obstruções violentas ao trabalho da equipa de saúde, a instalações ou a transporte médico, configuram violações do Direito Internacional Humanitário. As proteções contra tais violações resultam das obrigações básicas de respeitar e proteger os feridos e os doentes.

As organizações humanitárias devem estudar cuidadosamente a natureza de qualquer ameaça e como enfrentá-la. Por exemplo, um ataque de um exército nacional pode ser tratado de modo distinto de uma ameaça vinda da comunidade local; ⊕ *ver Considerações especiais para proteger os cuidados de saúde mais abaixo.*

Vínculos com os Princípios de Proteção e com a Norma Humanitária Essencial

Os agentes de saúde devem cuidar dos feridos e dos doentes com humanidade, oferecendo atendimento imparcial, sem distinção e com base nas necessidades. Garantir a confidencialidade, a proteção de dados e a privacidade é crucial para proteger os indivíduos de violência, de abuso e de outros problemas.

Geralmente a equipa médica é quem presta os primeiros socorros em casos de violência contra indivíduos, incluindo a violência de género e o abuso ou abandono de crianças. Dê formação à equipa para identificar e encaminhar os casos aos

agentes de assistência social ou de proteção utilizando sistemas confidenciais de comunicação e de encaminhamento. Uma criança desacompanhada ou separada, que se encontre numa situação crítica de saúde e que necessite de cuidados externos, mas que não tenha um responsável legal para consentir, constitui um desafio particular em termos de proteção. Se possível, consulte a criança e as autoridades locais competentes. O direito à vida e a cuidados de saúde são essenciais para se garantir os superiores interesses da criança e pode ter primazia sobre o direito ao consentimento. As decisões devem ser sensíveis ao contexto e às normas e práticas culturais. A evacuação médica internacional, o encaminhamento e a movimentação de crianças desacompanhadas exigem rigorosa documentação, bem como o envolvimento de serviços de proteção e das autoridades locais.

Cada vez mais, os cuidados de saúde devem ser prestados no mar, inclusivamente em águas internacionais, ou quando as pessoas são trazidas para terra. Isso acarreta dificuldades específicas de proteção e complexidades políticas, requerendo um cuidadoso planejamento, prontidão e mitigação dos riscos à proteção.

Avalie com atenção a cooperação civil-militar, particularmente durante os conflitos. Os militares e os grupos armados podem ser importantes provedores de cuidados de saúde, até mesmo para civis. As agências humanitárias podem, como último recurso, ter de usar capacidades militares como o suporte de infraestrutura para restabelecer o fornecimento de energia às instalações de saúde ou para prestar assistência logística, como o transporte de artigos de saúde ou a evacuação médica. No entanto, a dependência em relação aos militares deve ser avaliada, no contexto do acesso aos cuidados de saúde, e das percepções de neutralidade e imparcialidade; ⊕ *ver Carta Humanitária e Cenários com a presença de forças militares nacionais ou internacionais em O que é Esfera?*

Ao aplicar as Normas Mínimas, os nove compromissos da Norma Humanitária Essencial devem ser respeitados. Os mecanismos de *feedback* devem ser ativados durante as respostas de assistência à saúde; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 5.*

Considerações especiais para proteger os cuidados de saúde

Prevenir ataques às instalações de saúde, ambulâncias e profissionais da área da saúde exige um esforço contínuo a nível internacional, estatal e comunitário. A natureza das ameaças varia muito segundo o contexto e deve ser estudada e comunicada. Para proteger os cuidados de saúde, os agentes da saúde devem levar em conta as seguintes questões no seu trabalho e no apoio a ministérios da saúde ou a outras entidades relevantes.

Durante as emergências, e especialmente durante um conflito, os agentes da saúde devem-se apresentar como neutros e imparciais e agir de acordo com esses princípios, já que a situação pode não ser bem compreendida pelas partes em conflito, pela comunidade ou pelos doentes.

Ao fornecer serviços médicos extremos, capazes de salvar vidas, siga os princípios humanitários e ofereça cuidados imparciais com base apenas nas necessidades. Para



promover a neutralidade, cuide dos feridos e dos doentes sem distinção, garanta a segurança do doente e mantenha a confidencialidade das informações médicas e dos dados pessoais.

A aceitação por parte das comunidades, dos funcionários e das partes em conflito pode ajudar a proteger os serviços de saúde. Os agentes da saúde devem educar as pessoas ao seu redor e manter a percepção de imparcialidade e de neutralidade. Entre os fatores que poderão influenciar essa percepção incluem-se o padrão de atendimento de uma unidade de saúde, a qualidade dos seus serviços e a sua localização (por exemplo, se situada perto de um campo militar).

As unidades de saúde normalmente seguem uma política que não permite o porte de armas, as quais devem ser deixadas do lado de fora do estabelecimento ou da ambulância. Isso promove um ambiente neutro, pode ajudar a evitar tensões ou a escalada de conflitos dentro da unidade e pode evitar que a instalação se torne, ela mesma, um alvo.

Adote medidas de segurança física para proteger a unidade e a equipa contra os perigos. Ao mesmo tempo, compreenda como as medidas de segurança podem afetar a percepção do público em geral e a sua aceitação da unidade de saúde.

As organizações humanitárias devem ponderar os riscos e as vantagens do modo como definem o perfil dos seus serviços e como isso afeta a confiança e a aceitação por parte da comunidade. Manter uma postura discreta (por exemplo, não colocar o seu logótipo ou marca em bens ou em determinados locais) pode ser apropriado em algumas operações, enquanto que noutras, pode ser melhor exibir grandes logótipos em bens ou em determinados locais.

1. Sistemas de saúde

Um sistema de saúde que funcione corretamente consegue atender a todas as necessidades de cuidados numa crise, de modo a que, mesmo se a crise de saúde for de grandes proporções como um surto de *Ébola*, outras atividades de cuidados podem prosseguir. As condições de saúde facilmente tratáveis continuarão a ser tratadas, e os programas de cuidados de saúde primários materno-infantis continuarão, reduzindo o excesso de mortalidade e de morbilidade. Qualquer agente que promova, restaure ou mantenha a saúde contribui para o sistema geral de saúde. O sistema de saúde abrange todos os níveis, desde o nível nacional, regional, distrital e comunitário, incluindo os cuidadores domésticos, os militares e o setor privado.

Numa crise, os sistemas de saúde e a prestação de serviços de saúde ficam frequentemente debilitados, mesmo antes da procura aumentar. Podem perder-se trabalhadores da área de saúde, o fornecimento de consumíveis médicos pode ficar interrompido ou a infraestrutura pode ficar danificada. É importante entender o impacto da crise nos sistemas de saúde para determinar as prioridades da resposta humanitária.

Os agentes humanitários raramente atuam numa emergência em que não haja um sistema de saúde preexistente. Quando o sistema é fraco, ele precisará de ser reforçado ou desenvolvido (por exemplo, por meio de protocolos de encaminhamento, da organização e da análise de informações de saúde).

As normas nesta secção abordam cinco aspetos essenciais de um sistema de saúde que funciona corretamente:

- A oferta de serviços de saúde de qualidade;
- A equipa de saúde treinada e motivada;
- O fornecimento, gestão e uso adequado de medicamentos, material de diagnóstico e tecnologia;
- O financiamento adequado dos cuidados de saúde;
- Uma boa informação e análise da saúde.

Esses aspetos influenciam-se mutuamente de muitas formas. Por exemplo, trabalhadores de saúde em número insuficiente ou a falta de remédios essenciais afetarão a oferta de serviços.

A liderança e a coordenação são vitais para assegurar que as necessidades sejam atendidas de uma forma imparcial. O Ministério da Saúde geralmente lidera e coordena a resposta e pode requisitar a assistência de outros agentes de saúde. Por vezes, o ministério não tem capacidade ou não deseja assumir o papel de modo eficiente e imparcial, então outra agência deve assumir a responsabilidade. Se o Ministério da Saúde não tem acesso ou não é aceite em todas as áreas do país, os agentes humanitários devem procurar apoiar o sistema existente e aceite, especialmente numa emergência aguda. Avalie com atenção como trabalhar com



agentes não estatais e outros, e a sua capacidade de coordenar ou prestar cuidados de saúde à população.

O acesso à população é importante, mas deve ser ponderado a partir de uma compreensão clara dos princípios humanitários e das implicações para uma assistência imparcial e neutra. Deve haver coordenação em todos os níveis de cuidados de saúde, do nacional ao comunitário, entre cada nível e com os outros setores, como WASH, nutrição e educação, assim como com grupos intersectoriais de trabalho técnico, como os grupos de saúde mental e de apoio psicossocial, de violência de género e de VIH.

Sistemas de saúde – Norma 1.1: Prestação de serviços de saúde

As pessoas têm acesso a um serviço integrado de saúde de qualidade que é seguro, efetivo e centrado no doente.

Ações-chave

- 1 Prestar cuidados suficientes e adequados nos diferentes níveis do sistema de saúde.
 - Dar prioridade, nas emergências agudas, a serviços de saúde a nível nacional ou no nível operacional mais próximo, de acordo com o tipo de crise, perfil epidemiológico e capacidade do sistema de saúde.
 - Identificar os diferentes tipos de serviços que deveriam estar disponíveis em diferentes níveis (doméstico, comunitário, centro de saúde e hospitalar).
- 2 Estabelecer ou reforçar mecanismos de triagem e sistemas de encaminhamento.
 - Implementar protocolos de triagem em unidades de saúde ou em locais em situações de conflito, de modo a que se identifiquem e se tratem, ou se estabilizem rapidamente as pessoas que precisam de cuidados imediatos, antes de serem encaminhadas e transportadas para outro local para receberem cuidados adicionais.
 - Assegurar que se fazem encaminhamentos efetivos entre os níveis de cuidados e serviços, inclusivamente entre serviços de transporte de emergência protegidos e seguros e entre setores, tais como os de nutrição ou de proteção à infância.
- 3 Adaptar ou utilizar protocolos padronizados para atendimentos de saúde, gestão de casos e o uso racional de medicamentos.
 - Utilizar os padrões nacionais, inclusivamente listas de medicamentos essenciais, e adaptá-los ao contexto emergencial.
 - Utilizar as diretrizes internacionais se as nacionais estiverem desatualizadas ou indisponíveis.
- 4 Prestar cuidados de saúde que garantam os direitos dos doentes à dignidade, à privacidade, à confidencialidade, à segurança e ao consentimento informado.

- Garantir segurança e privacidade para que todos possam ter acesso à assistência, incluindo pessoas em condições frequentemente associadas a estigma, como VIH ou doenças sexualmente transmissíveis (DST).
- 5 Prestar cuidados de saúde seguros e evitar danos, eventos médicos adversos ou abuso.
- Implementar um sistema para comunicar e rever eventos médicos nocivos.
 - Estabelecer uma política de denúncia de qualquer abuso ou violência sexual.
- 6 Utilizar medidas apropriadas de prevenção e controlo de infeções (PCI) incluindo as normas mínimas WASH e os mecanismos de eliminação de resíduos médicos em todos os ambientes de saúde.
- Durante surtos de doenças como cólera ou *Ébola*, solicitar orientações abrangentes junto às corporações especializadas, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Médicos Sem Fronteiras (MSF).
- 7 Fazer a gestão dos mortos ou enterrá-los de uma forma segura, digna e culturalmente apropriada, baseada em boas práticas de saúde pública.

Indicadores-chave

Percentagem da população capaz de aceder a cuidados de saúde primários no período de uma hora a pé das suas habitações

- Mínimo de 80%

Percentagem de unidades de saúde que prestam serviços prioritários de saúde

- Mínimo de 80%

Número de camas de internamento (excluindo camas de maternidade) por 10.000 pessoas

- Mínimo de 18

Percentagem da população que necessita de um encaminhamento e que é vista no nível de cuidados de saúde seguinte

Percentagem de doentes encaminhados em tempo adequado

Notas de orientação

O acesso a cuidados de saúde depende da disponibilidade dos serviços, inclusivamente do alcance físico, da aceitabilidade e da acessibilidade económica para todos.

A disponibilidade: os cuidados de saúde podem ser prestados através de uma combinação de unidades de saúde a nível comunitário, tanto móveis como fixas. O número, o tipo e a localização de cada uma variam segundo o contexto. Uma orientação geral para planear a cobertura de unidades de saúde fixas é:

- 1 unidade de saúde para cada 10.000 pessoas;
- 1 hospital distrital ou rural para cada 250.000 pessoas.



Contudo, estes valores não garantem que a cobertura de cuidados de saúde seja adequada em todos os contextos. Em áreas rurais, pode ser melhor estabelecer a meta de uma unidade para cada 50.000 pessoas, combinada com programas de gestão de casos na comunidade e em clínicas móveis. Em áreas urbanas, as unidades secundárias de saúde podem ser o primeiro ponto de acesso e portanto, abrangem os cuidados primários para uma população superior a 10.000 pessoas.

Em emergências, é crucial dispor da capacidade máxima de cuidados de saúde. Evite a duplicação dos serviços existentes, para não desperdiçar recursos, nem reduzir a confiança nas unidades que já existem. As pessoas necessitam voltar com confiança àquelas unidades quando as temporárias fecharem.

Monitorize a taxa de utilização dos serviços. Taxas baixas podem indicar má qualidade, barreiras relacionadas a custos diretos ou indiretos, preferência por outros serviços, sobrestimação da população ou outros problemas de acesso. Taxas de utilização mais altas podem sugerir um problema de saúde pública ou a subestimação da população beneficiária, ou podem indicar problemas de acesso noutra parte. Todos os dados deveriam ser analisados por sexo, idade, deficiência, origem étnica e outros fatores que podem ser relevantes no contexto. Para calcular a taxa de utilização, ⊕ ver *Apêndice 3*.

A aceitabilidade: consulte todos os setores da comunidade para identificar e lidar com os obstáculos ao acesso a serviços, por diferentes partes da comunidade e por todas as partes em conflito, especialmente pelos grupos de risco. Trabalhe com mulheres, homens, crianças, pessoas com VIH ou com alto risco de VIH, pessoas com deficiência e idosos, para compreender os hábitos comportamentais da procura de cuidados de saúde. A interação com as pessoas durante o planeamento dos cuidados de saúde aumentará a participação ativa dos doentes e facilitará que os cuidados sejam prestados no momento mais oportuno.

A viabilidade econômica: ⊕ ver *Sistemas de saúde – Norma 1.4: Financiamento da saúde*.

Os cuidados a nível comunitário: os cuidados primários de saúde incluem os cuidados domiciliários e comunitários. O acesso a cuidados primários de saúde pode dar-se por intermédio de agentes comunitários de saúde (ACS) ou de voluntários, de educadores de pares ou em colaboração com os comités de saúde de bairro, com a finalidade de aumentar a participação do doente e da comunidade. A assistência pode ir desde programas de prevenção até à promoção da saúde ou à gestão de casos e depende do contexto. Todos os programas devem estabelecer vínculos com a unidade de cuidados de saúde primários mais próxima para assegurar um atendimento integrado, supervisão clínica e monitorização do programa. Se os agentes comunitários de saúde estão a fazer triagem de desnutrição aguda, é necessário o encaminhamento para serviços de nutrição na unidade de saúde ou noutros locais; ⊕ ver *Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional*. Realize a integração entre os cuidados de saúde e os programas comunitários em outros setores, tais como WASH e nutrição ⊕ ver *WASH: Promoção da higiene – Norma 1.1 e Segurança alimentar e nutrição: gestão da desnutrição – Norma 2.1*.

Os sistemas de encaminhamento de emergência com mecanismos de transporte predeterminados, seguros e protegidos, devem estar disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana. Deve haver um procedimento de transferência clínica entre quem encaminha o doente e o profissional de saúde que o recebe.

Os direitos dos doentes: conceba instalações e serviços de saúde de forma a assegurar privacidade e confidencialidade, por exemplo, por meio de salas de consulta separadas. Providencie o consentimento informado dos doentes ou dos seus responsáveis antes de procedimentos médicos ou cirúrgicos. Trate de quaisquer fatores especiais que possam influenciar o consentimento informado e a segurança, tais como idade, gênero, deficiência, idioma ou etnia. Defina o quanto antes, mecanismos para o *feedback* dos doentes. Proteja os dados do doente; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde.*

Instalações apropriadas e seguras: aplique protocolos racionais de utilização e gestão segura de medicamentos e equipamentos; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais.*

Certifique-se de que as instalações são adequadas, mesmo em emergências. Deve haver espaços reservados para consultas, um fluxo organizado de doentes, espaço de 1 m entre as camas, ventilação, uma sala de esterilização para hospitais (que não seja ao ar livre), suprimento de energia suficiente para manter a funcionar os equipamentos cruciais e as estruturas WASH adequadas. Durante os surtos de doenças, devem-se rever as necessidades e as orientações sobre a infraestrutura, incluindo, por exemplo, as zonas de triagem, de observação e de isolamento.

Adote medidas para tornar as instalações de saúde seguras, protegidas e acessíveis durante uma crise como uma inundação ou conflito.

A prevenção e o controlo de infeções (PCI) são fundamentais em todos os contextos para prevenir as doenças e a resistência microbiana. Mesmo fora de uma situação de crise, 12% dos doentes, a nível internacional, desenvolvem uma infeção enquanto recebem cuidados de saúde, e 50% das infeções pós-cirúrgicas são resistentes aos antibióticos mais conhecidos.

Entre os componentes essenciais da PCI incluem-se: a elaboração e a aplicação de diretrizes (sobre precauções padronizadas, precauções baseadas na transmissão e em técnicas clínicas assépticas); a definição de uma equipa de PCI em cada ambiente; a formação de profissionais de saúde; a monitorização de programas e a inclusão, nos sistemas de vigilância, da deteção de infeções associadas aos cuidados de saúde e da resistência antimicrobiana. Os ambientes de saúde devem ser adequados à dotação de pessoal, à carga de trabalho, à ocupação de camas (não mais do que um paciente por cama) e às instalações construídas, e devem manter práticas seguras de higiene; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2: Profissionais de saúde;* ⊕ *ver Instalações apropriadas e seguras* acima, e infraestrutura e equipamento WASH, ⊕ *ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*

As precauções padronizadas fazem parte das medidas de prevenção e de controlo de infeções (PCI), entre estas:



- *A prevenção de lesões por objetos cortantes:* manipule com cuidado agulhas, bisturis e outros objetos cortantes, por exemplo, ao limpar instrumentos usados ou ao eliminar agulhas usadas. Qualquer pessoa com uma lesão por um objeto cortante deve receber profilaxia pós-exposição (PEP, sigla em inglês) para VIH no máximo em 72 horas; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: VIH.*
- *O uso do equipamento de proteção individual (EPI):* forneça EPI adequado, em função do risco e da tarefa a ser executada. Avalie o tipo de exposição esperada (por exemplo, salpicos, borrifos ou contacto) e a categoria da transmissão da doença, a durabilidade e a adequação do EPI para a tarefa (por exemplo, se é resistente ou à prova de fluidos) e se é do tamanho adequado. Eventual EPI adicional vai depender do tipo de transmissão: contacto (por exemplo, roupa ou luvas), gotículas (máscaras cirúrgicas precisam ser utilizadas quando se estiver a uma distância de até 1 m do doente) ou aéreo (máscaras respiratórias); ⊕ *ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*
- Outras medidas incluem: higiene das mãos, gestão de resíduos de cuidados de saúde, higiene respiratória e da tosse, manutenção do ambiente limpo, limpeza dos aparelhos médicos, e compreensão dos princípios de assepsia; ⊕ *ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*

Os eventos adversos: 10% dos doentes hospitalizados em todo o mundo sofrem de um evento adverso (mesmo fora do contexto de uma crise humanitária); a maior parte por procedimentos cirúrgicos não seguros, por erros de medicação e por infeções associadas aos cuidados de saúde. Deve-se manter um registo de incidentes adversos em cada unidade de saúde, e realizar auditorias para promover a aprendizagem.

A gestão dos mortos: utilize os costumes e as práticas religiosas locais para fazer a gestão dos mortos respeitosamente; identifique e restitua os restos mortais às famílias. Seja uma epidemia, seja um desastre natural, um conflito ou assassinio em massa, a gestão dos mortos requer coordenação entre os setores de saúde, WASH, jurídico, de proteção e forense.

Os cadáveres raramente representam um risco imediato à saúde. Certas doenças (por exemplo, cólera ou *Ébola*) necessitam de uma gestão especial. O trabalho de recuperação dos mortos pode requerer EPI, equipamento para recuperação, transporte e armazenamento, assim como documentação; ⊕ *ver WASH – Norma 6: WASH nos ambientes de saúde.*

Sistemas de saúde – Norma 1.2: Profissionais de saúde

As pessoas têm acesso a profissionais de saúde devidamente qualificados, em todos os níveis de cuidados de saúde.

Ações-chave

- 1 Rever os níveis de pessoal existentes e a sua distribuição em relação às classificações nacionais para identificar lacunas e áreas carenciadas.

- Controlar os níveis de funcionários para cada 1.000 pessoas, por função e por local de trabalho.
- 2 Formar os funcionários para as suas funções de acordo com os padrões nacionais ou as diretrizes internacionais.
- Reconhecer que, em emergências agudas, os funcionários podem ter funções mais amplas e precisar de formação e de suporte.
- Introduzir cursos de atualização de conhecimento quando a rotatividade for alta.
- 3 Apoiar os profissionais de saúde para que atuem num ambiente de trabalho seguro.
- Implementar e defender o uso de todas as medidas possíveis para proteger os profissionais de saúde em situações de conflito.
- Proporcionar formação em saúde ocupacional para os trabalhadores de saúde, bem como a vacinação contra a hepatite B e o tétano.
- Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção (PCI) e disponibilizar equipamentos de proteção individual (EPI) adequados para que os funcionários desempenhem as suas funções.
- 4 Desenvolver estratégias de incentivos e vencimentos que reduzam as diferenças salariais e a distribuição desigual de trabalhadores de saúde entre o Ministério da Saúde e outros prestadores de cuidados de saúde.
- 5 Partilhar dados e informações sobre a disponibilidade da equipa com o Ministério da Saúde e outros órgãos competentes locais e nacionais.
- Manter-se informado sobre o deslocamento e a partida de trabalhadores de saúde durante os conflitos.

Indicadores-chave

Número de agentes comunitários de saúde para cada 1.000 pessoas

- Mínimo de 1 a 2 agentes comunitários de saúde

Porcentagem de partos atendidos por pessoal qualificado (médicos, enfermeiras, parteiras)

- mínimo de 80%

Número de pessoas especializadas, como assistentes de parto (médicos, enfermeiras, parteiras) para cada 10.000 pessoas

- Mínimo de 23 para cada 10.000 pessoas

Toda a equipa de saúde que realiza trabalhos clínicos recebeu formação sobre os protocolos clínicos e a gestão de casos



Notas de orientação

A disponibilidade dos profissionais de saúde: a equipa dos profissionais de saúde inclui médicos, enfermeiros, parteiras, responsáveis clínicos, técnicos de laboratório, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde, bem como equipa de gestão e apoio. O número e o perfil dos trabalhadores devem corresponder às necessidades da população e dos serviços. A falta de pessoal pode resultar numa carga excessiva de trabalho e falta de segurança nos cuidados de saúde. Integre os profissionais de saúde existentes na resposta de emergência.

Ao recrutar e formar a equipa local, siga as diretrizes nacionais (ou as internacionais, se as nacionais não estiverem disponíveis). O recrutamento da equipa internacional deve seguir a legislação nacional e a do Ministério da Saúde (por exemplo, quanto à prova de qualificação, especialmente para a prática clínica).

Tenha em consideração o cuidado com as pessoas em áreas rurais e urbanas de difícil acesso, incluindo aquelas próximas de conflitos. A equipa deve prestar assistência a pessoas de todas as etnias, idiomas e afiliações. Recrute e forme profissionais de saúde de nível mais baixo para a realização de serviços próximos à comunidade, gestão de casos em equipas móveis ou unidades de saúde, e desenvolva mecanismos fortes de encaminhamento. Podem ser necessários planos de incentivos para trabalhar em áreas difíceis.

Os agentes comunitários de saúde (ACS): a programação comunitária com ACS (inclusivamente voluntários) aumenta o alcance a populações de difícil acesso, inclusivamente às populações marginalizadas ou estigmatizadas. Se houver limitações geográficas ou problemas de aceitabilidade em comunidades diversas, um agente comunitário de saúde pode, na prática, conseguir servir só a 300 pessoas em vez de 500.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde pode ser variável. Eles podem receber formação em primeiros socorros ou na gestão de casos, ou ainda realizar triagens de saúde. Devem estar vinculados à unidade de saúde mais próxima para garantir supervisão adequada e atendimento integrado. Normalmente, os agentes comunitários de saúde não podem ser absorvidos pelo sistema de saúde depois da emergência diminuir. Em alguns contextos, é comum que os ACS trabalhem apenas em ambientes rurais, portanto pode-se precisar de um modelo diferente em crises urbanas.

A aceitabilidade: a satisfação das expectativas socioculturais das pessoas aumentará o envolvimento dos doentes. Os funcionários devem ser o reflexo da diversidade da população, composta de diferentes grupos socioeconómicos, étnicos, linguísticos e de orientação sexual, e com um equilíbrio adequado de géneros.

A qualidade: as organizações devem formar e supervisionar a equipa para garantir que os seus conhecimentos estejam atualizados e sua prática seja segura. Alinhe os programas de formação com as diretrizes nacionais (adaptadas para emergências) ou com diretrizes internacionais consensuais.

Inclua formação sobre:

- protocolos clínicos e gestão de casos;

- procedimentos operacionais padronizados (como prevenção e controle de infecções e a gestão de resíduos);
 - segurança e proteção (adaptada ao nível do risco);
 - códigos de conduta (tais como ética médica, direitos dos doentes, princípios humanitários, proteção à infância, proteção contra exploração e abuso sexual).
- ⊕ *Ver Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2: Violência sexual e tratamento clínico da violação e Princípios de Proteção.*

A supervisão regular e o monitorização da qualidade incentivarão a boa prática. A formação pontual não vai assegurar uma boa qualidade. Partilhe com o Ministério da Saúde os registos de quem recebeu formação, em quê, por quem, quando e onde.

Sistemas de saúde – Norma 1.3:

Medicamentos e equipamentos médicos essenciais

As pessoas têm acesso a medicamentos e a equipamentos médicos essenciais seguros, efetivos e de qualidade garantida.

Ações-chave

- 1 Estabelecer listas padronizadas de medicamentos e de equipamentos médicos essenciais para cuidados prioritários de saúde.
 - Rever as listas nacionais de medicamentos e de equipamentos médicos essenciais desde o princípio da resposta e adaptá-las ao contexto da emergência.
 - Prestar especial atenção a medicamentos controlados que possam precisar de um procedimento próprio para garantir que estejam disponíveis.
- 2 Estabelecer sistemas eficientes de gestão para assegurar a disponibilidade de medicamentos e de equipamentos médicos essenciais seguros.
 - Incluir o transporte, o armazenamento e a cadeia de frio para vacinas, bem como a colheita e o armazenamento dos componentes sanguíneos.
- 3 Aceitar doações de medicamentos e de equipamentos médicos somente se seguirem as diretrizes reconhecidas internacionalmente.

Indicadores-chave

Número de dias em que os medicamentos essenciais não estão disponíveis

- Máximo de 4 dias em cada 30

Percentagem de unidades de saúde com medicamentos essenciais

- Mínimo de 80%

Percentagem de unidades de saúde com equipamentos médicos essenciais em bom estado de funcionamento

- Mínimo de 80%

Todos os medicamentos dispensados aos doentes estão dentro da data de validade



Notas de orientação

A gestão dos medicamentos essenciais: os medicamentos essenciais incluem fármacos, vacinas e componentes sanguíneos. Uma boa gestão de medicamentos garante que estejam disponíveis, mas também proíbe medicamentos perigosos ou fora do prazo de validade. Os principais elementos da gestão são a seleção, a previsão, a aquisição, o armazenamento e a distribuição.

A seleção deve estar baseada na lista nacional de medicamentos essenciais. Faça as diligências necessárias para preencher as deficiências, tais como de medicamentos para doenças não transmissíveis, saúde reprodutiva, alívio da dor em cuidados paliativos e cirurgias, anestesia, saúde mental, medicamentos controlados (ver abaixo) ou outros.

A previsão deve estar baseada no consumo, nos dados de morbidade e na análise do contexto. Os fornecimentos nacionais de medicamentos podem ser prejudicados se a produção local for afetada, se os armazéns forem danificados ou se a aquisição internacional se atrasar, entre outros fatores.

Os métodos de aquisição devem-se ajustar às leis nacionais, à legislação aduaneira e aos mecanismos de garantia de qualidade para a aquisição internacional. Defenda o aperfeiçoamento dos mecanismos se houver atrasos (através do Ministério da Saúde, da agência principal, da autoridade nacional de gestão de desastres ou do coordenador humanitário). Se não houver sistemas de gestão, procure produtos pré-qualificados, dentro do prazo de validade, e no idioma do país e da equipa de saúde.

O armazenamento: os medicamentos devem ser armazenados de forma segura ao longo de todo o ciclo de fornecimento. Os requisitos variam segundo os produtos. Os medicamentos não devem ser armazenados diretamente no chão. Estabeleça áreas isoladas para artigos fora de prazo (que devem estar trancadas), produtos inflamáveis (bem ventilados, com proteção contra incêndios), substâncias controladas (com segurança adicional) e produtos que requerem cadeia de frio ou controlo de temperatura.

A distribuição: estabeleça mecanismos de transporte dos armazéns centrais até às unidades de saúde que sejam seguros, protegidos, previsíveis e documentados. Os parceiros podem utilizar um sistema de fornecimento automático ou sob pedido (*on demand*).

A eliminação segura de medicamentos fora de prazo: previna a contaminação ambiental e os riscos para as pessoas. Obedeça às regulamentações nacionais (adaptadas a emergências) ou à orientação internacional. A incineração a altas temperaturas é dispendiosa, e os trabalhos de armazenagem de fármacos funcionam apenas a curto prazo; ⊕ ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.

Os equipamentos médicos essenciais: defina e adquira dispositivos e equipamentos necessários (inclusivamente reagentes de laboratório e máquinas maiores) em cada nível de cuidados de saúde que sejam compatíveis com as normas nacionais ou internacionais. Inclua dispositivos auxiliares para pessoas com deficiência. Garanta a utilização segura dos dispositivos, inclusive a manutenção regular e o fornecimento

de peças sobresselentes, de preferência locais. Desligue os aparelhos de uma forma segura. Distribua ou reponha os dispositivos auxiliares perdidos e providencie informações claras de utilização e de manutenção. Encaminhe aos serviços de reparação para adaptação do tamanho, e realização de ajustes, de utilização e de manutenção adequada. Evite a distribuição pontual.

Os kits pré-qualificados são úteis nas primeiras fases de uma crise ou como preparativos para agir com prontidão. Contêm medicamentos e aparelhos médicos essenciais pré-qualificados e variam conforme a intervenção de saúde. A Organização Mundial de Saúde é o principal provedor de *Kits* de Saúde de Emergência Interagências e de *kits* de doenças não transmissíveis, além de *kits* para tratamento de diarreia, trauma e outros. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, sigla em inglês) é o principal fornecedor de *kits* de saúde sexual e reprodutiva.

Os medicamentos controlados: os medicamentos para o alívio da dor, da saúde mental e da hemorragia pós-parto geralmente são controlados. Como 80% dos países de baixo rendimento não têm acesso a medicamentos adequados para o alívio da dor, advogue junto ao Ministério da Saúde e ao governo pela adoção de medidas para melhorar a disponibilidade dos medicamentos controlados.

Os componentes sanguíneos: coordene-se com o serviço nacional de transfusão de sangue, quando existir. Colha sangue apenas de voluntários. Teste todos os produtos quanto a VIH, hepatite B e C e sífilis, assim como o teste do grupo sanguíneo e de compatibilidade. Armazene e distribua os produtos com segurança. Treine a equipa clínica no uso racional do sangue e dos seus componentes.

Sistemas de Saúde – Norma 1.4: Financiamento da saúde

As pessoas têm acesso a cuidados prioritários de saúde gratuitos durante toda a crise.

Ações-chave

- 1 Planear a abolição ou a suspensão temporária das taxas quando elas forem cobradas por meio de sistemas governamentais.
- 2 Reduzir custos indiretos ou outras barreiras financeiras para aceder e utilizar os serviços.

Indicadores-chave

Porcentagem de unidades de saúde que não cobram taxas pela utilização dos cuidados prioritários de saúde (inclusivamente consultas, tratamentos, investigações e fornecimento de medicamentos)

- Meta: 100%



Percentagem de pessoas que não fazem qualquer pagamento direto ao aceder ou ao utilizar os cuidados de saúde (inclusive consultas, tratamentos, investigações e fornecimento de medicamentos)

- Meta: 100%

Notas de orientação

As taxas de utilização: exigir pagamento por serviços durante uma emergência impede o acesso e pode fazer com que as pessoas não recorram aos cuidados de saúde.

A suspensão das taxas de utilização dos serviços de saúde do governo, causará necessariamente, uma pressão financeira. Considere apoiar os estabelecimentos vinculados ao Ministério da Saúde ou outros fornecedores responsáveis, com salários e incentivos para o pessoal, com mais medicamentos, equipamentos médicos e dispositivos auxiliares. Se as taxas de utilização forem temporariamente suspensas, certifique-se de que os utilizadores tenham informação clara sobre o prazo e as razões dessa suspensão, e monitorize a acessibilidade e a qualidade do serviço.

Os custos indiretos podem ser reduzidos ao serem fornecidos serviços adequados em comunidades, e ao serem utilizados mecanismos planeados para transporte e encaminhamento.

A ajuda em dinheiro: as metas da Cobertura Universal de Saúde 2030 declaram que as pessoas devem receber cuidados de saúde sem se sujeitarem a dificuldades financeiras indevidas. Não há uma clara evidência de que a ajuda em dinheiro, especificamente para respostas de saúde em contextos humanitários, tenha um impacto positivo nos resultados, em conformidade com esta edição; [⊕ ver O que é Esfera?](#) e *A prestação de ajuda através dos mercados*.

A experiência sugere que a ajuda em dinheiro para respostas de saúde pode colaborar se:

- a emergência estabilizou;
- existe um serviço previsível para apoiar, como os cuidados pré-natais ou gestão de doenças crónicas;
- existe um comportamento positivo de procura de cuidados de saúde, bem como uma alta procura;
- outras necessidades domésticas cruciais, tais como alimento e alojamento, já foram atendidas.

Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde

Os cuidados de saúde são orientados por evidências mediante a recolha, a análise e a utilização de dados relevantes de saúde pública.

Ações-chave

- 1 Fortalecer ou desenvolver um sistema de informação de saúde que providencie informação suficiente, precisa e atualizada para uma resposta de saúde eficaz e equitativa.

- Certificar-se de que o sistema de informação de saúde inclui todas as partes intervenientes, é simples de implementar e simples para recolher, analisar e interpretar as informações que vão orientar a resposta.
- 2 Fortalecer ou desenvolver mecanismos de alerta precoce e resposta rápida (EWAR, sigla em inglês) para todos os riscos que requerem uma resposta imediata.
- Decidir quais as doenças e os eventos prioritários a incluir com base no perfil de risco epidemiológico e no contexto da emergência.
- Integrar componentes com base tanto em indicadores como em eventos.
- 3 Chegar a um acordo sobre quais os dados e as definições operacionais comuns a utilizar.
- Levar em consideração valores universais como população, dimensão da família e desagregação de dados por idade.
- Estabelecer áreas administrativas e códigos geográficos.
- 4 Estabelecer procedimentos operacionais padronizados quanto ao uso de informações de saúde para todos os agentes de saúde.
- 5 Estabelecer mecanismos de proteção de dados para garantir os direitos e a segurança dos indivíduos, das unidades de notificação e/ou das populações.
- 6 Ajudar o agente principal a compilar, analisar, interpretar e disseminar as informações de saúde a todas as partes intervenientes em tempo útil e de forma regular, e a orientar a tomada de decisões para programas de saúde.
- Incluir a cobertura e a utilização dos serviços de saúde e a análise e interpretação de dados epidemiológicos.

Indicadores-chave

Percentagem de relatórios completos de monitorização de Alerta Precoce e Resposta Rápida (EWAR) apresentados atempadamente

- Mínimo de 80%

Frequência dos relatórios de informação de saúde produzidos pelo principal agente de saúde

- Pelo menos mensalmente

Notas de orientação

O sistema de informação de saúde: um sistema funcional de informação de saúde assegura a produção, a análise, a divulgação e o uso de informação confiável e oportuna sobre os fatores determinantes da saúde, desempenho dos sistemas de saúde e a situação da saúde. Os dados podem ser qualitativos ou quantitativos e podem ser recolhidos de várias fontes, como recenseamentos, registos civis, levantamentos da população, pesquisas das necessidades percebidas, dados pessoais e relatórios de



unidades de saúde (como sistemas de informação de gestão de saúde). Devem ser suficientemente flexíveis para incorporar e refletir desafios inesperados, como surtos ou o colapso total do sistema ou dos serviços de saúde. As informações identificarão problemas e necessidades em todos os níveis do sistema de saúde.

As informações em falta devem ser reunidas por meio de análises ou levantamentos adicionais. Tenha em conta o trânsito de pessoas que cruzam fronteiras e as informações necessárias ou disponíveis. Forneça uma análise regular de quem está a fazer o quê e onde.

Os Sistemas de Informação de Gestão da Saúde ou os relatórios de rotina utilizam as informações obtidas em unidades de saúde para avaliar o desempenho da prestação de cuidados de saúde. O sistema de informação monitoriza a realização de intervenções específicas, o tratamento de doenças, além dos recursos, como a disponibilidade de medicamentos *tracer*, os recursos humanos e as taxas de utilização.

A monitorização da saúde é a contínua e sistemática recolha, análise e interpretação de dados de saúde. A monitorização de doenças acompanha especificamente diferentes doenças e os seus padrões de progressão, e é geralmente registada em relatórios de Sistemas de Informação de Gestão de Saúde.

O sistema de **Alerta Precoce e Resposta Rápida (EWAR, sigla em inglês)** é parte de um sistema rotineiro de monitorização de saúde. Este deteta e gera um alerta para qualquer incidente de saúde pública que necessite de uma resposta imediata, como intoxicação química ou doenças propensas a tornarem-se epidemias; ➕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.2: Vigilância, deteção de surtos e resposta precoce.*

Os procedimentos operacionais padrão: estabeleça definições e modos comuns de transmitir informações através de diferentes localizações geográficas, níveis de cuidados e agentes de saúde. No mínimo, estabeleça um acordo sobre:

- as definições de casos;
- os indicadores do que monitorizar;
- as unidades de notificação (como clínicas móveis, hospitais de campanha, unidades de saúde);
- as vias de notificação;
- a frequência da apresentação, da análise e da notificação dos dados.

A desagregação de dados: os dados de informações de saúde devem ser desagregados por sexo, idade, deficiência, populações deslocadas e de acolhimento, contexto (por exemplo, se é ou não uma situação de acampamento) e nível administrativo (região, bairro), para orientar a tomada de decisões e detetar desigualdades em relação aos grupos de risco.

No que diz respeito ao alerta precoce e resposta rápida (EWAR), devem-se desagregar os dados de mortalidade e de morbilidade de crianças abaixo e acima dos 5 anos de idade. O propósito é gerar rapidamente um alerta; dados menos pormenorizados são aceitáveis. Os dados de investigação de surtos, rastreio de contactos, listagens por linhas, e outras monitorizações de tendências de doenças devem ser desagregados.

A gestão, a segurança e a confidencialidade dos dados: tome precauções adequadas para proteger a segurança dos indivíduos e dos dados. A equipa jamais deve partilhar as informações do doente com alguém que não esteja diretamente envolvido com os cuidados do doente, sem a sua devida permissão. Leve em conta a situação de pessoas com deficiência intelectual, mental ou sensorial que possa afetar a sua capacidade de dar consentimento informado. Esteja ciente de que muitas pessoas com doenças como VIH podem não ter revelado o seu estado aos membros mais próximos da sua família. Trate com cuidado os dados que se relacionem a lesões causadas por tortura ou por outras violações dos direitos humanos, inclusivamente a agressão sexual. Equacione transmitir tais informações aos agentes ou às instituições apropriadas, se o indivíduo der consentimento informado; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 4.*

As ameaças aos cuidados de saúde: as ameaças a agentes de saúde ou outros incidentes violentos que envolvam agentes de saúde, devem ser relatados por meio de mecanismos locais e nacionais, previamente acordados; ⊕ *ver Conceitos essenciais relativos à saúde (no início deste capítulo) e Referências e leitura complementar.*



2. Cuidados essenciais de saúde

Os cuidados essenciais de saúde atuam sobre as principais causas de mortalidade e de morbidade da população afetada por uma crise. Coordene-se com os ministérios da saúde e com outros agentes oficiais de saúde para chegarem a um acordo sobre quais serviços, quando e onde devem ser priorizados. Baseie as prioridades no contexto, na avaliação dos riscos e das evidências disponíveis.

A população afetada por uma crise terá necessidades novas e diferentes que continuarão a evoluir. As pessoas podem ter de lidar com sobrepopulação, deslocamentos múltiplos, desnutrição, falta de acesso a água ou conflito continuado. A idade, o gênero, a deficiência, a condição quanto ao VIH e a identidade linguística ou étnica, podem influenciar ainda mais as necessidades e constituir barreiras significativas ao acesso a cuidados. Tenha em consideração as necessidades daqueles que moram em locais com poucos serviços ou de difícil acesso.

Chegue a um acordo com o Ministério da Saúde e com outros agentes do setor de saúde sobre serviços prioritários, concentrando-se nos riscos mais prováveis e que causam mais morbidade e mortalidade. Os programas de saúde devem proporcionar assistência adequada e eficaz, levando em conta o contexto, a logística e os recursos que serão necessários. As prioridades podem mudar à medida que o contexto melhore ou se deteriore ainda mais. Este exercício deve ser realizado regularmente, com base nas informações disponíveis e conforme mude o contexto.

Uma vez que as taxas de mortalidade tenham diminuído ou que a situação se tenha estabilizado, pode ser viável oferecer serviços de saúde mais completos. Em contextos prolongados, estes podem constituir um conjunto de medidas essenciais de serviços de saúde, definido à escala nacional.

Esta secção descreve os cuidados de saúde mínimos essenciais em áreas-chave de resposta a situações de emergência: doenças transmissíveis, saúde da criança, saúde sexual e reprodutiva, cuidados de lesões e traumas, saúde mental, doenças não transmissíveis e cuidados paliativos.

2.1 Doenças transmissíveis

Uma crise humanitária, seja causada por desastre natural, seja por conflito ou fome, geralmente provoca um aumento da morbidade e da mortalidade em virtude de doenças transmissíveis. A mudança de pessoas para assentamentos ou alojamentos comunitários com lotação completa, facilita a propagação rápida de doenças como diarreia e sarampo. Instalações sanitárias danificadas ou a falta de água limpa, levam a uma rápida transmissão de doenças transmitidas por vetores ou pela água. A redução da imunidade da população resulta numa maior suscetibilidade a doenças. O colapso dos sistemas de saúde pode interromper tratamentos de longa duração, como os de VIH e de tuberculose (TB), o fornecimento de imunizações rotineiras e o tratamento de doenças simples, como infeções respiratórias.

Infeções respiratórias agudas, diarreia, sarampo e malária ainda representam a maior causa de morbidade, em populações atingidas por uma crise. A desnutrição aguda agrava essas doenças, especialmente em crianças de menos de 5 anos de idade e em idosos.

Numa crise, o objetivo é prevenir doenças transmissíveis desde o princípio, tratar os casos existentes e assegurar uma resposta rápida e apropriada em caso de surto. As intervenções para tratar doenças transmissíveis devem incluir prevenção, monitorização, detecção de surtos, diagnóstico, gestão de casos e resposta a surtos.

Doenças transmissíveis – Norma 2.1.1: Prevenção

As pessoas têm acesso a cuidados de saúde e a informações para prevenir doenças transmissíveis.

Ações-chave

- 1 Determinar o risco de doenças transmissíveis na população atingida.
 - Analisar informações de saúde preexistentes, se disponíveis, e dados de monitorização, bem como o estado nutricional e o acesso a água potável e a saneamento.
 - Realizar avaliações do risco com a população atingida, inclusivamente com líderes locais e profissionais de saúde.
- 2 Trabalhar com outros setores para desenvolver medidas gerais de prevenção e estabelecer programas integrados de promoção da saúde em escala comunitária.
 - Tratar medos específicos, rumores e crenças comuns que possam comprometer um comportamento saudável.
 - Coordenar-se com outros setores que realizem atividades de proximidade, tais como promotores de higiene ou agentes comunitários de nutrição, para assegurar que as mensagens estejam em harmonia.
- 3 Implementar medidas de vacinação para a prevenção de doenças.
 - Determinar a necessidade de campanhas de vacinação para doenças transmissíveis específicas com base no risco, na viabilidade e no contexto.
 - Retomar a vacinação de rotina através do programa de imunização preexistente, o quanto antes.
- 4 Implementar medidas específicas de prevenção de doenças conforme necessário.
 - Fornecer e garantir que todos os doentes internados utilizem mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD) em todas as zonas de malária.



- 5 Implementar medidas de prevenção e controlo de infeções em todos os níveis de cuidados de saúde, de acordo com o risco; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.1, e apoio WASH em WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*

Indicadores-chave

Percentagem de pessoas que adotam práticas essenciais, promovidas em atividades e mensagens de educação para a saúde

Percentagem de famílias afetadas que relatam ter recebido informações apropriadas sobre os riscos relacionados com doenças transmissíveis e com ações preventivas

Percentagem de famílias que podem descrever três medidas que estão a adotar para prevenir doenças transmissíveis

Todos os doentes internados em unidades de saúde utilizam mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD) em zonas de malária

A incidência de doenças transmissíveis importantes está estável ou não aumenta em relação ao nível anterior à crise

Notas de orientação

As avaliações de risco: realize avaliações de risco com a população afetada, com líderes locais e com profissionais de saúde. Analise os riscos que advém do contexto e do ambiente, como os assentamentos comunitários e as áreas urbanas de população numerosa. Deve-se considerar ativamente diferentes segmentos da população quanto a fatores relacionados a doenças específicas, à baixa imunidade ou a outros riscos.

As medidas de prevenção intersectorial: desenvolva medidas gerais de prevenção como higiene, eliminação de resíduos, água segura e suficiente, e gestão de vetores. A adequação, o espaço e a ventilação dos alojamentos, podem ajudar a reduzir a transmissão. A amamentação exclusiva e o acesso à nutrição adequada contribuem diretamente para um bom estado de saúde; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 3; WASH – Promoção da higiene – Norma 1.1, WASH – Abastecimento de água – Normas 2.1 e 2.2, WASH – Gestão de resíduos sólidos – Normas 5.1 a 5.3, Alojamento e Assentamento – Norma 2 e Segurança alimentar e Nutrição – Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas – Normas 4.1 e 4.2.*

A promoção da saúde: envolva as comunidades de modo a fornecer informações em formatos e idiomas acessíveis a idosos, a pessoas com deficiência, a mulheres e crianças. Leve o tempo que for necessário para testar e validar as mensagens sobre questões sensíveis.

A vacinação: a decisão de implementar uma campanha de vacinação apoiar-se-á em três fatores:

- Uma **avaliação de fatores gerais de risco**, tais como a desnutrição, a alta carga de doença crônica, a sobrepopulação, condições WASH inadequadas e riscos de doenças específicas relacionados com a geografia, o clima, a estação e a imunidade da população.
- A **viabilidade de uma campanha** baseada na avaliação das características da vacina: se está disponível, é eficaz e segura; se é de antígenos únicos ou múltiplos; se é oral ou injetável e se é estável. Leve em conta fatores operacionais como acesso à população, limitações de tempo, transporte, requisitos materiais, custo e capacidade de obter consentimento informado.
- O **contexto geral** incluindo circunstâncias éticas e práticas como oposição por parte da comunidade, desigualdades devido à falta de recursos e obstáculos políticos ou à segurança, bem como conhecidas ameaças contra os agentes de vacinação.

⊕ *Ver Cuidados Essenciais de saúde – Saúde da criança – Norma 2.2.1: Prevenção das doenças infantis por vacinação e [Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making](#), WHO, 2017, que cobre 23 antígenos, inclusivamente cólera, meningite, sarampo e rotavírus.*

A prevenção da malária: quando a transmissão da malária for de alta a moderada, forneça mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD) a pessoas e a famílias gravemente subnutridas, a mulheres grávidas, a crianças menores de 5 anos, a crianças desacompanhadas e a pessoas com VIH. Em seguida, dê prioridade às pessoas registadas em programas de alimentação suplementar, às famílias com crianças de menos de 5 anos e às famílias de mulheres grávidas. Administre quimioprofilaxia para as gestantes segundo protocolos nacionais e padrões de resistência. Em áreas com alta desnutrição e mortalidade por sarampo, avalie a possível administração seletiva de quimioprofilaxia sazonal da malária.

As doenças transmitidas pelo mosquito Aedes: a dengue, a chicungunha, a zica e a febre amarela são infeções transmitidas pelo mosquito Aedes. Previna doenças através da gestão integrada de vetores. Os indivíduos devem usar roupas que evitem as picadas e as famílias devem adotar boas práticas de gestão da água e de resíduos e utilizar repelentes ou, ainda, utilizar mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD) para crianças pequenas e bebés que dormem durante o dia; ⊕ *ver WASH – Controlo de vetores – norma 4.2: Ações domésticas e pessoais para o controlo de vetores.*

Doenças transmissíveis – Norma 2.1.2: Vigilância, deteção de surtos e resposta precoce

Os sistemas de vigilância e de notificações possibilitam a deteção precoce do surto e uma resposta rápida.

Ações-chave

- 1 Fortalecer ou estabelecer um mecanismo contextualizado de alerta precoce e resposta rápida (EWAR) a doenças.



- Decidir, com base no risco epidemiológico, quais são as doenças e os eventos prioritários que devem ser incluídos.
- Dar formação aos trabalhadores da área da saúde, em todos os níveis, sobre as doenças prioritárias e os mecanismos para notificar as autoridades de saúde e gerar um alerta.
- Divulgar relatórios semanais do sistema de alerta precoce e resposta rápida (EWAR) a todas as partes intervenientes para que adotem as medidas necessárias.

2 Criar equipas de investigação de surtos.

- Assegurar que se adotem medidas rapidamente quando um alerta for gerado.
- Iniciar uma investigação remota quando as equipas não tiverem acesso às populações atingidas, como em áreas de conflito ativo.

3 Certificar-se de que as amostras possam ser analisadas por testes ou por laboratórios de diagnóstico rápido para a confirmação de um surto; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.3: Diagnóstico e gestão de casos.*

Indicadores-chave

Percentagem de alertas notificados em 24 horas

- 90%

Percentagem de alertas notificados e verificados em 24 horas

- 90%

Percentagem de alertas verificados e investigados em 24 horas

- 90%

Notas de orientação

Alerta Precoce e Resposta Rápida (EWAR, sigla em inglês): fortaleça ou estabeleça um sistema EWAR representativo da população afetada, em coordenação com todas as partes intervenientes, inclusivamente com o Ministério da Saúde, os parceiros e a comunidade; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde.* O sistema deve ser capaz de captar rumores, eventos incomuns e relatos da comunidade.

A monitorização e o alerta precoce: fortaleça o sistema EWAR com os parceiros e estabeleça um acordo sobre as unidades de informação, o fluxo de dados, as ferramentas de informação, as ferramentas de análise de dados, as definições de casos e a frequência dos relatórios.

Gerar o alerta e a notificação: os alertas são eventos incomuns de saúde que podem assinalar as fases iniciais de um surto. Defina parâmetros de alerta específicos para cada doença e comunique o mais rápido possível. Utilize os relatórios dos trabalhadores de saúde baseados em eventos para uma comunicação imediata, ou analise os relatórios com base em indicadores (uma vez por semana ou com maior

frequência). Registe todos os alertas de imediato e retransmita-os às equipas de investigação de surtos, para verificação.

A verificação do alerta: verifique a informação do alerta no prazo máximo de 24 horas. A verificação pode ser feita remotamente por telefone, por exemplo, e implica a recolha de dados adicionais e a análise dos casos com base em fatores como sintomas, data de início, local, sexo, idade, resultados de saúde e diagnósticos diferenciais.

A deteção de surtos: se um alerta é verificado, realize uma investigação de campo no prazo máxima de 24 horas. Certifique-se de que as equipas têm perícia suficiente para verificar alertas, realizar uma investigação de campo, detetar um surto suspeito e colher amostras de laboratório. A investigação confirmará um surto se um parâmetro epidémico tiver sido atingido ou determinará se o alerta reflete casos esporádicos ou picos sazonais.

Reveja os casos, recolha amostras e realize uma avaliação de risco. Os possíveis resultados são:

- Não é um caso;
- O caso é confirmado, mas não se trata de um surto ou
- O caso é confirmado e há suspeita/confirmação de surto.

Alguns surtos só podem ser confirmados por análise laboratorial; no entanto, mesmo a suspeita de surto pode requerer uma ação imediata.

Os parâmetros de alerta e de surto

	Parâmetro de alerta	Parâmetro de surto
Cólera	2 casos de diarreia líquida aguda e desidratação grave em pessoas de 2 anos ou mais, ou que morrem de diarreia líquida aguda na mesma área, no intervalo de uma semana; 1 morte por diarreia líquida aguda numa pessoa de 5 anos ou mais; 1 caso de diarreia líquida aguda, com teste de diagnóstico rápido positivo para cólera numa área.	1 caso confirmado
Malária	Decidido no âmbito do país, a depender do contexto	Decidido no âmbito do país, a depender do contexto
Sarampo	1 caso	Definido no âmbito do país
Meningite	2 casos numa semana (numa população < 30.000); 3 casos numa semana (numa população de 30.000 a 100.000).	5 casos numa semana (numa população < 30.000) 10 casos por 100.000 numa semana (numa população de 30.000 a 100.000) 2 casos confirmados numa semana num acampamento.
Febre hemorrágica viral	1 caso	1 caso
Febre amarela	1 caso	1 caso



A investigação de surtos e resposta rápida: continue a investigar, caso um surto seja confirmado ou haja suspeita. Determine a causa/fonte, quem foi afetado, os modos de transmissão e quem está em risco, a fim de adotar medidas de controlo apropriadas.

Realize investigações epidemiológicas descritivas incluindo:

- Casos, mortes e pessoas, hora e local de início para traçar uma curva epidémica e um mapa do local;
- Listagens que acompanhem cada caso e analisem a extensão do surto, por exemplo: o número de hospitalizações, as complicações, a taxa de mortalidade;
- Cálculo das taxas de ataque em função dos números de população previamente definidos.

Desenvolva uma hipótese que explique a exposição e a doença. Leve em conta o patogénico, a fonte e a via de transmissão.

Avalie a hipótese e chegue a um consenso sobre a definição do caso de surto, que pode ser mais específica do que a definição do caso usada na fase inicial de vigilância. Uma vez que as investigações laboratoriais tenham confirmado um surto a partir de numerosas fontes, siga a definição do caso de surto; talvez não haja necessidade de continuar a recolher amostras.

Comunique e atualize os resultados imediatamente e com regularidade. Implemente medidas de controlo com base na população assim que possível.

Todas essas atividades podem ocorrer ao mesmo tempo, especialmente durante um surto em curso; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.4: Prontidão para surtos e resposta.*

Doenças transmissíveis – Norma 2.1.3: Diagnóstico e gestão de casos

As pessoas têm acesso a diagnóstico e tratamento eficazes para as doenças transmissíveis que mais contribuem para a morbilidade e a mortalidade.

Ações-chave

- 1 Desenvolver mensagens claras que incentivem as pessoas a procurar cuidados para sintomas como febre, tosse e diarreia.
 - Desenvolver materiais escritos, transmissões de rádio ou mensagens de telemóvel utilizando formatos e idiomas acessíveis.
- 2 Utilizar protocolos aprovados de gestão de casos para prestar cuidados de saúde.
 - Estudar a possibilidade de implementar uma gestão de casos com base na comunidade; por exemplo, para a malária, diarreia e pneumonia.
 - Encaminhar casos graves para níveis mais altos de cuidados ou para isolamento.

- 3 Proporcionar uma adequada capacidade laboratorial e diagnóstica, recursos e garantia de qualidade.
 - Determinar a utilização de testes diagnósticos rápidos ou de testagem laboratorial para patogênicos e em que nível de cuidados de saúde devem ser oferecidos (por exemplo, testes diagnósticos rápidos na comunidade).
- 4 Garantir que não seja interrompido o tratamento das pessoas que recebem cuidados prolongados para doenças transmissíveis, como a tuberculose e o VIH.
 - Iniciar programas de controlo da tuberculose somente quando sejam cumpridos os critérios reconhecidos.
 - Coordenar-se com programas para VIH que assegurem a prestação de cuidados de saúde para as pessoas com infeção simultânea de VIH e tuberculose.

Indicadores-chave

Percentagem de centros de saúde que dão suporte a uma população afetada pela crise utilizando protocolos de tratamento padronizados para uma doença específica

- Reveja os informes mensais para monitorizar tendências

Percentagem de casos suspeitos confirmados por um método de diagnóstico, segundo o protocolo estipulado

Notas de orientação

Os protocolos de tratamento: os protocolos devem incluir um conjunto de medidas de diagnóstico, tratamento e encaminhamento. Se este conjunto de medidas não estiver disponível numa crise, considere as orientações internacionais. Conheça os padrões locais de resistência a medicamentos (considerando também o deslocamento) especialmente para a malária, a tuberculose e o tifo. Leve em conta os grupos de alto risco clínico, como as crianças abaixo de 2 anos, as gestantes, os idosos, as pessoas com VIH, as crianças com desnutrição aguda, as quais têm maior risco de sofrer determinadas doenças transmissíveis.

As infeções respiratórias agudas: numa crise, a vulnerabilidade aumenta em virtude da sobrepopulação, do fumo e da ventilação precária dos ambientes interiores, da desnutrição e/ou da deficiência de vitamina A. Reduza as taxas de mortalidade por meio de uma identificação realizada em tempo útil, de antibióticos orais e do encaminhamento de casos graves.

A diarreia e a diarreia sanguinolenta: controle as taxas de mortalidade por meio da ampliação do acesso e da utilização da terapia de reidratação oral e da suplementação de zinco nas famílias, na comunidade ou nos cuidados de saúde primários. O tratamento pode ser administrado nos pontos de reidratação oral da comunidade.

A gestão de casos na comunidade: os doentes com malária, pneumonia ou diarreia podem ser tratados por agentes comunitários de saúde treinados. Certifique-se de que todos os programas estejam interligados, e sejam supervisionados pela unidade de saúde mais próxima. Assegure o acesso equitativo e imparcial a todos.



Os testes laboratoriais: estabeleça uma rede de encaminhamento de unidades laboratoriais nacionais, regionais e internacionais para testar amostras. Garanta um teste de diagnóstico rápido para malária, cólera e dengue, e de hemoglobina. Forneça um meio de transporte apropriado para as amostras a serem testadas quanto a outros patógenos (como o meio *Cary-Blair* para a cólera).

Dê formação aos trabalhadores da saúde sobre os métodos de diagnósticos, a garantia de qualidade e a colheita, transporte e documentação de amostras. Desenvolva um protocolo para testes definitivos, em laboratórios de referência nacionais, regionais e internacionais. O teste definitivo inclui culturas de amostras, teste serológico e de antígeno ou de RNA para febre amarela, febres hemorrágicas virais e hepatite E. Estabeleça protocolos sobre mecanismos de transporte seguro de patógenos especialmente de febre hemorrágica viral, peste ou similar. Tenha em conta as regulamentações da aviação para o transporte de amostras por via aérea.

O controlo da tuberculose (TB) é complexo devido ao aumento da resistência aos medicamentos. Estabeleça programas, apenas, se o acesso contínuo à população e a prestação de cuidados forem garantidos pelo prazo mínimo de 12 a 15 meses. Já foram identificadas a tuberculose multirresistente (MDR-TB, resistente a dois principais medicamentos anti-TB, isoniazida e rifampicina) e a tuberculose extensivamente resistente (XDR-TB, resistente a quatro principais medicamentos anti-TB). Ambas exigem tratamentos mais prolongados, mais caros e complexos. Numa crise, muitas vezes é difícil aceder ao diagnóstico e aos testes de sensibilidade necessários para garantir a seleção e a utilização correta dos medicamentos para o tratamento da tuberculose.

Doenças transmissíveis – Norma 2.1.4: Prontidão para surtos e resposta

Existe preparação adequada para surtos, que são controlados em tempo útil e de uma forma efetiva.

Ações-chave

- 1 Desenvolver e disseminar um plano integrado de prontidão e de resposta para surtos, em parceria com todas as partes e setores intervenientes.
 - Concentrar a formação nos funcionários estratégicos, em zonas de alto risco.
 - Determinar previamente medicamentos essenciais, aparelhos médicos, testes rápidos, equipamentos de proteção individual (EPI) e *kits* (como para a cólera e doença diarreica) em áreas propensas a epidemias ou de acesso limitado.
- 2 Implementar medidas de controlo específicas da doença uma vez que o surto seja detetado.
 - Determinar a necessidade de uma campanha seletiva de vacinação.
 - Aumentar as medidas de prevenção e controlo de infeções (PCI), inclusivamente estabelecendo áreas de isolamento para surtos de cólera, hepatite E ou outros.

- 3 Estabelecer e coordenar a capacidade logística e de resposta específica para o surto.
 - Assegurar-se de que exista capacidade para transportar e armazenar medicamento e suprimentos, inclusivamente cadeia de frio para vacinas.
 - Ampliar a capacidade das instalações de saúde, por exemplo, com tendas de campanha para a cólera e a meningite.
 - Assegurar o acesso e o transporte aos laboratórios locais, nacionais e internacionais para testar amostras.
- 4 Coordenar-se com outros setores conforme necessário, inclusivamente com o setor de proteção à infância.

Indicadores-chave

Percentagem de pessoal de saúde em áreas de alto risco com formação em planos e protocolos de resposta a surtos

A taxa de mortalidade é reduzida a um nível aceitável

- Cólera <1%
- Meningite <15%
- Hepatite E <4% na população geral, 10 a 50% em grávidas no terceiro trimestre.
- Difteria (respiratória) <5 a 10%.
- Tosse convulsa <4% em crianças de 1 ano de idade, < 1% em crianças entre 1 e 4 anos.
- Dengue <1%

Notas de orientação

O plano de prontidão e a resposta ao surto: desenvolva este plano com parceiros na área da saúde, com o Ministério da Saúde e com membros e líderes da comunidade. Parceiros de WASH, dos setores de nutrição, de alojamento e educação, do governo de acolhimento, da administração de prisões e os militares (se pertinente), também devem participar. Assegure-se de que outros serviços de saúde críticos não ficam comprometidos ao responder ao surto.

O plano deve definir:

- um mecanismo de coordenação de resposta ao surto ao nível nacional, subnacional e comunitário;
- mecanismos para a mobilização da comunidade e para a comunicação do risco;
- o fortalecimento do sistema de alerta precoce e resposta rápida (EWAR): monitorização da doença, deteção e investigação (epidemiológica) de surtos;
- gestão de casos;
- medidas de controlo específicas da doença e do contexto;
- medidas intersectoriais;
- protocolos sobre transporte seguro e vias de encaminhamento de amostras para investigação laboratorial;



- planos de contingência para a ampliação de serviços em diferentes níveis de cuidados, inclusivamente a criação de áreas de isolamento em centros de tratamento;
- a capacidade da equipa de controlar surtos e a necessidade de mais trabalhadores de saúde durante os picos;
- a disponibilidade de medicamentos essenciais, vacinas, aparelhos médicos, produtos laboratoriais e equipamentos de proteção individual (EPI) para trabalhadores de saúde, incluindo aquisição internacional (por exemplo, o *stock* mundial de vacinas).

O controlo do surtos depende da comunicação adequada do risco e de equipas dedicadas a esse controlo. Contenha o surto de forma abrangente para evitar que ele se propague a novas áreas, e para reduzir o número de novos casos nos locais já afetados pelo surto. Isso exigirá uma deteção ativa de casos e um diagnóstico e gestão rápidos. Providencie áreas de isolamento conforme for necessário (por exemplo, para cólera ou hepatite E). Melhore o controlo de vetores para reduzir a exposição a infeções, utilize mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração e um comportamento de higiene aperfeiçoado.

As campanhas de vacinação

Meningite: os serogrupos A, C, W e Y podem provocar surtos durante uma crise. Vacinas para A e C estão disponíveis para uso em epidemias. A vacinação de rotina não é recomendada em crises, e não é possível para os serogrupos C e W. Oriente a vacinação de forma seletiva a grupos de idade específica com base em taxas de ataque conhecidas, ou às pessoas com idade entre os 6 meses e os 30 anos. Dada a necessidade de punção lombar para um diagnóstico definitivo, estabeleça uma definição clara de caso.

Febre hemorrágica viral: a gestão e o diagnóstico de febres hemorrágicas virais, tais como o *Ébola* ou a Febre de Lassa, são baseadas em diretrizes nacionais e internacionais rígidas. Isso inclui protocolos sobre novas vacinas e métodos inovadores de tratamento. É vital a participação efetiva da comunidade durante esses surtos.

Febre amarela: é recomendada a vacinação em massa quando um único caso for confirmado num assentamento para populações deslocadas e anfitriãs. Combine este procedimento com medidas do controlo do vetor *Aedes* e com o isolamento rigoroso dos casos.

Pólio: a pólio está incluída no Programa Ampliado de Imunização (PAI) da Organização Mundial de Saúde, e a vacinação deve ser reiniciada a seguir às fases iniciais de uma emergência. Inicie a vacinação em massa se for detetado um caso de pólio paralítica.

Cólera: protocolos claros de tratamento e de surto devem estar disponíveis e ser coordenados entre os setores. Utilize vacinas para a cólera de acordo com os enquadramentos da Organização Mundial de Saúde e complemente as estratégias existentes para o controlo da doença.

Hepatite A e E: estas apresentam um risco significativo particularmente em campos de refugiados. Previna e controle surtos através da melhoria do saneamento, da higiene e do acesso a água potável.

Sarampo: ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: saúde da criança – Norma 2.2.1: Prevenção de doenças infantis por vacinação.*

Tosse convulsa ou difteria: surtos de tosse convulsa são comuns quando as pessoas estão deslocadas. Seja cauteloso quanto a uma campanha de vacinação contra a tosse convulsa durante um surto, devido ao receio de riscos entre indivíduos mais velhos que já tomaram a vacina de células inteiras contra difteria, tosse convulsa e tétano (DTP). Devem aproveitar-se os surtos para solucionar lacunas na rotina de imunização. A gestão de casos inclui o tratamento dos casos detetados por meio de antibióticos e o tratamento profilático precoce dos contactos em famílias onde houver um bebé ou uma mulher grávida. Surtos de difteria são menos comuns, mas ainda são uma ameaça em ambientes com uma sobrepopulação com baixa imunidade à difteria. Nos acampamentos, é comum realizarem-se campanhas de vacinação em massa contra a difteria, com três doses separadas da vacina. A gestão dos casos inclui a administração de antitoxina e antibiótico.

As taxas de mortalidade: as taxas de mortalidade (TM) para doenças específicas variam conforme o contexto e a imunidade existente. Tenha como objetivo reduzir as taxas de mortalidade tanto quanto possível. Altas taxas de mortalidade podem indicar falta de acesso a cuidados de saúde apropriados, apresentação e gestão de caso tardios, comorbidades significativas na população ou cuidados de saúde de má qualidade. Monitorize com frequência as taxas de mortalidade e adote medidas corretivas imediatas se as taxas se tornarem maiores do que o esperado.

A atenção às crianças: durante os surtos, considere as crianças um grupo específico ao conceber e implementar programas. Coordene e promova encaminhamentos entre os setores de saúde e o de proteção à infância. Enfrente os riscos de separar as crianças dos seus pais. Os riscos podem ser causados pela morbidade ou mortalidade dos pais, ou pela estrutura do programa. Acima de tudo, procure evitar a separação da família e obtenha o consentimento dos pais ou da criança para o tratamento. Adote medidas para manter abertas as instalações de ensino, considerando as medidas necessárias de controlo e educação em saúde.

2.2 Saúde da criança

Durante uma crise, as crianças são ainda mais vulneráveis a infeções, a doenças e a outros riscos à sua saúde e às suas vidas. Não só as condições de vida se deterioram, mas também os programas de imunização são interrompidos. Os riscos são ainda maiores para crianças desacompanhadas e separadas.

É necessária uma resposta concertada dirigida às crianças. Inicialmente, a resposta estará centrada nos cuidados para salvar vidas, mas em última análise, as intervenções devem aliviar o sofrimento e promover o crescimento e o desenvolvimento. Os programas devem atuar sobre as maiores causas de morbidade e de mortalidade. Em escala mundial, esses riscos são as infeções respiratórias agudas, a diarreia, o sarampo, a malária, a desnutrição e as causas neonatais de morbidade e de mortalidade.



Saúde da criança – Norma 2.2.1: Prevenção das doenças infantis por vacinação

As crianças com idade entre os 6 meses e os 15 anos têm imunidade contra doenças e o acesso aos serviços de rotina do Programa Ampliado de Imunização (PAI) durante uma crise.

Ações-chave

- 1 Determinar se há necessidade de vacinação e qual a abordagem adequada para a emergência.
 - Fundamentar este estudo numa avaliação de risco (por exemplo, população, estação), da viabilidade de uma campanha, incluindo a necessidade de múltiplas doses e a disponibilidade e do contexto (como segurança, necessidades concorrentes). Este deve ser um processo contínuo à medida que a crise evolui; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1: Prevenção.*
- 2 Realizar uma campanha de vacinação em massa contra o sarampo para crianças com idade entre os 6 meses e os 15 anos (seja qual for o histórico de vacinação contra o sarampo) quando a cobertura estimada para sarampo for menor que 90% ou desconhecida.
 - Incluir vitamina A para crianças com idade entre os 6 e os 59 meses.
 - Assegurar que todos os bebés vacinados entre os 6 e os 9 meses recebam outra dose de vacina contra o sarampo aos 9 meses.
- 3 Restabelecer o Programa Ampliado de Imunização (PAI) assim que possível.
 - Tenha como objetivo que as unidades de saúde primárias ou os sistemas de equipas móveis/de proximidade do serviço, ofereçam, no mínimo durante 20 dias ao mês, o cronograma de imunização nacional para a prevenção de doenças por vacinação.
- 4 Fazer a triagem das crianças que comparecem às unidades de saúde ou às clínicas móveis, quanto à situação de vacinação e aplicar as vacinas necessárias.

Indicadores-chave

Percentagem de crianças com idade entre os 6 meses e os 15 anos que receberam a vacina contra o sarampo como parte de uma campanha de vacinação

- >95%

Percentagem de crianças com idade entre os 6 e os 59 meses que receberam uma dose adequada de vitamina A ao término de uma campanha de vacinação contra o sarampo

- >95%

Percentagem de crianças com 12 meses de idade que já tomaram 3 doses da vacina DTP (difteria, tétano e tosse convulsa)

- >90%

Percentagem de unidades de saúde primárias que oferecem serviços básicos do Programa Ampliado de Imunização (PAI) pelo menos durante 20 dias/mês

Notas de orientação

A vacinação: as vacinas são vitais para a prevenção do excesso de mortes em crises agudas. É possível que a orientação nacional não abranja emergências ou pessoas que atravessaram fronteiras. Portanto, trabalhe sem demora para determinar quais as vacinas necessárias, e para criar um plano de implementação que inclua processos de aquisição; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1 para orientação sobre avaliação de risco e decisões de vacinação e Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais* sobre aquisição e armazenamento de vacinas.

A vacinação contra o sarampo: a imunização contra o sarampo é uma intervenção de saúde prioritária durante uma crise.

- **Cobertura:** reveja os dados de cobertura das populações deslocadas e de acolhimento, com a finalidade de avaliar se a cobertura da imunização de rotina contra o sarampo foi superior a 90% nos últimos três anos. Realize uma campanha de vacinação contra o sarampo se a cobertura da vacinação foi menor que 90%, se é desconhecida ou se há dúvidas. Administre suplemento de vitamina A em simultâneo. Garanta que pelo menos 95% dos recém-chegados a um assentamento com idade entre os 6 meses e os 15 anos sejam vacinados.
- **Faixas etárias:** é provável que algumas crianças mais velhas não tenham recebido a vacinação de rotina, não tenham participado de campanhas contra o sarampo e não tenham contraído a doença. Estas crianças permanecem sob risco de infecção por sarampo e podem infetar bebés e crianças pequenas, que têm maior risco de morte por esta doença. Portanto, vacine até aos 15 anos de idade. Se isso não for possível, dê prioridade a crianças entre os 6 e os 59 meses de idade.
- **Repetir as vacinações:** todas as crianças entre os 9 meses e os 15 anos de idade devem receber duas doses da vacina contra o sarampo como parte de programas nacionais de imunização padronizados. Crianças dos 6 aos 9 meses de idade que tenham recebido a vacina contra o sarampo (por exemplo, numa campanha de emergência) devem receber mais duas doses nas idades recomendadas, de acordo com o cronograma nacional (geralmente aos 9 e aos 15 meses de idade em áreas de alto risco).

A pólio: considere a possibilidade de fazer campanhas contra a pólio onde haja surtos de poliomielite ou existam ameaças aos programas de erradicação como determinado em *Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making*; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1: Prevenção*.



O Programa Ampliado de Imunização (PAI) nacional: restabeleça prontamente o PAI para proteger as crianças contra o sarampo, a difteria e a tosse convulsa e para reduzir o risco de infecções respiratórias. Os PAI (Programas Ampliados de Imunização) nacionais podem necessitar de vacinas complementares; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.4: Prontidão para surtos e resposta.*

A segurança das vacinas: certifique-se da segurança das vacinas em todos os momentos. Siga as instruções do fabricante quanto ao armazenamento e à refrigeração; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais.*

O consentimento informado: obtenha o consentimento informado dos pais ou responsáveis para administrar a vacina. Isso inclui a compreensão dos riscos e dos possíveis efeitos colaterais.

Saúde da criança – Norma 2.2.2:

Gestão de doenças dos recém-nascidos e das crianças

As crianças têm acesso a cuidados de saúde prioritários que visam tratar as principais causas de morbidade e de mortalidade neonatal e infantil.

Ações-chave

- 1 Prestar cuidados de saúde adequados em diferentes níveis (unidades de saúde, clínicas móveis ou programas comunitários).
 - Utilizar as diretrizes de *Newborn Health in Humanitarian Settings* para cuidados neonatais essenciais; ⊕ *ver Referências.*
 - Considerar adotar a gestão integrada de casos comunitários (iCCM, sigla em inglês) e a gestão integrada de doenças da infância (GIDI).
- 2 Estabelecer um sistema padronizado de avaliação e triagem em todas as unidades que prestam cuidados a recém-nascidos ou a crianças doentes.
 - Certificar-se de que as crianças com sintomas perigosos (que não conseguem se alimentar ou ser amamentadas, que vomitam tudo, que têm convulsões, que estão letárgicas ou inconscientes) recebam tratamento imediato.
 - Incluir uma avaliação de trauma e de intoxicação química nos contextos em que há maior risco.
- 3 Disponibilizar medicamentos essenciais nas dosagens e fórmulas adequadas para o tratamento de doenças comuns da infância em todos os níveis de cuidados.
- 4 Fazer a triagem das crianças quanto ao seu crescimento e ao seu estado nutricional.
 - Encaminhar todas as crianças desnutridas aos serviços de nutrição.
 - Fornecer tratamento na unidade de saúde para crianças que sofrem de desnutrição aguda e têm complicações.

- 5 Estabelecer um protocolo apropriado de gestão de casos para tratamento de doenças infantis, e daquelas que se podem prevenir por vacinação, tais como a difteria e a tuberculose, em situações onde o risco de surto é alto.
 - Utilizar os protocolos existentes sempre que possível.
- 6 Elaborar mensagens de educação para a saúde para incentivar as famílias a cultivar hábitos saudáveis e práticas de prevenção de doenças.
 - Promover ações tais como, adotar o aleitamento materno exclusivo, alimentar as crianças, lavar as mãos, manter os bebês aquecidos e estimular o desenvolvimento infantil.
- 7 Elaborar mensagens de educação para a saúde para incentivar as pessoas a procurarem cuidados preventivos para quaisquer enfermidades como febre, tosse ou diarreia em crianças e recém-nascidos.
 - Adotar medidas para que os serviços cheguem às crianças que não estão sob os cuidados de um adulto ou dos pais.
- 8 Identificar as crianças com deficiência ou atraso no desenvolvimento.
 - Orientar e encaminhar para cuidados ou para serviços de reabilitação.

Indicadores-chave

Taxas de mortalidade bruta de menores de 5 anos

- Menos de 2 mortes por 10.000 por dia ⊕ *ver Apêndice 3 para os cálculos*

Tratamento efetivo antimalárico ministrado em tempo útil para todas as crianças com menos de 5 anos de idade que apresentam malária

- Nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas
- Exceção para crianças com menos de 5 anos de idade com desnutrição aguda grave

Sais de reidratação oral (SRO) e suplementação de zinco disponibilizados em tempo útil para todas as crianças menores de 5 anos que apresentam diarreia

- Nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas

Cuidados adequados prestados em tempo útil para todas as crianças menores de 5 anos que apresentam pneumonia

- Nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas

Notas de orientação

Cuidados neonatais essenciais: durante o parto, proporcione cuidados especializados a todos os recém-nascidos, preferencialmente numa unidade de saúde e de acordo com as orientações da ⊕ *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)* e



da *Newborn Health in Humanitarian Settings*. Existindo ou não cuidados especializados durante o nascimento, os cuidados neonatais essenciais consistem em:

- Cuidados térmicos (atrasar o banho e manter o bebê seco e aquecido pelo contacto pele a pele);
- Prevenção de infecção (promova práticas de limpeza durante o parto, higienização das mãos, limpeza do cordão umbilical e cuidados da pele e dos olhos do bebê);
- Apoio alimentar (aleitamento materno imediato e exclusivo, sem rejeitar o colostro);
- Monitorização (avaliar se há sinais de perigo de infecções ou condições que possam precisar de encaminhamento);
- Cuidados pós-natais (oferecê-los em casa ou próximo de casa na primeira semana de vida, sendo crucial uma visita nas primeiras 24 horas; tenha como objetivo a realização de três visitas domiciliares na primeira semana de vida).

A gestão integrada de doenças da infância (GDI) está centrada nos cuidados de saúde primários das crianças com menos de 5 anos de idade. Depois de estabelecer a GDI, integre as orientações clínicas nos protocolos padronizados e desenvolva ações de formação adequadas para os profissionais de saúde.

A gestão integrada de casos comunitários (ICCM, sigla em inglês) é uma abordagem que se destina a proporcionar o tratamento eficaz e oportuno da malária, da pneumonia e da diarreia para pessoas com acesso limitado a unidades de saúde, especialmente para as crianças com menos de 5 anos de idade.

A gestão da diarreia: trate as crianças com diarreia com sais de reidratação oral (SRO) de baixa osmolaridade e com suplementação de zinco. O zinco diminui a duração da diarreia, e os SRO previnem a desidratação. Incentive os cuidadores a continuar ou a aumentar o aleitamento materno durante a ocorrência da diarreia, e a aumentar toda a alimentação posteriormente.

A gestão da pneumonia: se as crianças estiverem com tosse, devem-se averiguar sinais de respiração rápida ou difícil e o atrofiamento do tórax. Se disponível, tratar com um antibiótico oral adequado. Encaminhe as crianças com sintomas graves ou pneumonia grave para atendimento urgente.

A frequência respiratória rápida é específica para cada idade:

Do nascimento até aos 2 meses: >60/min	12 meses: >50/min
De 1 aos 5 anos: >40/min	5 anos: >20/min

VIH: quando a prevalência do VIH for maior que 1%, teste todas as crianças com desnutrição aguda grave. Mães e cuidadores de crianças expostos ao VIH necessitam de apoio e de orientação ajustados à situação; ⊕ *ver Normas de segurança alimentar e Nutrição*.

Alimentar as crianças separadas: organize uma alimentação supervisionada para as crianças separadas ou desacompanhadas.

A proteção à infância: utilize os serviços de saúde de rotina para identificar negligência, abuso e exploração infantil. Encaminhe os casos para os serviços de proteção à infância. Integre procedimentos de identificação e gestão de casos sensíveis, relativamente ao gênero nos serviços de saúde de rotina para mães e bebês, crianças e adolescentes.

As referências sobre nutrição: ⊕ ver *Segurança alimentar e Nutrição – Norma 3: Deficiência de micronutrientes, e Gestão da desnutrição – Norma 2.2: Desnutrição aguda grave.*

A poluição do ar doméstico: considere a possibilidade de fornecer fogões de cozinha alternativos para reduzir o fumo e os vapores, bem como as enfermidades respiratórias que estes provocam; ⊕ ver *Alojamento e Assentamento – Norma 3: Espaço habitacional e Norma 4: Artigos domésticos.*

Intoxicação: ⊕ ver *Apêndice 4.*

2.3 Saúde sexual e reprodutiva

Desde o início de uma crise, devem estar disponíveis cuidados críticos de saúde sexual e reprodutiva que salvam vidas. Estabeleça serviços integrais assim que possível.

Esses serviços críticos são parte de uma resposta integrada de saúde e são auxiliados pela utilização de kits de saúde reprodutiva; ⊕ ver *Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais.*

Os cuidados integrais de saúde sexual e reprodutiva envolvem modernizar os serviços existentes, agregar os serviços que faltam e melhorar a qualidade. A compreensão da arquitetura dos sistemas de saúde ajudará a determinar como se deve apoiar esta tarefa; ⊕ ver *Sistemas de saúde – Normas 1.1 a 1.5.*

Todas as pessoas, inclusivamente aquelas em contextos humanitários, têm direito à saúde sexual e reprodutiva. O cuidado da saúde sexual e reprodutiva deve respeitar os contextos culturais e as crenças religiosas da comunidade, ao mesmo tempo que cumpre as normas internacionais de direitos humanos reconhecidas universalmente. Seja sensível às necessidades dos adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e das populações em risco, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero.

As emergências elevam os riscos de violência sexual, inclusivamente de exploração e de abuso. Todos os agentes devem trabalhar juntos para prevenir e responder em estreita coordenação com o setor de proteção. Reúna informações de maneira segura e ética. Partilhe os dados apenas em consonância com os protocolos aceites; ⊕ ver *Princípios de Proteção e Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde.*



Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.1: Cuidados da saúde reprodutiva, materna e neonatal

As pessoas têm acesso a serviços de saúde e ao planejamento familiar que evitam a excessiva morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Ações-chave

- 1 Certificar-se de que estejam sempre disponíveis serviços para partos limpos e seguros, cuidados neonatais essenciais, e serviços de urgência de atendimento obstétrico e neonatal.
 - Estabelecer um sistema de encaminhamento com comunicação e transporte da comunidade até uma unidade de saúde ou hospital de serviço permanente.
- 2 Providenciar a todas as mulheres visivelmente grávidas *kits* para um parto limpo, quando o acesso a prestadores de saúde qualificados e a unidades de saúde não puder ser garantido.
- 3 Consultar a comunidade para entender as preferências locais, as práticas e as atitudes em relação às medidas anticoncepcionais.
 - Conversar separadamente e de forma privada com homens, mulheres, meninos e meninas adolescentes.
- 4 Disponibilizar nas unidades de saúde, em ambiente privado e confidencial e mediante a procura, uma variedade de métodos contraceptivos de curta duração e de longa duração reversíveis.
 - Oferecer orientação que enfatize a escolha informada e a sua eficácia.

Indicadores-chave

Cuidados especializados estão permanentemente disponíveis para a emergência de obstetrícia e cuidados neonatais

- Atendimento obstétrico e neonatal básico e de emergência: mínimo de cinco unidades de saúde para cada 500.000 pessoas
- Atendimento obstétrico e neonatal de emergência integral: mínimo de uma unidade de saúde para cada 500.000 pessoas

Porcentagem de nascimentos atendidos por pessoal especializado

- Meta mínima: 80%

Sistema de encaminhamento disponível para emergências obstétricas e neonatais

- Disponível 24 horas/dia e 7 dias/semana

Porcentagem de partos por cesariana em unidades de saúde

- Meta: 5 a 15%

Todos os centros de saúde primários informam a disponibilidade de pelo menos quatro métodos de contraceção entre 3 a 6 meses após o início da crise.

Notas de Orientação

O atendimento obstétrico e neonatal de emergência: cerca de 4% de qualquer população são mulheres grávidas, e cerca de 15% dessas pessoas irão experienciar uma complicação obstétrica imprevisível que necessitará de cuidados obstétricos de emergência durante a gravidez ou no momento do parto. Cerca de 5% a 15% dos partos exigirão cirurgia, por exemplo cesariana. No mundo, de 9% a 15% dos recém-nascidos necessitarão de cuidados de emergência para a sua sobrevivência. Cerca de 5% a 10% dos recém-nascidos não respiram espontaneamente ao nascer e necessitam de estimulação, e metade deles requerem ressuscitação. As principais razões para a falta de ar são o nascimento prematuro e os eventos agudos que ocorrem durante o trabalho de parto, resultando em asfixia grave; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: saúde da criança – Norma 2.2.2: Gestão de doenças dos recém-nascidos e das crianças.*

O atendimento obstétrico e neonatal de emergência básico inclui a administração de antibióticos parenterais, de fármacos uterotônicos (oxitocina parenteral, misoprostol), de fármacos anticonvulsivantes parenterais (sulfato de magnésio), a remoção de produtos de concepção retidos, utilizando-se equipamento apropriado, a remoção manual da placenta, a realização de parto vaginal assistido (extração a vácuo) e a ressuscitação materna e neonatal.

O atendimento obstétrico e neonatal de emergência integral inclui todos os pontos acima, além de cirurgia sob anestesia geral (cesariana, laparotomia) e transfusão de sangue, sensata e segura, com medidas de precaução padronizadas. O cuidado após um aborto é uma intervenção que salva vidas, que faz parte dos cuidados de emergência obstétricos e neonatais, e visa reduzir a morte e o sofrimento em consequência de complicações do aborto espontâneo e de abortos realizados sem segurança. O tratamento inclui o controlo do sangramento (possivelmente através de intervenção cirúrgica) e da sépsis, bem como a aplicação de profilaxia do tétano.

É essencial que a todo momento estejam disponíveis serviços de emergência obstétrica e neonatal, tanto os básicos quanto os mais abrangentes.

O sistema de encaminhamento deve assegurar que as mulheres ou os recém-nascidos tenham os meios para ir e voltar de uma unidade de saúde primária, com atendimento obstétrico e neonatal de emergência básico, e de um hospital com amplo atendimento obstétrico e neonatal de emergência.

O planeamento familiar: interaja com vários grupos da comunidade para entender as preferências e as atitudes culturais. Certifique-se de que a comunidade está ciente de onde e como aceder à contraceção. Partilhe informações em vários formatos e idiomas para garantir a acessibilidade. Envolve os líderes comunitários para disseminar a informação.



O aconselhamento sobre contraceção deve ser dado por pessoal com formação que entenda as preferências, a cultura e o contexto do utente. O aconselhamento deve enfatizar a confidencialidade e a privacidade, a escolha e o consentimento voluntário e informado, a eficácia dos procedimentos médicos e não médicos, os possíveis efeitos colaterais, a gestão e o acompanhamento e as orientações sobre a remoção no caso de ser necessária.

Diferentes tipos de contraceptivos devem estar disponíveis imediatamente para atender à procura estimada. Os agentes devem ser treinados para remover contraceptivos reversíveis utilizados por um longo período.

Outros serviços: iniciar outros cuidados maternos e neonatais o mais rápido possível, incluindo cuidados pré e pós-natais.

A coordenação com outros setores: coordene-se com o setor de nutrição para assegurar que as gestantes e as lactantes sejam encaminhadas aos serviços de nutrição conforme necessário para, por exemplo, receber alimentação suplementar seletiva;  ver *Segurança alimentar e Nutrição: Gestão da desnutrição – Normas 2.1 e 2.2.*

Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2: Violência sexual e tratamento clínico da violação

As pessoas têm acesso a cuidados de saúde seguros e que respondem às necessidades dos sobreviventes de violência sexual.

Ações-chave

- 1 Identificar uma organização líder para coordenar uma abordagem multisetorial com vista a reduzir o risco de violência sexual, fazer encaminhamentos e fornecer apoio integrado aos sobreviventes.
 - Coordenar-se com outros setores para fortalecer a prevenção e a resposta.
- 2 Informar a comunidade sobre os serviços disponíveis e a importância de procurar atendimento médico imediatamente após a violência sexual.
 - Fornecer profilaxia pós-exposição ao VIH o mais rápido possível (dentro das primeiras 72 horas após a exposição).
 - Fornecer contraceptivos de urgência dentro das primeiras 120 horas.
- 3 Estabelecer espaços seguros nas unidades de saúde para receber sobreviventes de violência sexual, prestar cuidados clínicos e fazer encaminhamentos.
 - Apresentar e utilizar protocolos claros e uma lista de direitos dos doentes.
 - Formar os profissionais de saúde na comunicação de apoio mantendo a confidencialidade e protegendo as informações e os dados dos sobreviventes.
- 4 Disponibilizar cuidados clínicos e fazer o encaminhamento para outros serviços de apoio aos sobreviventes de violência sexual.

- Assegurar um mecanismo de encaminhamento para situações clínicas que apresentem risco de vida e sejam complicadas ou graves.
- Estabelecer mecanismos de encaminhamento entre os serviços de saúde, jurídicos, de proteção, de segurança, psicossociais e comunitários.

Indicadores-chave

Todas as unidades de saúde possuem pessoal formado, provisões e equipamentos suficientes para a gestão clínica dos serviços aos sobreviventes de violação, com base em protocolos nacionais ou internacionais.

Todos os sobreviventes de violência sexual declaram ter recebido cuidados de saúde de forma segura e confidencial

Todos os sobreviventes de violência sexual que cumprem os requisitos, recebem:

- Profilaxia pós-exposição nas primeiras 72 horas após um incidente ou exposição
- Contraceção de urgência nas primeiras 120 horas após um incidente ou exposição

Notas de orientação

A prevenção da violência sexual e da violação requer ação em todos os setores; ⊕ *ver WASH: Abastecimento de água – Norma 2.1; ⊕ ver WASH – Gestão de dejetos – Norma 3.2; ⊕ ver Segurança alimentar e Nutrição: ajuda alimentar – Norma 6.3 e Meios de subsistência – Norma 7.2; Alojamento e Assentamento – Normas 2 e 3; ⊕ ver Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromissos 4 e 8; ⊕ ver Sistemas de saúde – Normas 1.1 a 1.3* para mais informações sobre como tornar as instalações de saúde seguras e oferecer atendimento seguro.

Os cuidados clínicos, inclusivamente cuidados de saúde mental e encaminhamento de sobreviventes, devem estar disponíveis em todas as unidades de saúde básicas e nas equipas móveis; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2 e Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5*. Isso inclui pessoal qualificado para oferecer, em tempo útil, tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial a todas as crianças, adultos e idosos sobre:

- contraceção de urgência;
- testes de gravidez, informações sobre opções de gravidez e encaminhamento para aborto seguro de acordo com a lei;
- tratamento preventivo de DST;
- profilaxia pós-exposição para prevenir a transmissão do VIH; ⊕ *ver Saúde – Norma 2.3.3: VIH*
- prevenção da hepatite B;
- tratamento de feridas e prevenção do tétano;
- encaminhamento para outros serviços complementares, tais como outros serviços de saúde, psicológicos, jurídicos e sociais.



Faça uma distribuição de gêneros equivalente entre os profissionais de saúde fluentes nos idiomas locais e os doentes, e treine acompanhantes e intérpretes femininos e masculinos para serviços não discriminatórios e imparciais. Dê formação a profissionais de saúde para o atendimento clínico aos sobreviventes de violência sexual, focada na comunicação de apoio, no histórico e exame, no tratamento e aconselhamento. Sempre que possível e necessário, ofereça formação sobre o sistema médico-legal e sobre a recolha de provas forenses.

As crianças sobreviventes de violência sexual: as crianças devem ser cuidadas por profissionais de saúde com formação no tratamento de crianças vítimas de violação. Permita que as crianças escolham o sexo do profissional de saúde. Em todos os casos, envolva rapidamente os agentes de proteção especializados.

A participação comunitária: trabalhe com os doentes e com a comunidade para melhorar a acessibilidade e a aceitabilidade dos cuidados e para oferecer programas de prevenção ao longo da crise. Garanta que haja mecanismos rápidos e confidenciais de *feedback*. Envolver mulheres, homens, adolescentes, meninas e meninos e populações de risco, como as pessoas com deficiência e os grupos LGBTQI.

O enquadramento legal: conheça o sistema médico-legal nacional e as leis pertinentes sobre violência sexual. Informe os sobreviventes sobre as leis de declaração obrigatória que poderiam limitar a confidencialidade das informações divulgadas pelos doentes aos prestadores de serviços de saúde. Isto pode influenciar a decisão de continuar a procurar cuidados, mas deve ser respeitado.

Em muitos países, o aborto induzido é legal em circunstâncias como as de violação. Quando for este o caso, o acesso ou o encaminhamento deve ser feito sem discriminação.

Se por um lado a violência sexual é crítica, por outro, as formas de violência de gênero — tais como a violência por parte do parceiro íntimo, o casamento forçado e a mutilação genital feminina — não são apenas prevalentes em crises humanitárias, mas também, em alguns cenários, podem aumentar durante uma crise e ter impactos significativos (físicos, sexuais, mentais) sobre a saúde dos indivíduos. Impactos estes que podem exigir respostas específicas. Outras diretrizes internacionais estão a reconhecer cada vez mais, não apenas a violência sexual, mas também essas outras formas de violência de gênero e os seus impactos na saúde; [⊕ ver IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action](#).

Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: VIH

As pessoas têm acesso a cuidados de saúde que previnem a transmissão do VIH e reduzem a morbilidade e a mortalidade causada pelo vírus.

Ações-chave

- 1 Estabelecer e seguir as precauções e procedimentos padronizados para a utilização segura e racional das transfusões de sangue.

- 2 Fornecer terapêutica antirretroviral (TARV) a todos os que já estão em tratamento, inclusivamente às mulheres em programas de prevenção de transmissão mãe-filho.
 - Rastrear ativamente as pessoas com VIH para continuar o tratamento.
- 3 Fornecer preservativos masculinos lubrificados e também preservativos femininos nos lugares em que estes já sejam utilizados pela população.
 - Trabalhar com os líderes e a população afetada para entender a utilização local, aumentar a aceitação e certificar-se de que a distribuição de preservativos é culturalmente apropriada.
- 4 Oferecer a realização de testes a todas as gestantes, quando a prevalência de VIH for maior do que 1%.
- 5 Iniciar a profilaxia pós-exposição (PEP, sigla em inglês) o mais rápido possível, sendo que para os sobreviventes de violência sexual e de exposição ocupacional, deverá ocorrer nas primeiras 72 horas após a exposição.
- 6 Fornecer profilaxia com cotrimoxazol para infeções oportunistas a:
 - a. Doentes com VIH;
 - b. Crianças nascidas de mães com VIH entre 4 e 6 semanas de idade (continuar a fornecer a profilaxia até que a infeção pelo VIH esteja excluída).
- 7 Certificar-se de que as instalações de cuidados de saúde primários tenham medicamentos antimicrobianos, e proporcionem tratamento sintomático a doentes com sintomas de uma DST.

Indicadores-chave

Todo o sangue utilizado em transfusões é analisado e está livre de infeções transmissíveis por transfusão, inclusivamente por VIH

Percentagem de pessoas que estavam previamente com terapêutica antirretroviral (TARV) e que continuam a receber medicamentos antirretrovirais

- 90%

Percentagem de mulheres que acedem aos serviços de saúde que e são testadas para VIH, quando a prevalência de VIH é maior do que 1%

- 90%

Percentagem de indivíduos potencialmente expostos ao VIH que comparecem a unidades de saúde e recebem PEP nas primeiras 72 horas após a exposição

- 100%

Percentagem de bebés expostos ao VIH que recebem cotrimoxazol entre as 4 e as 6 semanas de idade

- 95%



Notas de orientação

As ações-chave acima devem ser implementadas em todas as crises humanitárias, independentemente da epidemiologia local do VIH.

Envolva a comunidade afetada e as populações chave (profissionais de saúde, líderes, mulheres, pessoas LGBTQI, pessoas com deficiência) na prestação de serviços relacionados com o VIH, e certifique-se de que elas saibam onde obter os medicamentos antirretrovirais (ARV). Se já existe uma associação de pessoas com VIH, consulte-a e envolva-a na conceção e na execução do programa.

É útil fazer a distribuição comunitária de preservativos entre grupos de pessoas afins. As populações chave e os adolescentes muitas vezes sabem onde os seus colegas se reúnem; assim, a distribuição de preservativos aos colegas pode ser feita pelos voluntários. Educar as populações chave com mensagens culturalmente apropriadas sobre a utilização e a eliminação corretas de preservativos usados. Disponibilize preservativos à comunidade, ao pessoal das agências de ajuda, ao pessoal uniformizado, aos motoristas de camiões de assistência, entre outros.

Transusão de sangue: ⊕ ver *Sistemas de saúde – Normas 1.1 e 1.3.*

Os cuidados e os tratamentos após a exposição devem incluir orientação, avaliação do risco de exposição ao VIH, consentimento informado, avaliação da fonte e fornecimento de medicamentos antirretrovirais. Não dê PEP a uma pessoa que se sabe que tem VIH. Embora a orientação e o teste para VIH sejam recomendados antes de se iniciar a PEP, não se deve adiar o início da PEP se esses não forem viáveis; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2: Violência sexual e tratamento clínico da violação.*

Atividades abrangentes relacionadas com o VIH numa crise: estabeleça as seguintes atividades o mais rápido possível:

Conscientização sobre o VIH: forneça informação acessível ao público, particularmente às populações de maior risco, sobre a prevenção do VIH e outras DST.

Prevenção do VIH: ofereça a populações de alto risco serviços de redução de riscos (tais como equipamentos injetáveis esterilizados e terapia substitutiva de opiáceos para pessoas que injetam drogas) quando esses serviços já existam; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5: Cuidados de saúde mental.*

Aconselhamento e testagem para VIH: ofereça (ou restabeleça) serviços de aconselhamento e testes vinculados à iniciação da terapia antirretroviral (TARV). Os grupos prioritários para o teste de VIH são mulheres grávidas e os seus parceiros, crianças com desnutrição aguda grave, quando a prevalência de VIH é maior do que 1%, e outros grupos de risco.

Estigma e discriminação: é crucial assegurar que as estratégias e os programas não aumentem o estigma. Procure ativamente diminuir o estigma e a discriminação

Nota: A Cáritas Internacional e os seus membros não promovem a utilização, nem distribuem qualquer item de controlo artificial de natalidade.

em áreas conhecidas por terem um alto índice de estigma e comportamentos discriminatórios.

Intervenções antirretrovirais (ARV): estenda a terapia antirretroviral a todos os que dela necessitam o mais rápido possível, não apenas àqueles que estavam previamente inscritos.

Prevenção da transmissão mãe-filho: teste as mulheres grávidas e os seus parceiros e faça o diagnóstico precoce de VIH no bebé. Ofereça TARV para as mulheres que já testaram positivo, ou que tenham um novo teste positivo para VIH. Encaminhe os bebés que testaram positivo para os serviços pediátricos de VIH. Dê orientações específicas sobre alimentação infantil às mulheres com VIH e apoio para que estas cumpram e permaneçam no programa ⊕ *ver Segurança alimentar e Nutrição: Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas – Normas 4.1 e 4.2.*

Serviços para controlo da infeção simultânea de VIH/TB (Tuberculose): providencie exames de Tuberculose e encaminhamento para pessoas com VIH. Forneça tratamento da Tuberculose a pessoas previamente inscritas num programa de tratamento; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: Doenças transmissíveis – Norma 2.1.3: Diagnóstico e gestão de casos.* Vincule os serviços de testagem para Tuberculose e para VIH em ambientes de alta prevalência, e estabeleça o controlo da infeção de Tuberculose em ambientes de cuidados de saúde.

2.4 Cuidados de lesões e traumas

Em qualquer crise, uma alta carga de morbilidade é atribuível a lesões. É provável que o aumento da procura por serviços de atendimento a traumas exceda rapidamente as capacidades dos sistemas locais de saúde. Para reduzir o impacto das lesões e o risco de colapso do sistema de saúde, faça uma triagem sistemática e uma gestão massiva das baixas, e disponibilize cuidados básicos de emergência, assim como cuidados operatórios e de reabilitação seguros. Esta secção aborda a resposta do sistema de saúde a lesões físicas. Orientações específicas sobre intoxicação, saúde mental e violência sexual são abordadas noutras secções; ⊕ *ver Apêndice 4: Intoxicação; Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5 e Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2.*

Cuidados de lesões e traumas – Norma 2.4: Cuidados de lesões e traumas

As pessoas têm acesso a cuidados seguros e eficazes em caso de trauma durante uma crise, para prevenir a mortalidade, a morbilidade, o sofrimento e a deficiência.

Ações-chave

- 1 Cuidar dos traumas em todos os níveis, em todos os doentes.
 - Estabelecer rapidamente sistemas seguros de encaminhamento entre unidades de saúde e das comunidades atingidas para as unidades de saúde.



- Estabelecer clínicas móveis ou hospitais de campanha se o atendimento em estruturas fixas não for acessível à população.
- 2 Assegurar que os profissionais de saúde tenham habilitações e conhecimentos para tratar lesões.
- Incluir todos os níveis, desde os primeiros socorristas até os que prestam cuidados cirúrgicos e anestésicos.
- 3 Estabelecer ou reforçar as normas padronizadas de triagem e de cuidados relativos a lesões e traumas.
- Incluir sistemas de encaminhamento para proteção à infância, para os sobreviventes de violência sexual e para as pessoas que necessitam de assistência à saúde mental e apoio psicossocial.
- 4 Fornecer profilaxia contra o tétano a quaisquer indivíduos com risco de lesões, às pessoas com feridas abertas e àquelas que participam de operações de resgate e de limpeza.
- 5 Garantir normas mínimas de segurança e de administração em todas as unidades que prestam cuidados relativos a traumas e lesões, inclusive nos hospitais de campanha.
- 6 Garantir acesso, em tempo útil, a serviços de reabilitação, a dispositivos auxiliares prioritários e à ajuda à mobilidade de doentes feridos.
- Confirmar a possibilidade de reparação, no próprio local, de dispositivos auxiliares como cadeiras de rodas e canadianas.
- 7 Garantir acesso, em tempo útil, a serviços de saúde mental e a apoio psicossocial.
- 8 Estabelecer ou reforçar os sistemas de informação de saúde para incluir dados sobre lesões e traumas.
- Dar prioridade a documentação clínica básica; por exemplo, relatórios médicos de todos os doentes que tenham sofrido traumas.
- Utilizar definições padronizadas para incluir as lesões no conjunto de dados do sistema de informação.

Indicadores-chave

Porcentagem de unidades de saúde que contam com um plano para atuação em caso de desastres, que inclua gestão de mortalidade em massa e seja periodicamente revisto e ensaiado

Porcentagem de unidades de saúde com normas para os gravemente feridos e que incluam instrumentos de triagem formal

Percentagem de unidades de saúde com equipa que recebeu formação básica para tratar de feridos graves

Percentagem de unidades de saúde que implementam medidas de melhoria da qualidade para reduzir a morbilidade e a mortalidade de referência segundo os dados disponíveis

Notas de orientação

A formação e o desenvolvimento de aptidões para cuidados de lesões e traumas deverão incluir:

- gestão de mortes em massa para os que intervêm e os que coordenam a resposta;
- primeiros socorros básicos;
- triagem padronizada remota e nas unidades de saúde;
- reconhecimento precoce, ressuscitação, gestão de ferimentos, controlo da dor e apoio psicossocial urgente.

Deveriam existir ou ser desenvolvidos **protocolos padronizados** para abranger o seguinte:

- classificação da triagem segundo a gravidade em situações de rotina e de surto que inclua análises, priorização, ressuscitação básica e critérios para encaminhamento de emergência;
- cuidados de emergência na linha da frente no ponto de acesso;
- encaminhamentos de emergência e cuidados avançados, inclusivamente cirurgia, cuidados pós-operatórios e de reabilitação.

As normas mínimas de segurança e qualidade: mesmo quando os cuidados a traumas estiverem a ser prestados em resposta a um evento grave ou a um conflito ativo, as Normas Mínimas devem ser asseguradas. As áreas a serem abordadas incluem:

- A utilização segura e racional de medicamentos, de dispositivos e componentes sanguíneos, inclusivamente da cadeia de provisões;
- A prevenção e controlo de infeções;
- O fornecimento de energia suficiente para iluminação, para comunicações e para o funcionamento dos equipamentos médicos essenciais, tais como equipamentos de ressuscitação de emergência e autoclaves de esterilização;
- A gestão de resíduos de saúde.

Os primeiros socorros na comunidade: primeiros socorros apropriados, implementados em tempo útil por não profissionais, salvam vidas, se executados de maneira segura e sistemática. Todos os auxiliares de primeiros socorros deverão utilizar um método estruturado para os feridos. É vital um treino básico para o tratamento de ferimentos, como procedimentos de limpeza e de curativos.



Inclua primeiros socorros a nível doméstico e comunitário e orientações sobre quando e onde procurar auxílio médico. Promova a consciencialização sobre os riscos específicos do contexto, como uma infraestrutura instável ou o risco de lesão durante tentativas de resgate.

A triagem é o processo de classificação dos doentes por categoria, segundo a gravidade das lesões e a necessidade de cuidados. A triagem identifica aqueles que mais beneficiariam de uma intervenção médica imediata. Existem vários sistemas de triagem. Um sistema amplamente adotado utiliza cinco cores: vermelho, para doentes de prioridade mais alta; amarelo, para média; verde, para mais baixa; azul, para doentes com problemas que estão além da capacidade técnica da unidade ou que requerem cuidados paliativos, e cinzento para os falecidos.

Os cuidados profissionais de emergência na linha da frente: todos os profissionais de saúde de nível mais alto, como os médicos, deverão estar qualificados num método sistemático para lidar com as pessoas com enfermidades e ferimentos graves; ⊕ *ver métodos ABCDE em FRC International First Aid and Resuscitation Guidelines*. As intervenções iniciais de reanimação e salvamento, como administração de fluidos e de antibióticos, controlo de hemorragia e tratamento de um pneumotórax, podem ser prestadas em muitos contextos antes de se transferir o doente para serviços especializados.

Os cuidados anestésicos, traumatológicos e cirúrgicos: os cuidados de emergência, operatórios e de reabilitação devem ser realizados somente por organizações com a devida competência. Os prestadores dos serviços devem atuar no âmbito da sua prática profissional, com recursos adequados para suportar as suas atividades. Administrar cuidados inconvenientes ou inadequados pode ser mais prejudicial do que não fazer nada. As cirurgias realizadas sem os devidos cuidados pré e pós-operatórios e sem reabilitação continuada, podem fazer com que não se restabeleçam as capacidades funcionais do doente.

Os hospitais de campanha: pode ser necessário utilizar hospitais de campanha temporários especialmente em crises agudas, devendo existir uma coordenação com o Ministério da Saúde ou com as entidades de liderança e outros agentes de saúde. As normas e a segurança dos cuidados deverão atender aos princípios nacionais e internacionais; ⊕ *ver Referências* para mais orientação.

A reabilitação e a reintegração social: uma reabilitação precoce pode aumentar a sobrevivência, maximizar o impacto das intervenções médicas e cirúrgicas e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes feridos. Equipas médicas com capacidade de internamento devem ser capazes de oferecer reabilitação precoce. Mapear as capacidades de reabilitação e as vias de encaminhamento existentes e compreender as conexões entre os sistemas de bem-estar social existentes, e a ajuda em dinheiro. Estabeleça vínculos com centros de reabilitação locais ou com organizações de reabilitação comunitária para cuidados continuados.

Antes de dar alta aos doentes de traumas e lesões, inclusivamente àqueles com deficiência preexistente, é preciso considerar as necessidades de tratamento continuado.

Garanta acompanhamento médico e de reabilitação, orientação ao doente e ao cuidador, dispositivos auxiliares essenciais (tais como canadianas ou cadeiras de rodas), assistência à saúde mental, apoio psicossocial e acesso a outros serviços essenciais. Estabeleça planos de cuidados e equipas multidisciplinares, incluindo especialistas em reabilitação física, e pessoal qualificado em saúde mental e apoio psicossocial. A assistência à saúde mental e o apoio psicossocial às pessoas com lesões que alteram a sua vida normal, devem ser iniciados quando elas ainda estão internadas. Os vínculos com os serviços de apoio continuado são essenciais ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5: Cuidados de saúde mental.*

Considerações especiais de gestão – controlo da dor: um bom atendimento à dor após as lesões reduz os riscos de pneumonia e trombose venosa profunda e ajuda o doente a iniciar a fisioterapia. Reduz ainda, a resposta de stresse fisiológico, o que leva a uma diminuição da morbilidade cardiovascular e diminui o stresse psicológico. A dor aguda pós-traumática deve ser tratada seguindo a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde. A dor neuropática resultante da lesão de um nervo pode estar presente desde o início e deve ser tratada adequadamente; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais e Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.7: Cuidados paliativos; ⊕ ver a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde.*

Considerações especiais de gestão – controlo de feridas: na maioria das crises, muitos doentes irão apresentar-se para tratamento mais de 6 horas após o ferimento. Esta demora aumenta muito o risco de infeção do ferimento e de mortalidade associada. Os profissionais de saúde devem estar cientes dos protocolos de tratamento de feridas (inclusivamente queimaduras) e de como prevenir e tratar infeções, tanto as graves quanto as de apresentação tardia. Esses protocolos incluem o fornecimento de antibióticos apropriados, a remoção cirúrgica de material estranho e de tecido morto, além de curativos.

O tétano: quando se trata de desastres naturais repentinos, o risco de tétano pode ser relativamente alto. Administre a vacina contra o tétano que contém toxóide (DT ou Td — vacinas contra a difteria e o tétano — ou DTP, dependendo da idade e do histórico de vacinação) àqueles com feridas abertas. Indivíduos com feridas sujas ou altamente contaminadas devem receber também uma dose de imunoglobulina antitetânica (TIG, sigla em inglês) se não estiverem vacinados contra o tétano.

2.5 Saúde Mental

Problemas de saúde mental e psicossociais são comuns entre adultos, adolescentes e crianças em todos os contextos humanitários. Os fatores extremos de stresse associados a crises colocam as pessoas em maior risco de apresentar problemas sociais, comportamentais, psicológicos e psiquiátricos. O auxílio à saúde mental e o apoio psicossocial englobam ações em múltiplos setores. Esta norma centra-se nas ações praticadas pelos agentes de saúde; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial e Princípios de Proteção* para mais informações sobre intervenções psicossociais realizadas por todos os setores.



Saúde mental – Norma 2.5: Cuidados de saúde mental

Pessoas de todas as idades têm acesso a cuidados de saúde para tratar problemas de saúde mental e de limitação funcional associada.

Ações-chave

- 1 Coordenar os apoios de saúde mental e psicossocial entre todos os setores.
 - Criar um grupo de trabalho técnico intersetorial, para problemas de saúde mental e psicossociais. Este grupo pode ser simultaneamente liderado por uma organização de saúde e por uma organização humanitária de proteção.
- 2 Desenvolver programas baseados nas necessidades e nos recursos identificados.
 - Analisar os sistemas de saúde mental existentes, as competências da equipa e outros recursos ou serviços.
 - Realizar avaliações das necessidades, levando em conta que os problemas de saúde mental podem ser preexistentes, induzidos pela crise ou ambos.
- 3 Trabalhar com os membros da comunidade, inclusivamente com pessoas marginalizadas, para reforçar os sistemas de autoajuda e o apoio social da comunidade.
 - Promover o diálogo entre os membros da comunidade sobre as formas de abordar os problemas de maneira cooperativa, contando com a sua sabedoria, experiência e recursos.
 - Preservar ou apoiar o reinício de mecanismos de apoio preexistentes, tais como grupos para mulheres, jovens e pessoas com VIH.
- 4 Orientar o pessoal e os voluntários sobre como oferecer primeiros socorros psicológicos.
 - Utilizar os princípios de primeiros socorros psicológicos para gerir o stresse agudo após recente exposição a eventos potencialmente traumáticos.
- 5 Disponibilizar cuidados clínicos básicos de saúde mental em todas as unidades de cuidados de saúde.
 - Organizar formações breves e supervisionar os profissionais de saúde em geral para avaliar e gerir os problemas prioritários de saúde mental.
 - Organizar um mecanismo de encaminhamento entre especialistas em saúde mental, prestadores de serviços de saúde generalistas, apoio por parte da comunidade e outros serviços.
- 6 Disponibilizar, quando possível, intervenções psicológicas para pessoas afetadas por sofrimento prolongado.
 - Sempre que viável, formar e supervisionar os não especialistas.

- 7 Proteger os direitos das pessoas com problemas graves de saúde mental na comunidade, nos hospitais e nas instituições.
 - Visitar periodicamente, desde o início da crise, hospitais psiquiátricos e lares para pessoas que sofrem de problemas mentais graves.
 - Adotar providências quanto à negligência e aos abusos nas instituições e organizar o atendimento.
- 8 Minimizar os danos relacionados com o álcool e as drogas.
 - Formar o pessoal em detecção e intervenções breves, redução de danos e gestão da abstinência e da embriaguez.
- 9 Adotar medidas para desenvolver um sistema de saúde mental sustentável durante o planejamento da rápida recuperação e das crises prolongadas.

Indicadores-chave

Porcentagem de serviços de saúde secundários com pessoal formado e supervisionado e sistemas para tratar os problemas de saúde mental

Porcentagem de serviços de saúde primários com pessoal formado e supervisionado e sistemas para tratar os problemas de saúde mental

Número de pessoas que participam das atividades de autoajuda comunitária e de apoio social

Porcentagem de pessoas que utilizam serviços de saúde e recebem cuidados para problemas de saúde mental

Porcentagem de pessoas que receberam cuidados para problemas de saúde mental e que relatam melhoria na capacidade funcional e redução dos sintomas

Número de dias, nos últimos 30, nos quais os medicamentos psicotrópicos essenciais não estiveram disponíveis

- Menos de 4 dias

Notas de orientação

O apoio multinível: as crises afetam as pessoas de formas diferentes, exigindo diversos tipos de apoio. Para organizar o auxílio à saúde mental e o apoio psicossocial, será essencial desenvolver um sistema estratificado de apoios complementares que satisfaça as diferentes necessidades, de acordo com a ilustração no diagrama a seguir. Esta pirâmide mostra como as diferentes ações se complementam entre si. Todas as camadas da pirâmide são importantes e o ideal é aplicá-las ao mesmo tempo.

A avaliação: as taxas de problemas de saúde mental são significativas em qualquer crise. Estudos sobre a prevalência não são essenciais para iniciar os serviços. Utilize





Pirâmide de serviços e suportes com diversas camadas (Figura 10)

Fonte: Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias (2007)

métodos participativos rápidos e, quando possível, inclua a saúde mental em outras avaliações. Não limite a avaliação a um único problema clínico.

A autoajuda e apoio na comunidade: envolva os profissionais de saúde, os líderes e os voluntários da comunidade para facilitar que os seus membros, inclusivamente os marginalizados, possam melhorar a autoajuda e o suporte social. As atividades poderiam incluir a criação de espaços seguros e as condições para o diálogo na comunidade.

Os primeiros socorros psicológicos: os primeiros socorros psicológicos precisam de estar disponíveis para pessoas expostas a eventos potencialmente traumáticos, tais como violência física ou sexual, testemunho de atrocidades e sofrimento por lesões maiores. Não se trata de uma intervenção clínica. Trata-se de uma resposta básica, humana e de apoio a situações de sofrimento, a qual compreende ouvir cuidadosamente, estimar as necessidades básicas e assegurar que sejam atendidas, encorajar o apoio social e proteger de danos adicionais. Essa resposta não é invasiva e não força as pessoas a falarem sobre o seu sofrimento. Após breve orientação, os líderes da comunidade, os profissionais de saúde e outros envolvidos na resposta humanitária podem oferecer primeiros socorros psicológicos a pessoas em sofrimento. Embora os primeiros socorros psicológicos devam estar amplamente disponíveis, o conjunto de respostas de auxílio à saúde mental e de apoio psicossocial não se deve limitar a esses primeiros socorros.

Uma entrevista psicológica feita numa única sessão promove o desafogo ao estimular as pessoas a relatar, em poucas palavras, porém sistematicamente, as percepções, os pensamentos e as reações emocionais experimentadas durante um evento stressante recente. Isso, na melhor das hipóteses, é ineficaz e não deve ser utilizado.

As outras intervenções psicológicas: os trabalhadores da área da saúde não especializados, quando recebem formação e são supervisionados e apoiados, podem realizar intervenções psicológicas em situações de depressão, ansiedade e transtorno de stresse pós-traumático. Isso inclui terapia cognitiva e comportamental ou terapia interpessoal.

Os cuidados clínicos de saúde mental: informar toda a equipa de saúde e os voluntários sobre os cuidados de saúde mental disponíveis. Dê formação aos prestadores de serviços de saúde, de acordo com protocolos baseados em evidências, tais como o GIH-mhGAP. Sempre que possível, inclua nas unidades gerais de saúde um profissional de saúde mental, como um enfermeiro especialista na área psiquiátrica. Providencie um espaço privado para as consultas. ⊕ *Ver Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP).*

As patologias que se apresentam com mais frequência nos serviços de saúde em situações de emergência são a psicose, a depressão e um transtorno neurológico: a epilepsia. A saúde mental materna é uma preocupação específica devido ao seu potencial impacto nos cuidados das crianças.

Inclua as categorias de saúde mental no sistema de informação de saúde ⊕ *ver Apêndice 2: Modelo de formulário HMIS (sigla em inglês).*

Os medicamentos psicotrópicos essenciais: organize um fornecimento ininterrupto de medicamentos psicotrópicos essenciais, com pelo menos um de cada categoria terapêutica (antipsicótico, antidepressivo, ansiolítico, antiepilético e medicamentos para combater os efeitos colaterais de antipsicóticos). ⊕ *Ver O Kit de saúde de emergência interações e Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais.*

A proteção dos direitos das pessoas com transtornos de saúde mental: durante crises humanitárias, pessoas com transtornos graves de saúde mental são extremamente vulneráveis às violações dos direitos humanos, como abuso, negligência, abandono e falta de alojamento, de comida ou de cuidados médicos. Designe pelo menos uma agência para atender às necessidades das pessoas em instituições.

A transição para o período após a crise: as crises humanitárias aumentam os índices a longo prazo de muitos problemas de saúde mental; assim, é importante planejar prevendo o aumento sustentado da cobertura do tratamento na área afetada. Isso inclui o fortalecimento do sistema de saúde mental nacional existente e o estímulo à inclusão de grupos marginalizados (inclusivamente de refugiados) nesses sistemas. Os projetos de demonstração com fundos de emergência de curto prazo, podem validar o conceito e criar uma oportunidade para atrair mais apoio e recursos para o desenvolvimento de um sistema de saúde mental.

2.6 Doenças não transmissíveis

A necessidade de incidir em doenças não transmissíveis durante crises humanitárias, reflete o crescimento da expectativa de vida a nível mundial combinada com comportamentos que são fatores de risco, como fumar tabaco e fazer dietas não saudáveis. Cerca de 80% das mortes causadas por doenças não transmissíveis ocorrem em países de rendimentos baixos ou médios, e as emergências agravam esse quadro.



Em média, numa população adulta de 10.000 pessoas, há aproximadamente 1.500 a 3.000 pessoas com hipertensão, 500 a 2.000 com diabetes e 3 a 8 com ataques cardíacos agudos, considerando um período normal de 90 dias.

As doenças variam, mas as mais frequentes são a diabetes, as doenças cardiovasculares (incluindo hipertensão, derrames, doenças renais crônicas), as doenças pulmonares crônicas (como asma e obstrução pulmonar) e o cancro.

A resposta inicial deve tratar as complicações agudas e evitar a interrupção do tratamento, seguindo-se programas mais abrangentes.

A saúde mental e os cuidados paliativos são especificamente analisados em [⊕ Cuidados essenciais de saúde – Normas 2.5: Cuidados de saúde mental e 2.7: Cuidados paliativos](#).

Doenças não transmissíveis – Norma 2.6: Cuidados de doenças não transmissíveis

As pessoas têm acesso a programas preventivos, diagnósticos e terapias essenciais para complicações agudas e tratamento de longo prazo de doenças não transmissíveis.

Ações-chave

- 1 Identificar as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de doenças não transmissíveis (DNT) e analisar a disponibilidade de serviços antes da crise.
 - Identificar grupos com necessidades prioritárias, inclusive aqueles em risco de sofrer complicações fatais, como a diabetes dependente de insulina ou a asma grave.
- 2 Implementar programas de abordagem faseada com base em prioridades para salvar vidas e aliviar o sofrimento.
 - Assegurar que os doentes diagnosticados com complicações de risco de vida (por exemplo, ataque grave de asma, cetoacidose diabética) recebam tratamento apropriado. Se o tratamento adequado não estiver disponível, oferecer cuidados paliativos e de apoio.
 - Evitar a interrupção súbita do tratamento de doentes diagnosticados antes da crise.
- 3 Integrar os cuidados de doenças não transmissíveis no sistema de saúde em todos os níveis.
 - Estabelecer um sistema de encaminhamento para fazer a gestão de complicações agudas e de casos complexos em cuidados secundários ou terciários e para cuidados paliativos e de apoio.
 - Encaminhar doentes para respostas de nutrição ou de segurança alimentar, quando necessário.

4 Estabelecer programas nacionais de preparação para doenças não transmissíveis.

- Incluir medicamentos e material essenciais no fornecimento de materiais médicos de emergência preestabelecidos ou de contingência.
- Preparar cada doente com uma reserva de medicamentos e instruções sobre como aceder a cuidados de emergência, caso ocorra uma crise.

Indicadores-chave

Porcentagem de instalações de cuidados de saúde básicos que oferecem tratamento em caso de doenças não transmissíveis prioritárias

Número de dias, nos últimos 30, em que os medicamentos essenciais para doenças não transmissíveis não estiveram disponíveis

- Menos de 4 dias

Número de dias, entre os últimos 30, em que o equipamento básico para doenças não transmissíveis não esteve disponível

- Menos de 4 dias

Todos os trabalhadores de saúde que oferecem tratamento para doenças não transmissíveis (DNT) são treinados em gestão de DNT.

Notas de orientação

A avaliação das necessidades e do risco para identificar as DNT prioritárias: planeie segundo o contexto e a fase da emergência. Isso pode implicar a revisão dos registos utilizando dados anteriores à crise e a realização de pesquisas domiciliárias ou a avaliação epidemiológica com uma pesquisa transversal. Reúna dados sobre a prevalência e a incidência de doenças não transmissíveis específicas, e identifique as necessidades relacionadas com o risco de vida ou com doenças sintomáticas graves.

Analise a disponibilidade e a utilização dos serviços antes da crise, especialmente para casos complexos, como o cancro ou a doença renal crónica, para avaliar as expectativas e a capacidade do sistema de saúde no contexto. O objetivo a médio e a longo prazo é apoiar e restabelecer estes serviços.

As necessidades de tratamento complexas: se possível, ofereça continuidade de tratamento para doentes com necessidades complexas como hemodiálise, radioterapia e quimioterapia. Dê informação clara e acessível sobre as vias de encaminhamento. Ofereça encaminhamento para apoio em cuidados paliativos; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.7: Cuidados paliativos.*

A integração dos cuidados de DNT com o sistema de saúde: ofereça tratamento básico para doenças não transmissíveis no nível primário dos serviços de saúde de acordo com os padrões nacionais ou com a orientação internacional de emergência, quando não existam padrões nacionais.



Trabalhe com as comunidades para melhorar a detecção precoce e os encaminhamentos. Integre os agentes comunitários de saúde nas instalações de cuidados primários e interaja com líderes da comunidade, curadores tradicionais e o setor privado. A extensão do alcance dos serviços, possibilita oferecer a populações isoladas serviços de saúde para doenças não transmissíveis.

Adapte o sistema de informação de saúde existente ao contexto da crise ou desenvolva um sistema novo para incluir o monitorização das principais DNT: hipertensão, diabetes, asma, doença obstrutiva pulmonar crônica, cardiopatia isquêmica e epilepsia; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde e Apêndice 2.*

Os medicamentos e os equipamentos médicos: reveja a lista nacional de medicamentos e de aparelhos essenciais, inclusivamente tecnologias e principais testes de laboratório, para gerir as doenças não transmissíveis. Incida nos cuidados de saúde básicos; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e equipamentos médicos essenciais.* Se necessário, defenda a inclusão de medicamentos e equipamentos médicos imprescindíveis em conformidade com a orientação internacional e de emergência em DNT. Ofereça acesso a medicamentos e a equipamentos médicos essenciais nos níveis apropriados de cuidados. Nas fases iniciais da crise, os *kits* de doenças não transmissíveis podem ser utilizados em conjunto com os *kits* de saúde de emergência interagências, para aumentar a disponibilidade de medicamentos e de equipamentos essenciais. Não utilize estes *kits* para oferecer provisões de longo prazo.

A formação: forme todos os níveis da equipa clínica, na gestão de casos de DNT, prioritários ou não, incluindo procedimentos operacionais padrão quanto ao encaminhamento; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2: Profissionais de saúde.*

A promoção e a educação para a saúde: forneça informação sobre as doenças não transmissíveis e onde aceder aos cuidados. A informação deve ser acessível a todos, inclusivamente a idosos e a pessoas com deficiência; deve promover comportamentos saudáveis, modificando os fatores de risco e aumentando o autocuidado e a adesão ao tratamento. Comportamentos saudáveis podem incluir, por exemplo, a atividade física regular ou redução do consumo de álcool e de tabaco. Trabalhe com diferentes setores da comunidade para desenvolver mensagens e estratégias de distribuição adequadas às idades, aos géneros e culturalmente apropriadas. Adapte as estratégias de prevenção e controlo ao contexto, levando em conta restrições como fornecimento limitado de alimento ou sobrepopulação.

Plano de prevenção e preparação: inclua a gestão de doenças não transmissíveis nos planos para desastres e emergências, assegurando-se de que atenda às especificidades dos diferentes tipos de unidades de cuidados de saúde (por exemplo, pequenos centros de saúde ou grandes hospitais com unidades de hemodiálise). Os centros de saúde em contextos instáveis ou propensos a desastres devem estar preparados para oferecer serviços para doenças não transmissíveis.

Elabore um registo de doentes com doenças complexas e necessidades críticas e crie protocolos padronizados de operações para os encaminhar se ocorrer uma crise.

2.7 Cuidados paliativos

Os cuidados paliativos promovem a prevenção e o alívio do sofrimento e do desconforto associados aos cuidados no final da vida. Isso inclui identificação, avaliação e tratamento da dor, assim como outras necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Inclua cuidados fisiológicos, psicológicos e espirituais com base exclusivamente nas solicitações do doente ou da família, e inclua sistemas de apoio para ajudar doentes, famílias e cuidadores. Os cuidados no final da vida devem ser oferecidos independentemente da causa.

Cuidados paliativos – Norma 2.7: Cuidados paliativos

As pessoas têm acesso a cuidados paliativos e a cuidados terminais que aliviam a dor e o sofrimento, maximizam o conforto, a dignidade e a qualidade de vida dos doentes e dão apoio aos familiares.

Ações-chave

- 1 Estabelecer diretrizes e políticas para apoiar cuidados paliativos consistentes.
 - Incluir as diretrizes nacionais e internacionais para o controlo da dor e dos sintomas nas unidades de saúde.
 - Desenvolver diretrizes de triagem baseadas nas condições médicas do doente, no prognóstico e na disponibilidade de recursos.
- 2 Desenvolver um plano de assistência e oferecer cuidados paliativos aos doentes que estão em fase terminal.
 - Assegurar pelo menos o alívio da dor e a dignidade na morte durante uma emergência aguda.
 - Verificar a compreensão que o doente ou a família têm da situação, assim como as suas preocupações, valores e crenças culturais.
- 3 Integrar os cuidados paliativos em todos os níveis do sistema de saúde.
 - Estabelecer redes de encaminhamento sólidas para propiciar continuidade de apoio e de cuidados.
 - Dar prioridade a uma gestão a nível comunitário que inclua os cuidados domiciliários.
- 4 Formar os profissionais de saúde para prestar cuidados paliativos, inclusivamente no controlo da dor e dos sintomas, além do apoio psicossocial e de saúde mental.
 - Cumprir os padrões nacionais, ou os padrões internacionais na ausência dos nacionais.
- 5 Fornecer materiais e equipamentos médicos essenciais.
 - Armazenar medicamentos paliativos e materiais médicos apropriados, como fraldas para incontinência e cateteres, nas unidades de saúde.



- Conhecer a legislação sobre medicamentos controlados que possa causar atraso na disponibilidade de medicamentos essenciais.
- 6 Trabalhar com sistemas e redes locais para apoiar doentes, cuidadores e famílias, na comunidade e em casa.
- Fornecer artigos para necessidades de cuidados domiciliários, como fraldas para incontinência, cateteres urinários e curativos.

Indicadores-chave

Número de dias, nos últimos 30, em que os medicamentos essenciais de cuidados paliativos não estiveram disponíveis

- Menos de 4 dias

Percentagem de funcionários com formação no controlo básico da dor e dos sintomas ou em cuidados paliativos em cada centro de saúde, hospital, clínica móvel e hospital de campanha

Percentagem de doentes identificados pelo sistema de saúde como carenciados de cuidados terminais e os que efetivamente os receberam

Notas de orientação

Os agentes de saúde humanitária devem conhecer e respeitar os processos locais da tomada de decisões médicas e os valores locais relativos à doença, ao sofrimento e à morte. O alívio do sofrimento é importante e os doentes em fase terminal devem receber cuidados orientados para o seu conforto, seja devido ao sofrimento causado por lesões fatais, seja por doença contagiosa ou qualquer outra causa.

Desenvolver um plano de cuidados: identifique doentes relevantes e respeite o direito a tomarem decisões informadas sobre o seu atendimento. Dê-lhes informação imparcial e leve em consideração as suas necessidades e expectativas. Deve haver um acordo sobre o plano de cuidados, que estará baseado nas preferências do doente. Ofereça acesso a apoio psicossocial e de saúde mental.

A disponibilidade de medicamentos: alguns medicamentos para cuidados paliativos, tais como analgésicos, estão incluídos nos módulos básicos e complementares do *kit* de saúde de emergência interagências e na Lista de Medicamentos Essenciais. Esses *kits* são úteis nas fases iniciais de uma crise, mas não são adequados para situações prolongadas em que sistemas mais sustentáveis devem ser estabelecidos;  ver *Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e aparelhos médicos essenciais e Referências e leitura complementar*.

O apoio familiar, comunitário e social: coordene com outros setores uma via de encaminhamento para os doentes e as suas famílias terem apoio integrado. Isso inclui aceder aos sistemas ou às organizações nacionais de bem-estar social que oferecem assistência em alojamento, *kits* de higiene e dignidade, ajuda em dinheiro, apoio

psicossocial e de saúde mental e assistência jurídica, para assegurar que as necessidades básicas quotidianas sejam atendidas.

Coordene-se com setores pertinentes para localizar as famílias que foram separadas, para que os doentes possam comunicar-se com elas.

Trabalhe com as redes existentes de cuidados comunitários, que frequentemente treinam facilitadores de cuidados domiciliários e trabalhadores psicossociais da comunidade, com a finalidade de prestar apoio adicional aos doentes e aos familiares e ajudar a prestar cuidados domiciliários se necessário (por exemplo, a pessoas com VIH).

O apoio espiritual: todo apoio deve estar baseado na solicitação do doente ou da família. Trabalhe com os líderes religiosos locais para identificar os provedores de apoio espiritual que partilham da mesma fé ou crença do doente. Estes provedores podem atuar como um apoio para doentes, cuidadores e agentes humanitários.

Oriente os líderes religiosos locais sobre os princípios chave do apoio psicossocial para doentes que enfrentam problemas graves de saúde.

Estabeleça mecanismos confiáveis de encaminhamento bilateral entre o sistema de saúde e os líderes espirituais para doentes, cuidadores ou familiares que o solicitem.

Apoie práticas funerárias seguras e dignas em colaboração com a comunidade local e de acordo com a orientação nacional ou internacional; ➕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.1: Prestação de serviços de saúde.*



Apêndice 1

Lista de verificação para avaliação da saúde

Preparação

- Obtenha informações disponíveis sobre a população afetada pela crise.
- Obtenha mapas, fotos aéreas ou imagens de satélite disponíveis ou dados dos sistemas de informação geográfica (SIG) da área afetada.
- Obtenha dados demográficos, administrativos e sanitários.

Segurança e acesso

- Determine se existem perigos naturais ou causados pelo ser humano.
- Determine a situação geral de segurança, inclusive a presença das forças armadas.
- Determine o acesso que as organizações humanitárias têm à população atingida pela crise.

Estrutura demográfica e social

- Determine o tamanho da população afetada pela crise, desagregada por fatores como sexo, idade e deficiência.
- Identifique os grupos de maior risco, tais como mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com VIH ou grupos marginalizados.
- Determine o tamanho médio das famílias e uma estimativa do número de famílias encabeçadas por mulheres e por menores.
- Determine a estrutura social existente e as normas de gênero, inclusive postos de autoridade e/ou de influência na comunidade e na família.

Antecedentes de saúde

- Identifique problemas de saúde preexistentes na área afetada pela crise.
- Identifique problemas de saúde preexistentes no país de origem dos refugiados ou na área de origem das pessoas deslocadas internamente.
- Identifique os riscos de saúde existentes, como eventuais doenças epidêmicas.
- Identifique barreiras preexistentes e existentes aos cuidados de saúde, às normas e às crenças sociais, inclusive as práticas positivas e as negativas.
- Identifique fontes prévias de cuidados de saúde.
- Analise os vários aspetos do sistema de saúde e o seu desempenho; [⊕ ver Sistemas de saúde – Normas 1.1 a 1.5.](#)

Taxas de mortalidade

- Calcule a taxa de mortalidade bruta.
- Calcule as taxas de mortalidade por idade específica (como a taxa de mortalidade dos menores de 5 anos).
- Calcule as taxas de mortalidade por causa específica.
- Calcule a taxa de mortalidade proporcional.

Taxas de morbidade

- Determine as taxas de incidência das principais afeções de saúde que têm importância na saúde pública.
- Determine as taxas de incidência das principais afeções de saúde em função da idade e do sexo, quando possível.

Recursos disponíveis

- Determine a capacidade do Ministério da Saúde do país afetado pela crise.
- Determine a situação das unidades de saúde nacionais, inclusivamente o número total por tipo de atendimento fornecido, grau do dano da infraestrutura e acesso.
- Determine o número e as capacidades dos profissionais de saúde disponíveis.
- Determine o orçamento para a saúde e os mecanismos financeiros disponíveis.
- Determine a capacidade e a situação funcional dos programas existentes de saúde pública, como o Programa Ampliado de Imunização (PAI).
- Determine a disponibilidade de protocolos padronizados, de medicamentos, de aparelhos e equipamentos médicos essenciais e de sistemas de logística.
- Determine a situação dos sistemas de encaminhamento existentes.
- Determine o nível de saúde ambiental nas unidades de saúde.
- Determine a situação do sistema de informação de saúde existente.

Dados de outros setores importantes

- Situação nutricional.
- Condições ambientais e WASH.
- Cabaz de alimentos e segurança alimentar.
- Alojamento – qualidade do alojamento.
- Educação – educação para a saúde e higiene.



Apêndice 2 Modelos de formulários semanais para relatórios de monitorização

2.1 Formulário de monitorização da mortalidade (agregado)*

Local:
 Data a partir de segunda-feira: Até domingo:
 População total no começo desta semana:
 Nascimentos nesta semana: Mortes nesta semana:
 Chegadas nesta semana (se aplicável): Partidas nesta semana:
 População total no fim da semana: População total menor de 5 anos:

	<5 Anos		≥5 Anos		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Causa imediata					
Infeção respiratória inferior aguda					
Cólera (suspeita)					
Diarreia sanguinolenta					
Diarreia – líquida					
Lesão – não acidental					
Malária					
Morte materna – direta					
Sarampo					
Meningite (suspeita)					
Neonatal (0 a 28 dias)					
Outros					
Desconhecido					
Total por idade e sexo					
Causa subjacente					
SIDA (suspeita)					
Desnutrição					
Morte materna – indireta					
Doenças não transmissíveis (especificar)					
Outros					
Total por idade e sexo					

*Este formulário é utilizado quando há muitas mortes e portanto, informações mais detalhadas sobre as mortes individuais não podem ser recolhidas devido a limitações de tempo.

–Podem agregar-se outras causas de mortalidade segundo o contexto e o padrão epidemiológico.

–A idade pode ser mais desagregada, quando viável, por exemplo dos 0 aos 11 meses, de 1 aos 4 anos, dos 5 aos 14 anos, dos 15 aos 49 anos, dos 50 aos 59 anos, dos 60 aos 69 anos, dos 70 aos 79 anos, mais de 80 anos.

–As mortes não devem ser informadas somente a partir das unidades de saúde, mas devem incluir os relatórios de líderes locais e religiosos, de trabalhadores da comunidade, de grupos de mulheres e de hospitais de encaminhamento.

–Sempre que possível, as definições de casos devem ser colocadas no verso deste formulário.

2.2 Formulário de monitorização da mortalidade (registos Individuais) *

Local:

Data a partir de segunda-feira: Até domingo:

População total no começo desta semana:

Nascimentos nesta semana: Mortes nesta semana:

Chegadas nesta semana (se aplicável): Partidas nesta semana:

População total no fim da semana: População total menor de 5 anos:

[illegible]

**Este formulário é utilizado quando há tempo suficiente para registrar os dados sobre mortes individuais. Permite efetuar análises por idade, localização e taxas de utilização das unidades de saúde.*

–A frequência dos relatórios (isto é, diária ou semanal) depende do número de mortes.

–Outras causas de morte podem ser adicionadas conforme a situação.

–As mortes não devem ser informadas unicamente a partir das unidades de saúde locais, mas devem incluir relatórios de líderes locais e religiosos, de trabalhadores da comunidade, de grupos de mulheres e de hospitais de encaminhamento.

– Sempre que possível, devem-se colocar as definições de casos no verso deste formulário.

– A idade pode ser ainda mais desagregada quando viável, por exemplo dos 0 aos 11 meses, de 1 aos 4 anos, dos 5 aos 14 anos, dos 15 aos 49 anos, dos 50 aos 59 anos, > 60 anos.



2.3 Modelo de formulário de notificação de alerta precoce e resposta rápida (EWAR)

Este formulário é utilizado na fase aguda da crise, quando há alto risco de eventos de saúde pública como trauma, intoxicação, ou surtos de doenças propensas a epidemias.

Data a partir de segunda-feira: Até domingo:

Cidade/povoação/assentamento/campo:

Distrito: Concelho:

Freguesia: Nome do local:

▪ Doente internado ▪ Doente de ambulatório ▪ Centro de Saúde ▪ Clínicas Móveis

Agência(s) de apoio:

O declarante e número de contacto:

População total: Total da população menor de 5 anos:

A. DADOS SEMANAIS AGREGADOS

Novos casos de:	Morbidade		Mortalidade		Total
	< 5 anos	5 anos ou mais	< 5 anos	5 anos ou mais	
TOTAL DE ADMISSÕES					
TOTAL DE MORTES					
Infeção respiratória aguda					
Diarreia líquida aguda					
Diarreia sanguinolenta aguda					
Malária – suspeita/confirmada					
Sarampo					
Meningite – suspeita					
Síndrome da febre hemorrágica aguda					
Síndrome de icterícia aguda					
Paralisia flácida aguda (PFA)					
Tétano					
Outra febre >38,5° C					
Trauma					
Intoxicação química					
Outros					
Total					

–É possível mais de um diagnóstico; o mais importante deve ser registado. Cada caso deve ser contabilizado uma única vez.

–Inclua apenas aqueles casos que foram vistos (ou mortes que ocorreram) durante a semana de monitorização.

–Escreva “0” (zero) se não houve caso ou morte durante a semana por alguma das síndromes listadas no formulário.

–As mortes devem ser relatadas somente na secção de mortalidade, NÃO na secção de morbilidade.

–As definições de casos para cada afeção sob monitorização devem ser escritas no verso deste formulário.

–As causas de morbilidade podem ser adicionadas ou subtraídas segundo a epidemiologia e a análise de risco da doença.

–O propósito da monitorização de alerta precoce e resposta rápida (EWAR) é a deteção precoce dos eventos de saúde pública que precisam de resposta imediata.

–Na recolha de dados sobre afeções como a desnutrição, a pesquisa (prevalência) deve ser preponderante sobre a monitorização (incidência).

B. ALERTA DE SURTO

A qualquer hora em que você suspeite de alguma das seguintes doenças, por favor, envie um SMS ou telefone para ou envie um e-mail para com o máximo de informação sobre o momento, o local e o número de casos e de mortes: cólera, shigeloze, sarampo, poliomielite, febre tifoide, tétano, hepatite A ou E, dengue, meningite, difteria, tosse convulsa, febre hemorrágica, trauma e intoxicação por substâncias químicas. Essa lista de doenças varia consoante a epidemiologia de doenças do país.

2.4 Modelo de formulário para notificação de monitorização de rotina do sistema de informação de gestão da saúde

Local:
 Data a partir de segunda-feira: Até domingo:
 População total no começo desta semana/mês:
 Nascimentos nesta semana/mês: Mortes nesta semana/mês:
 Chegadas nesta semana/mês (se aplicável):
 Partidas nesta semana/mês:
 População total no fim da semana/mês:
 População total menor de 5 anos:

Morbidade	< 5 anos (novos casos)		5 anos ou mais (novos casos)		Total		Casos repetidos	
Diagnóstico	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Novos casos	Total
Infeção respiratória aguda								
Diarreia líquida aguda								
Diarreia sanguinolenta aguda								
Malária – suspeita/ confirmada								
Sarampo								
Meningite – suspeita								
Síndrome da febre hemorrágica aguda								
Síndrome de icterícia aguda								
Paralisia flácida aguda (PFA)								
Tétano								
Outra febre >38,5° C								
VIH/SIDA								
Doenças dos olhos								
Doenças da pele								
Desnutrição aguda								
Infeção sexualmente transmitida								
Doença de úlcera genital								
Corrimento uretral masculino								
Corrimento vaginal								
Doença inflamatória pélvica (DIP)								
Conjuntivite neonatal								



Morbidade	< 5 anos (novos casos)		5 anos ou mais (novos casos)		Total		Casos repetidos	
Diagnóstico	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Novos casos	Total
Sífilis congênita								
Doenças não transmissíveis								
Hipertensão								
Cardiopatia isquêmica								
Diabetes								
Asma								
Doença obstrutiva pulmonar crônica								
Epilepsia								
Outra doença crônica não transmissível								
Doença mental								
Transtorno pelo uso de álcool ou outra substância								
Deficiência intelectual e transtornos do desenvolvimento								
Distúrbio psicótico (inclusive transtorno bipolar)								
Demência e delírio								
Distúrbio/ depressão emocional moderada-grave								
Queixa somática medi- camente inexplicada								
Automutilação, inclusive tentativa de suicídio								
Outra queixa psicológica								
Lesões								
Lesão grave na cabeça/coluna								
Lesão grave no tronco								
Lesão grave em extremidade								
Lesão moderada								
Lesão leve								
Total								

A idade pode ser mais desagregada quando viável, por exemplo dos 0 aos 11 meses, de 1 aos 4 anos, dos 5 aos 14 anos, dos 15 aos 49 anos, dos 50 aos 59 anos, > 60 anos.

Apêndice 3

Fórmulas para calcular indicadores essenciais de saúde

Taxa bruta de mortalidade (TBM)

Definição: a taxa de mortes na população total incluindo mulheres e homens de todas as idades.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de mortes durante o período}}{\text{População em risco na metade do período} \times \text{Número de dias no período}} \times 10.000 \text{ pessoas} = \frac{\text{mortes}}{10.000 \text{ pessoas}} \text{ /dia}$$

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos

Definição: a taxa de mortes entre crianças menores de 5 anos da população.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de mortes de crianças <5 anos durante o período}}{\text{Número total de crianças <5 anos} \times \text{Número de dias no período}} \times \frac{10.000}{\text{pessoas}} = \frac{\text{Mortes}}{10.000 \text{ crianças menores de 5 anos}} \text{ /dia}$$

Taxa de incidência

Definição: o número de novos casos de uma doença que ocorrem durante um período específico numa população em risco de desenvolver a doença.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de novos casos devido a uma doença específica no período}}{\text{População em risco de desenvolver a doença} \times \text{Número de meses do período}} \times 1.000 \text{ pessoas} = \frac{\text{Novos casos devido à doença específica}}{1.000 \text{ pessoas}} \text{ /mês}$$



Taxa de letalidade (TL)

Definição: o número de pessoas que morrem da doença dividido pelo número de pessoas que têm a doença.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pessoas que morrem da doença durante o período}}{\text{Pessoas que têm a doença durante o período}} \times 100 = \%$$

Taxa de utilização das unidades de saúde

Definição: o número de visitas em ambulatório por pessoa por ano. Sempre que possível, faça uma distinção entre visitas novas e antigas. As visitas novas devem ser utilizadas para calcular esta taxa. Contudo, muitas vezes é difícil diferenciar entre visitas novas e antigas, portanto, são frequentemente combinadas como visitas totais durante a crise.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de visitas numa semana}}{\text{População total}} \times 52 \text{ semanas} = \text{Visitas / pessoa / ano}$$

Número de consultas por médico por dia

Definição: número médio de consultas totais (casos novos e repetidos) atendidas por médico, por dia.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de consultas numa semana}}{\text{Número de clínicos ETI* na unidade de saúde}} \div \text{Número de dias em que o serviço de saúde abre por semana}$$

**ETI (equivalente a tempo integral) refere-se ao número equivalente de médicos que trabalham em unidades de saúde. Por exemplo, se houver seis médicos a trabalhar em ambulatório, mas dois deles trabalham meio período, então o número de médicos ETI = 4 médicos tempo integral + 2 médicos meio período = 5 médicos ETI.*

Apêndice 4

Intoxicação

Uma intoxicação pode ocorrer quando alguém fica exposto a produtos químicos tóxicos através da boca, do nariz, da pele, dos olhos ou dos ouvidos, ou através de ingestão. As crianças correm maior risco, porque elas respiram mais rapidamente, têm uma área de superfície maior em relação à massa corporal, têm pele mais permeável e estão mais próximas do chão. As exposições tóxicas podem afetar o desenvolvimento de uma criança, inclusive causando atraso no crescimento e nutrição deficiente, e podem levar a doença ou morte.

Gestão inicial

Quando o doente se apresenta na unidade de saúde, e sabe-se que foi exposto ou tem sinais e sintomas de exposição a produtos químicos:

- Tome precauções em relação aos profissionais de saúde, incluindo equipamentos de proteção individual apropriados (EPI);
- Faça a triagem dos doentes;
- Realize intervenções de salvamento;
- Descontamine (por exemplo, remova as roupas do doente ou lave as áreas atingidas com água com sabão), preferencialmente fora da unidade de saúde para evitar outras exposições, e depois
- Siga os protocolos complementares de tratamento, inclusive os tratamentos de apoio.

Protocolos de tratamento

Os protocolos de tratamento podem variar de país para país. Em geral, é preciso fornecer um antídoto e tratamento de apoio (para a respiração, por exemplo).

A tabela a seguir mostra os sintomas de uma exposição química e os antídotos habitualmente administrados.



Sintomas de exposição a substâncias tóxicas e possível tratamento

Classe do produto químico tóxico	Características comuns da exposição	Antídotos (as diretrizes de cada país variam)
Agentes nervosos como sarin, tabun ou VX	Pupilas contraídas; visão turva; dor de cabeça; secreções abundantes; peito apertado e dificuldade ao respirar; náusea; vômito; diarreia; espasmos musculares; convulsões; perda da consciência.	Atropina Oximas (pralidoxima, obidoxima) Benzodiazepínicos (para convulsões)
Agentes vesicantes, como o gás mostarda	Lacrimejamento; irritação dos olhos; conjuntivite; danos na córnea; vermelhidão e bolhas na pele com dor; dificuldade respiratória.	Tratamento de apoio +/- tiosulfato de sódio Por exemplo, irrigação ocular, antibiótico tópico, lavagem da pele, broncodilatadores, Use tiosulfato de sódio em casos graves
Cianeto	Respiração ofegante; asfixia; convulsões; confusão; náusea.	Nitrito de amilo (primeiros socorros) tiosulfato de sódio e nitrito de sódio ou com 4-dimetilaminopiridina ou hidroxibalaminina ou edetato dicobáltico
Agentes incapacitantes como o BZ	Boca e pele secas; taquicardia; consciência alterada; delírios; alucinações; hipertermia; descoordenação; pupilas dilatadas	Fisostigmina
Gás lacrimogêneo e agentes de dispersão de tumultos	Picadas e queimadura das membranas mucosas; lacrimejamento; salivação; coriza; peito apertado; dor de cabeça; náusea	Essencialmente tratamento de apoio
Cloro	Vermelhidão ocular e lacrimejamento; irritação no nariz e na garganta; tosse; asfixia ou sensação de asfixia; falta de ar; sibilos; rouquidão; edema pulmonar.	N acetilcisteína (NAC)
Tálio (veneno para rato)	Dor abdominal; náusea; vômito; diarreia; prisão de ventre; convulsões; delírio; depressão; perda de cabelo do couro cabeludo e de pelos do corpo; neuropatia periférica dolorosa; fraqueza motora distal; ataxia; défices neurológicos e cognitivos.	Azul da Prússia
Chumbo	Anorexia; vômito; prisão de ventre; dor abdominal; palidez; falta de atenção; fraqueza; paralisia periférica.	Quelação
Organofosfatos (inclui alguns inseticidas e gás nervoso)	Salivação; lacrimejamento; micção; defecação; câibra gástrica; vômito.	Atropina Oximas (pralidoxima, obidoxima)

Modificado do texto da Organização Mundial de Saúde, Environmental Health in Emergencies guidance.

Referências e leitura complementar

Direitos humanos e saúde

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008.

<http://www.ohchr.org>

Coordenação civil-militar

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. <https://www.unocha.org>

Proteção e Direito Internacional Humanitário

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015. <https://www.icrc.org>

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net/>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. <http://www.mrmtools.org>

Coordenação

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. <http://www.who.int>

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Saúde em emergências

Blanchet, K et al *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>



Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010. <http://www.thelancet.com>

Diretrizes clínicas

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

Sistemas de saúde

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com>

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016. <https://wwwnc.cdc.gov>

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. <http://www.who.int>

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. <http://www.euro.who.int>

Segurança

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. <https://www.who.int/>

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. <https://www.who.int/>

Controlo e prevenção de infeções

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009.

Gestão de Cadáveres após Desastres: Manual para as Equipes de Primeira Resposta no Terreno. OPAS, OMS, CICV, FICV, 2009. <https://www.icrc.org>

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. <https://www.cdc.gov/>

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. <http://apps.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Profissionais de saúde

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. <http://www.who.int>

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. <http://www.who.int>

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. <http://www.ilo.org>

Trabalhando juntos pela saúde. Relatório Mundial de Saúde 2006. OMS 2006. <http://www.who.int>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Medicamentos

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org>

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. <https://www.who.int>

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2017. <https://www.who.int/>

Model Formulary for children. WHO, 2010. <https://apps.who.int>

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. <https://apps.who.int>

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. <https://www.who.int/>

Revised Cholera Kits. WHO, 2020. <https://www.who.int/>

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017. <https://www.who.int/>

Equipamentos médicos, inclusivamente dispositivos auxiliares

Core Medical Equipment. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO <https://www.who.int/>

Diretrizes para o fornecimento de Cadeiras de Rodas Manuais em ambientes com menos recursos. OMS, 2014. <https://apps.who.int>

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. <https://www.who.int>



Lista de produtos assistivos prioritários. A Iniciativa GATE, OMS e USAID, International Disability Alliance, 2016. <https://apps.who.int>

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Medicamentos controlados

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Componentes sanguíneos

Blood safety and availability. WHO, 2020. <http://www.who.int>

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. <https://www.who.int/>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. <https://www.who.int/>

Financiamento da saúde

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. <http://apps.who.int>

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

Informações de saúde

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. <http://www.who.int>

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2010. <https://interagencystandingcommittee.org>

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Avaliações das necessidades da saúde e priorização dos serviços de saúde

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2015. <http://apps.who.int>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

Prevenção de doenças transmissíveis

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Doenças transmissíveis (específicas)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. <https://medicalguidelines.msf.org/>

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. <http://apps.who.int>

Deteção de surtos e resposta rápida

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. <http://apps.who.int>



Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Prontidão e resposta a surtos

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005.

<http://www.who.int>

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Saúde da criança e dos recém-nascidos

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2017. <https://www.unicef.org/>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. <https://www.childhealthtaskforce.org/>

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>

Saúde sexual e reprodutiva

Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde, OMS, 2013.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/pt/>

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. <https://www.unfpa.org/>

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. <https://cms.emergency.unhcr.org/>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IWAG, 2011. <https://www.unfpa.org/>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2019. <http://iawg.net>

Roda dos Critérios de Elegibilidade Médica da OMS para o uso contraceptivo, OMS, 2009. <https://apps.who.int>

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Violência sexual e gestão clínica da violação

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. <https://www.unicef.org>

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. <https://reliefweb.int/>

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. <http://apps.who.int>

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. <https://gbvguidelines.org/>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. <http://www.who.int>

VIH

Consolidated Guidelines on the Use of ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. <http://www.unaids.org>

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org>

Guidelines for the management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. <http://www.who.int>

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. <https://www.childrenandaids.org/>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Cuidados de lesões e traumas

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 to 2019. <https://eccguidelines.heart.org>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. <https://www.wfsahq.org/>

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net>



Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset. WHO, 2013. <https://www.who.int/>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. <http://ifrc-ecbhfa.org>

Emergency medical teams: Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. <http://docplayer.net/>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. <http://www.who.int>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. <https://cprguidelines.eu>

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. <http://www.who.int>

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

Saúde Mental

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org/>

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Facilitar a autoajuda e o apoio social na comunidade (ação 5.2) Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org/>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP) - Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. OPAS, 2020. <https://iris.paho.org/>

Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. OMS, War Trauma Foundation e World Vision International, 2015. <https://www.paho.org/>

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. <http://www.who.int>

Doenças não transmissíveis

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. <http://www.who.int>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016. <http://www.thelancet.com>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Cuidados paliativos

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org/>

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. <https://interagencystandingcommittee.org>



Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua.* Global public health, NCBI, 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer.* The Lancet, 2017. <http://www.thelancet.com>

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings.* War Trauma Foundation, 2013.

<https://www.interventionjournal.com>

Intoxicação

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Leitura Complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor acesse www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Leitura complementar

Coordenação civil-militar

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2018.

<https://www.unocha.org/sites/unocha/files/%5BE-Version%5D%20UNCMCoord%20Field%20Handbook%202.0%20%282018%29.pdf>

Coordenação

Global Health Cluster. <http://www.who.int/health-cluster/en/>

Sistemas de saúde

Approach to Health Systems Strengthening. UNICEF, 2016.

<https://www.unicef.org/media/60296/file>

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning. Action Contre Le Faim, 2017.

<https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning>

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, 2010.

<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states*. NCBI, Disasters, 2011.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook. WHO, 2017.

<http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

van Olmen, J et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas*. BMC Public Health, 2012.

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774>

Segurança

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016.

http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016.

http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Medicamentos

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004.

<http://digicollection.org/hss/en/d/Js7919e/>



Equipamentos médicos, inclusivamente dispositivos auxiliares

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Medicamentos controlados

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996.

www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Financiamento da saúde

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review.* International Initiative for Impact Evaluation, 2016.

<https://www.3ieimpact.org/evidence-hub/publications/systematic-reviews/cash-based-approaches-humanitarian-emergencies>

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda.* Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Informações de saúde

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action.* The Lancet, 2017.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30702-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract)

Creating a master health facility list. WHO, 2013.

http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies.* WHO Bulletin, 2005.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>

Avaliações das necessidades da saúde e priorização dos serviços de saúde

Checchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61.* Humanitarian Practice Network, December 2007.

<https://odihpn.org/wp-content/uploads/2008/05/networkpaper061.pdf>

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014. <http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/>

Waldman, R.J. *Prioritising health care in complex emergencies.* The Lancet, 2001. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login)

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016.

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Prevenção de doenças transmissíveis

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017.
http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Deteção de surto e resposta rápida

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013. . <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>

Vigilância e Resposta Integrada às Doenças na Região Africana - Vigilância de Base Comunitária (VBC) – Manual de Formação. OMS, 2015.

https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/vigilância-de-base-comunitária_vrid_manual-de-formação.pdf

Prontidão e resposta a surtos

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. WHO, 2014. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/>

Saúde da criança e dos recém-nascidos

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112>

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought.* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.

https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. WHO, 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Cuidados de lesões e traumas

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017.

<http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/>

EMT initiative. WHO, 2017. <https://extranet.who.int/emt/>

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016.

<http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™.* The American Surgeon, NCBI, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860>



Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism*. Critical Care Medicine, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262>

Providing Care for an Influx of Wounded. MSF, 2008. https://bibop.ocg.msf.org/docs/20/LO20EMEM04E-P_ProvindingCareInfluxWounded.pdf

Saúde mental

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018. <https://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration-Toolkit>

Doenças não transmissíveis

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013. WHO, 2009. <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action*. PLOS Currents Disasters, 2013. <http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/>

Global Status Report on Non-communicable diseases. WHO, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

Cuidados paliativos

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/faith-sensitive_humanitarian_response_2018.pdf

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. <http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/>

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control*. The Lancet, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>

Intoxicação

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013.

<https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium>

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Center for Disease control and prevention, 2013.

<https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp>

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010.

<https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf>

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. WHO, 2009.

http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html





Anexos

Sumário

Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera 392

Anexo 2: Código de Conduta no Socorro em caso de Desastre, para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Organizações Não Governamentais (ONG) 403

Anexo 3: Abreviaturas e Siglas 411

Anexo 1

Fundamentos Jurídicos da Esfera

A Carta Humanitária expressa as crenças partilhadas e os princípios comuns relativos à ação humanitária e às responsabilidades em situações de desastre ou conflito, e assinala que essas crenças e princípios se refletem na legislação internacional. A lista anotada dos principais documentos, apresentada a seguir, inclui os instrumentos legais internacionais mais relevantes que dizem respeito às leis internacionais de direitos humanos, ao Direito Internacional Humanitário (DIH), ao direito dos refugiados e à ação humanitária. Não pretende representar a legislação regional, nem o seu desenvolvimento. No endereço eletrónico da Esfera, www.spherestandards.org, há recursos adicionais e referências a outras diretrizes, princípios, normas e modelos de trabalho que contribuem para a sua aplicação. São feitas anotações somente para os documentos que requerem explicação, que são novas adições, ou que contêm secções específicas relativas a desastres ou conflitos.

O Manual Esfera reflete questões específicas que são parte de um quadro jurídico internacional. De maneira geral, incluem o direito à segurança e à dignidade pessoais, à não discriminação, o direito à água e ao saneamento, ao alojamento, à segurança alimentar e nutrição e aos cuidados de saúde. Ainda que alguns desses direitos sejam enunciados em acordos internacionais específicos, estão todos incluídos em algum dos instrumentos gerais de direitos humanos, sejam sobre direitos civis e políticos, sejam sobre direitos económicos, sociais e culturais.

Este anexo inclui os documentos organizados tematicamente em cinco categorias:

1. **Direitos humanos, proteção e vulnerabilidade**
2. **Conflitos armados e assistência humanitária**
3. **Refugiados e pessoas deslocadas internamente**
4. **Catástrofes e ajuda humanitária**
5. **Marcos de políticas, diretrizes e princípios humanitários relativos aos direitos humanos, proteção e vulnerabilidade na preparação e na resposta a situações de emergência**

Para identificar o tipo de cada documento, estes foram classificados como:

a) Tratados e direito consuetudinário ou b) Diretrizes e princípios aprovados oficialmente pela ONU e por outros organismos intergovernamentais.

1. Instrumentos internacionais relativos aos direitos humanos, proteção e vulnerabilidade

Os documentos a seguir referem-se principalmente aos direitos humanos reconhecidos nos tratados e nas declarações universais. Incluem-se também vários documentos essenciais relacionados a idade (crianças e idosos), gênero e deficiência, pois estas são algumas das causas mais comuns de vulnerabilidade em catástrofes ou conflitos.

1.1 Tratados e direito consuetudinário sobre direitos humanos, proteção e vulnerabilidade

A lei dos tratados relativos a direitos humanos aplica-se aos Estados que são partes do tratado em questão, mas o direito consuetudinário (por exemplo, a proibição da tortura) aplica-se a todos os Estados. A lei dos direitos humanos aplica-se sempre, com duas possíveis exceções:

- Parte dos direitos civis e políticos podem ser suspensos durante emergências nacionais declaradas, em conformidade com o Artigo 4º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (“derrogação”).
- Durante conflitos armados reconhecidos, o Direito Internacional Humanitário tem primazia se houver alguma incompatibilidade com a lei dos direitos humanos.

1.1.1 Direitos humanos universais

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) – 1948, adotada pela Resolução 217 A(III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1948. <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

Comentário: Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu, pela primeira vez, os direitos humanos fundamentais a serem universalmente protegidos. Não é um tratado, mas é consenso geral que se tornou parte do Direito Internacional Consuetudinário. A primeira frase do preâmbulo introduz o conceito de “dignidade inerente” aos seres humanos como uma base fundamental para os direitos humanos, e o Artigo 1º declara: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.”

Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) – 1966, adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1966, com entrada em vigor no dia 23 de março de 1976, ONU, Série de Tratados, vol. 999, p. 171 e vol. 1057, p. 407. <https://www.ministeriopublico.pt>

Segundo Protocolo Opcional ao PIDCP – 1989 (que visa à abolição da pena de morte), adotado pela Resolução 44/128, de 15 de dezembro de 1989, da Assembleia Geral das Nações Unidas, com entrada em vigor no dia 11 de julho de 1991, ONU, Série de Tratados, vol. 1642, p. 414. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: os Estados Partes do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos devem respeitar e garantir os direitos a todos os indivíduos que estejam nos seus territórios ou sob a sua jurisdição, reconhecendo, ao mesmo tempo, o direito dos “povos” à livre determinação e direitos iguais de homens e mulheres. Alguns direitos (marcados com asterisco*) nunca podem ser suspensos, mesmo na mais grave situação de emergência nacional.

Direitos do PIDCP: direito à vida*; a não ser submetido à tortura nem a pena ou a tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes*; a não ser submetido à escravidão*; a não ser objeto de prisão ou detenção arbitrária; a não ser aprisionado pela única razão de que não está em situação de executar uma obrigação contratual*; a tratamento humano e digno durante a detenção; tem o direito de circular livremente e de aí escolher livremente a sua residência; à expulsão de estrangeiros somente mediante uma decisão tomada em conformidade com a lei; à igualdade perante a lei, ao julgamento imparcial e à presunção de inocência nos processos penais; a não retroatividade das infrações criminais*; ao igual reconhecimento perante a lei*; à vida privada; à liberdade de pensamento, de consciência e de religião*; à liberdade de opinião, de expressão e ao direito de reunião pacífica; à liberdade de associação; ao casamento e à vida familiar; à proteção das crianças; direito ao voto e à participação em questões públicas; ao direito das minorias de cultivar a sua própria cultura, religião e idioma*.

Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) – 1966, adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 dezembro de 1966, com entrada em vigor no dia 3 de janeiro de 1976, ONU, Série de Tratados, vol. 993, p. 3. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: os Estados Partes concordam em comprometer o máximo dos seus recursos disponíveis para “implementar progressivamente” os direitos do pacto, para que homens e mulheres usufruam dos mesmos em igualdade de condições.

Direitos do PIDESC: ao trabalho; à justa remuneração; à sindicalização; à segurança social incluindo ao seguro social; à vida em família, incluída a proteção das mães após o parto e a proteção das crianças contra a exploração; a um padrão de vida adequado, incluindo alimentação, vestuário e habitação; à saúde física e mental; à educação; à participação na vida cultural e a usufruir dos benefícios do progresso científico e cultural.

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial – 1969, adotada pela Resolução 2106 (XX) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 21 de dezembro de 1965, com entrada em vigor no dia 4 de janeiro de 1969, ONU, Série de Tratados, vol. 660, p. 195. <https://www.ministeriopublico.pt>

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – 1979, adotada pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de dezembro de 1979, com entrada em vigor no dia 3 de setembro de 1981, ONU, Série de Tratados, vol. 1249, p. 13. <https://www.ministeriopublico.pt>

Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) – 1989, adotada pela Resolução 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de novembro de 1989, com entrada em vigor no dia 2 de setembro de 1990, ONU, Série de Tratados, vol. 1577, p. 3. <http://unicef.pt>

Protocolo Facultativo à CDC relativo ao Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados – 2000, adotado pela Resolução A/RES/54/263 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 25 de maio de 2000, com entrada em vigor no dia 12 de fevereiro de 2002, ONU, Série de Tratados, vol. 2173, p. 222. <https://gddc.ministeriopublico.pt>

Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Referente à Venda de Crianças, à Prostituição Infantil e à Pornografia Infantil – 2000, adotado pela Resolução A/RES/54/263 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 25 de maio de 2000, com entrada em vigor no dia 18 de janeiro de 2002, ONU, Série de Tratados, vol. 2171, p. 227. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: a Convenção sobre os Direitos da Criança possui adesão quase universal dos Estados. Reafirma os direitos humanos básicos das crianças e identifica quando elas necessitam de proteção especial (por exemplo, quando separadas das suas famílias). Os protocolos exigem dos Estados Partes desta Convenção uma ação positiva em questões específicas de proteção à infância.

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) – 2006, adotada pela Resolução A/RES/61/106 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 13 de dezembro de 2006, com entrada em vigor no dia 3 de maio de 2008, ONU, Coleção de Tratados, Capítulo IV, 15. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: a CDPD apoia os direitos das pessoas com deficiência assegurados por outros tratados de direitos humanos, e trata especificamente da sensibilização em relação às pessoas com deficiência, à não discriminação e à acessibilidade a serviços e instalações. Há também uma menção especial às “situações de risco e emergências humanitárias” (Artigo 11).

1.1.2 Genocídio, tortura e outros abusos criminosos de direitos

Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio – 1948, adotada pela Resolução 260 (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 9 de dezembro de 1948, com entrada em vigor no dia 12 de janeiro de 1951, ONU, Série de Tratados, vol. 78, p. 277. <https://www.ministeriopublico.pt>

Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes – 1984, adotada pela Resolução 39/46 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1984, com entrada em vigor no dia 26 de junho de 1987, ONU, Série de Tratados, vol. 1465, p. 85. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: esta convenção tem um número muito elevado de Estados Partes. Atualmente, a proibição da tortura também é reconhecida como parte do Direito Internacional Consuetudinário. Nenhum tipo de emergência pública ou guerra pode ser invocado para justificar a tortura. Os Estados não

deportarão ninguém para um território onde a pessoa possua motivos razoáveis para acreditar que estaria sob risco de tortura.

Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional – 1998, adotado pela Conferência Diplomática em Roma, de 17 de julho de 1998, com entrada em vigor no dia 1º de julho de 2002, ONU, Série de Tratados, vol. 2187, p. 3. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: o artigo 9º do Estatuto (Elementos de Crimes), adotado pelo Tribunal Penal Internacional em 2002, descreve em detalhes crimes de guerra, crimes contra a humanidade e genocídio, codificando assim grande parte do Direito Internacional Penal Consuetudinário. O Tribunal Penal Internacional pode investigar e executar processos encaminhados pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas (mesmo se o Estado da pessoa acusada não fizer parte do acordo), bem como crimes alegadamente cometidos por cidadãos dos Estados Partes do acordo, ou nos seus territórios.

1.2 Princípios e diretrizes formalmente adotados pela ONU e por outros organismos intergovernamentais sobre direitos humanos, proteção e vulnerabilidade

Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (Madrid) – 2002, Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, Madrid, 2002, endossado pela Resolução 37/51 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 3 de dezembro de 1982. <http://www.seg-social.pt>

Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas – 1991, Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991. <http://gddc.ministeriopublico.pt>

2. Instrumentos internacionais sobre conflitos armados, Direito Internacional Humanitário e ajuda humanitária

2.1 Tratados e Direito Consuetudinário sobre conflito armado, Direito Internacional Humanitário e ajuda humanitária

O Direito Internacional Humanitário (DIH) especifica os limites a partir dos quais os conflitos violentos tornam-se “conflitos armados” aplicando-se, assim, este regime jurídico especial. O Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICV) é o depositário oficial dos tratados do Direito Internacional Humanitário e fornece informação abrangente e recursos no seu *site*, inclusive o comentário oficial sobre as Convenções de Genebra e os seus Protocolos, e as regras do Estudo do Direito Internacional Humanitário Consuetudinário. <http://www.icrc.org>

2.1.1 *Tratados fundamentais do Direito Internacional Humanitário*

As Quatro Convenções de Genebra de 1949

Protocolo I Adicional às Convenções de Genebra, de 12 de agosto de 1949, relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados Internacionais – 1977

<https://www.ministeriopublico.pt>

Protocolo II Adicional às Convenções de Genebra, de 12 de agosto de 1949, relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados Não Internacionais – 1977

<https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: as quatro Convenções de Genebra — das quais todos os Estados são partes e que também são geralmente aceites como parte do direito consuetudinário — referem-se à proteção e ao tratamento de feridos e doentes em guerras terrestres (I) e no mar (II), ao tratamento de prisioneiros de guerra (III) e à proteção de civis durante conflitos armados (IV). As Convenções aplicam-se primariamente a conflitos armados internacionais, exceto pelo Artigo 3º comum às Convenções, que diz respeito a conflitos não internacionais e a alguns outros elementos já aceites como direitos consuetudinários em conflitos não internacionais. Os dois protocolos de 1977 atualizaram as Convenções naquele momento, especialmente as definições de combatentes e a codificação dos conflitos não internacionais. Alguns Estados não aderiram aos protocolos.

2.1.2 *Tratados sobre armas restritas, minas terrestres e bens culturais*

Além do “Direito de Genebra” indicado acima, há também o conjunto de leis chamado “Direito de Haia” sobre conflitos armados. Este abrange a convenção sobre proteção dos bens culturais e várias convenções sobre os tipos de armas que são restritas ou proibidas, incluindo gases e outras armas químicas e biológicas, armas convencionais

que são indiscriminadas ou causam sofrimento desnecessário, bem como minas terrestres antipessoais e bombas de fragmentação. www.icrc.org

2.1.3 Direito Internacional Humanitário Consuetudinário

O Direito Internacional Humanitário Consuetudinário refere-se ao direito relativo aos conflitos armados que é aceite pelos Estados — por intermédio das suas declarações, políticas e práticas — como representativo das regras consuetudinárias que se aplicam a todos os Estados, independentemente da sua adesão aos tratados do Direito Internacional Humanitário. Não há uma lista consensual de regras consuetudinárias, mas a interpretação mais autorizada é o estudo apresentado a seguir.

Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study, ICRC, Henckaerts, J-M. and Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge and New York, 2005. www.icrc.org

Comentário: o estudo CIHL abrange quase todo o âmbito do Direito do Conflito Armado. Nomeia 161 regras específicas e informa se cada uma tem aplicação aos conflitos armados internacionais e/ou aos conflitos armados não internacionais. Embora alguns analistas jurídicos critiquem a sua metodologia, o estudo CIHL surgiu de um grande processo de consulta e de rigorosa pesquisa ao longo de dez anos, e a sua autoridade como uma coletânea e interpretação de regras consuetudinárias é amplamente reconhecida.

2.2 Princípios e diretrizes formalmente adotados pela ONU e por outros organismos intergovernamentais sobre conflitos armados, Direito Internacional Humanitário e assistência humanitária

UN Security Council “Aide Memoire” on Protection 2002, conforme atualização de 2003 (S/PRST/2003/27). <http://www.undocs.org>

Comentário: esta não é uma resolução vinculativa para os Estados, mas um documento de orientação para o Conselho de Segurança da ONU relativo à manutenção da paz e a situações urgentes de conflito e que resulta de consultas a várias agências da ONU e ao Comité Permanente Interagências (IASC).

Resoluções do Conselho de Segurança da ONU sobre a violência sexual e as mulheres em conflitos armados, especialmente a primeira resolução deste tipo, número 1325 (2000) sobre mulheres, paz e segurança, a qual foi um marco ao abordar a violência contra as mulheres em situações de conflito armado, e subsequentemente a Resolução 1820 (2008), a Resolução 1888 (2009), a Resolução 1889 (2009) e a Resolução 1325 (2012). <http://www.itamaraty.gov.br>

Todas as resoluções do Conselho de Segurança da ONU estão disponíveis, por ano e número, em: www.un.org

3. Instrumentos internacionais sobre refugiados e pessoas deslocadas internamente

3.1 Tratados sobre refugiados e pessoas deslocadas internamente (PDIs)

Além do tratado internacional, esta secção inclui dois tratados da União Africana (anteriormente Organização da Unidade Africana, ou OUA), porque ambos estabeleceram precedentes históricos.

Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados – 1951 (conforme revisão) adotada pela Conferência de Plenipotenciários das Nações Unidas sobre o Status dos Refugiados e Apátridas, Genebra, de 2 a 25 de julho de 1951, com entrada em vigor no dia 22 de abril de 1954, ONU, Série de Tratados, vol. 189, p. 137. <https://www.acnur.org>

Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados – 1967, anotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na Resolução 2198 (XXI) 2, de 16 de dezembro de 1966, ONU, Série de Tratados, vol. 606. P. 267. <https://www.acnur.org>

Comentário: primeiro acordo internacional sobre refugiados; a Convenção define o refugiado como uma pessoa que, “devido a um receio bem fundamentado de ser perseguida em razão de raça, religião, nacionalidade, pertença a um grupo social em particular ou em virtude da sua opinião política, está fora do país da sua nacionalidade e não pode ou, devido a este receio, não está disposta a beneficiar da proteção daquele país ou a ele retornar porque há medo de perseguição...”

Convenção da Organização da Unidade Africana que Rege os Aspectos Específicos dos Problemas dos Refugiados em África – 1969, adotada pela Assembleia dos Chefes de Estado e Governo na sua Sexta Sessão Ordinária, Addis Abeba, de 10 de setembro de 1969. <http://www.fafich.ufmg.br>

Comentário: esta Convenção aceita e amplia a definição da Convenção de 1951 para incluir pessoas que foram forçadas a deixar os seus países não apenas em consequência de perseguição, mas também devido a agressão externa, ocupação, dominação estrangeira ou acontecimentos que perturbam gravemente a ordem pública. Reconhece também grupos não estatais como perpetradores de perseguição e não exige que os refugiados demonstrem uma ligação direta entre si e o perigo futuro.

Convenção da União Africana sobre a Proteção e Assistência às Pessoas Deslocadas Internamente na África (Convenção de Kampala) – 2009, adotada pela Reunião de Cúpula Especial da União Africana, ocorrida em Kampala, com entrada em vigor no dia 6 de dezembro de 2012. <https://www.acnur.org>

Comentário: esta é a primeira convenção multilateral referente a Pessoas Deslocadas Internamente.

3.2 Princípios e diretrizes intergovernamentais formalmente adotados pela ONU e por outros organismos intergovernamentais sobre refugiados e pessoas deslocadas internamente

Princípios Orientadores relativos aos Deslocados Internos – 1998, reconhecidos em setembro de 2005 pelos Chefes de Estado e de Governo reunidos na Reunião de Cúpula Global em Nova Iorque por meio da Resolução 60/L.1 (132, Doc. ONU A/60/L.1) da Assembleia Geral das Nações Unidas, como “um importante marco internacional para a proteção das pessoas deslocadas internamente”. <https://www.acnur.org>

Comentário: estes princípios estão fundamentados no Direito Internacional Humanitário, na legislação relativa aos direitos humanos e nas normas análogas relativas aos refugiados e têm como objetivo servir de padrão internacional para orientar governos, organizações internacionais e todos os outros agentes relevantes no âmbito da prestação de assistência e proteção às pessoas deslocadas internamente.

4. Instrumentos internacionais sobre catástrofes e ajuda humanitária

4.1 Tratados sobre catástrofes e ajuda humanitária

Convenção sobre a Segurança do Pessoal das Nações Unidas e Pessoal Associado – 1994, adotada pela Resolução 49/59, de 9 de dezembro de 1994 da Assembleia Geral das Nações Unidas, com entrada em vigor no dia 15 de janeiro de 1999, ONU, Série de Tratados, vol. 2051, p. 363. <https://gddc.ministeriopublico.pt/>

Optional Protocol to the Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel 2005, adotado pela Resolução A/60/42, de 8 de dezembro de 2005, da Assembleia Geral das Nações Unidas, com entrada em vigor no dia 19 de agosto de 2010, ONU, Série de Tratados, vol. 2689. <https://treaties.un.org>

Comentário: na Convenção, a proteção é limitada à manutenção da paz pela Organização das Nações Unidas a menos que a ONU tenha declarado “risco excepcional”, um requisito inviável. O Protocolo corrige essa falha grave da Convenção e amplia a proteção legal para todas as operações da ONU, desde a ajuda humanitária de emergência até à construção da paz e à prestação de ajuda humanitária, política e de desenvolvimento.

Convenção de Tampere sobre o Fornecimento de Recursos de Telecomunicações para Mitigação de Desastres e para Operações de Socorro – 1998, aprovada pela Conferência Intergovernamental sobre Telecomunicações em Emergências – 1998, com entrada em vigor no dia 8 de janeiro de 2005, Nações Unidas, Série de Tratados, vol. 2296, p. 5. <https://www.camara.leg.br>

Convenção-Quadro das Nações Unidas Sobre Mudança do Clima – 1992, adotada pela Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, 4 a 14 de junho de 1992, rececionada pela Resolução 47/195 de 22 de dezembro de 1992 da Assembleia Geral das Nações Unidas, com entrada em vigor no dia 21 de março de 1994, ONU, Série de Tratados, vol. 1771, p. 107. <http://www.planalto.gov.br>

- **Protocolo de Quioto à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima – 1997**, adotado na terceira sessão da Conferência das Partes (COP-3) à Convenção-Quadro, Quioto, Japão, 1997, com entrada em vigor no dia 16 de fevereiro de 2005, ONU, Série de Tratados, vol. 2303, p. 148. <https://www.ministeriopublico.pt>
- **Acordo de Paris - 2015**, adotado na 21ª sessão da Conferência das Partes à Convenção-Quadro (COP-21), Paris, França, dezembro de 2015, com entrada em vigor em novembro de 2016. <https://www.ministeriopublico.pt>

Comentário: a Convenção-Quadro da Organização das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas, o Protocolo de Quioto e o Acordo de Paris são todos parte de um único conjunto de tratados. Abordam a urgente necessidade de

se implementarem adaptações frente às alterações climáticas e de se estabelecerem estratégias de redução dos seus riscos, bem como de se construir a capacidade e a resiliência local, especialmente em países propensos a desastres naturais. Enfatizam igualmente estratégias de redução de catástrofes e gestão de risco sobretudo com relação a alterações climáticas.

4.2 Princípios e orientações formalmente adotados pela ONU e por outros organismos intergovernamentais sobre catástrofes e ajuda humanitária

Strengthening of the coordination of humanitarian emergency assistance of the United Nations, com Anexo, Princípios Orientadores, Assembleia Geral das Nações Unidas, Resolução 46/182 de 19 de dezembro de 1991. www.unocha.org

Comentário: este documento levou à criação do Departamento de Assuntos Humanitários da ONU, que se tornou o Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) em 1998.

Quadro de Sendai para a Redução do Risco de Desastres (Quadro de Sendai).

<https://www.unisdr.org/>

Comentário: o Quadro de Sendai é o instrumento que sucedeu o Quadro de Ação de Hyogo – 2005 a 2015: Aumentar a Resiliência das Nações e das Comunidades Frente aos Desastres. Foi adotado por declaração na Terceira Conferência Mundial da ONU sobre Redução do Risco de Desastres e endossado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (na Resolução 69/283). O Gabinete das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres (UNISDR) apoia a sua implementação. É um acordo de 15 anos de duração, voluntário e não vinculativo, cujo objetivo é reduzir substancialmente o risco de desastre e de perda de vidas, meios de subsistência e saúde.

Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance, (IDRL Guidelines) – 2007, diretrizes adotadas pela 30ª Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (que inclui Estados Partes das Convenções de Genebra). <http://www.ifrc.org>

5. Marcos de políticas, diretrizes e princípios humanitários relativos a direitos humanos, proteção e vulnerabilidade na preparação e na resposta a situações de emergência.

Existe atualmente uma gama de orientações operacionais generalistas e específicas sobre resposta humanitária em situações de emergência. Como estas ferramentas já não distinguem entre conflito armado, situações de refugiados e resposta a desastres, apresenta-se de seguida um conjunto destas, com os seguintes títulos temáticos: padrões gerais; igualdade de género e proteção contra a violência de género; crianças em situações de emergência; refugiados e pessoas deslocadas internamente.

1. Normas associadas ao Manual Esfera

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpa.org/>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2018. <https://www.calpnetwork.org/>

Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução. Rede Interinstitucional para a Educação em Situação de Emergência (INEE), 2010. <https://inee.org/>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. <https://reliefweb.int>

2. Outros códigos, orientações e manuais por tema

2.1 Proteção geral e padrões de qualidade na resposta humanitária

Código de Conduta no Socorro em Caso de Desastre, para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Organizações Não Governamentais (ONG); ⊕ ver Anexo 2.

Princípios Fundamentais do Movimento da Cruz Vermelha Internacional e do Crescente Vermelho – 1965, adotados pela 20ª Conferência Internacional da Cruz Vermelha. <https://www.icrc.org/pt>

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. Inter-Agency Standing Committee and Brookings–Bern Project on Internal Displacement. 2011. <https://www.brookings.edu>

Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias – 2007. Comité Permanente Interagências das Nações Unidas. <https://interagencystandingcommittee.org>

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action. <https://interagencystandingcommittee.org>

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action – 2016. UN Inter-Agency Standing Committee. <https://interagencystandingcommittee.org/>

Princípios e Boas Práticas do Doador Humanitário – 2003, endossados pela conferência de Estocolmo dos países doadores, agências da ONU, Organizações Não Governamentais e o Movimento da Cruz Vermelha Internacional e do Crescente Vermelho, e assinados pela Comissão Europeia e 16 Estados. <https://www.instituto-camoes.pt>

Professional Standards for Protection Work. 2018. International Committee of the Red Cross (ICRC). <https://www.icrc.org/>

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) – 2009, International Development Law Organization (IDLO). <https://www.sheltercluster.org>

2.2 Igualdade de género e proteção contra a violência de género

GBV Constant Companion. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://sheltercluster.org>

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006, “Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action”. Inter-Agency Standing Committee. <https://interagencystandingcommittee.org/>

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://www.sheltercluster.org>

IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org/

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6. World Bank. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. <https://www.unisdr.org>

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement. UNHCR. 2011. <https://www.refworld.org>

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement. ACNUR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. <http://www.ifrc.org>

2.3 Crianças em emergências

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. <https://reliefweb.int>

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). 2019. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. <https://alliancecpha.org/>

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. <http://www.icrc.org/>

2.4 Refugiados e pessoas deslocadas internamente (PDIs)

O ACNUR (a Agência de Refugiados da ONU) tem um mandato jurídico especial para a proteção de refugiados conforme a Convenção e Protocolo do Refugiado. O ACNUR possui extenso material no seu *site*. <http://www.acnur.org/>; <https://www.unhcr.org>

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons - March 2010. UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org

Anexo 2

Código de Conduta no Socorro em caso de Desastre, para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as Organizações Não Governamentais (ONG)

Preparado em conjunto pela Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha¹

Propósito

Este Código de Conduta procura preservar as nossas normas de comportamento. Não trata de detalhes operacionais, tais como a maneira de calcular as rações alimentares, ou de implantar um acampamento de refugiados. Em vez disso, procura manter os altos padrões de independência, de eficácia e dos resultados, a que aspiram as Organizações Não Governamentais de resposta a desastres e o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. É um código voluntário, cuja aplicação decorre da vontade da organização que o aceita, de manter as normas nele estabelecidas.

Na eventualidade de conflito armado, o presente Código de Conduta será interpretado e aplicado em conformidade com o Direito Internacional Humanitário.

O Código de Conduta propriamente dito está na primeira parte. Os três anexos seguintes descrevem o ambiente de trabalho que nós gostaríamos de ver criado pelos Governos de Acolhimento, pelos Governos Doadores e pelas Organizações Intergovernamentais com o objetivo de facilitar a prestação efetiva de ajuda humanitária.

Definições

ONG: ONG (Organizações Não Governamentais) referem-se a organizações, tanto nacionais quanto internacionais, constituídas separadamente do governo do país onde foram fundadas.

AHNG: para os propósitos deste texto, o termo Agências Humanitárias Não Governamentais foi cunhado para abranger os componentes do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho — o Comitê Internacional

¹ *Patrocinadores: Caritas Internacional, Catholic Relief Services, Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Aliança Internacional de Save the Children, Federação Mundial Luterana, Oxfam e Conselho Mundial das Igrejas (membros do Comitê de Gestão e Assistência Humanitária), assim como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV).*

da Cruz Vermelha, a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as suas Sociedades Nacionais — e as ONG como definidas acima. Este código refere-se especificamente àquelas Agências Humanitárias Não Governamentais envolvidas na resposta a desastres.

OIG: o termo OIG (Organizações Intergovernamentais) refere-se a organizações constituídas por dois ou mais governos. Incluindo, assim, todas as Agências da Organização das Nações Unidas e as organizações regionais.

Desastres: um desastre é um evento catastrófico que resulta em perda de vidas, grande sofrimento humano, angústia e danos materiais em grande escala.

O Código de Conduta

Normas de conduta para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e as organizações não governamentais envolvidas em programas de resposta a catástrofes

1. Em primeiro lugar, o dever humanitário

O direito de receber ajuda humanitária e de oferecê-la, é um princípio humanitário fundamental que deve ser usufruído por todos os cidadãos de todos os países. Como membros da comunidade internacional, reconhecemos a nossa obrigação de prestar ajuda humanitária onde for necessária. Por isso a importância fundamental do livre acesso às populações afetadas para que seja possível cumprir essa responsabilidade. A principal motivação da nossa resposta à catástrofe é aliviar o sofrimento humano entre aqueles menos capazes de suportar o stresse causado pela catástrofe. Quando prestamos ajuda humanitária, este não é um ato partidário ou político e não deve ser visto como tal.

2. A ajuda é prestada independentemente de raça, religião ou nacionalidade dos beneficiários e sem distinções de qualquer outro tipo. As prioridades de ajuda são determinadas apenas em função da necessidade

Sempre que possível, prestaremos socorro com base numa avaliação profunda das necessidades das vítimas da catástrofe e das capacidades locais já ativadas para responder a essas necessidades. Em todos os nossos programas, refletiremos considerações a respeito da proporcionalidade. O sofrimento humano deve ser aliviado sempre que for encontrado; a vida é tão preciosa numa parte de um país quanto noutra. Assim, a nossa prestação de ajuda irá refletir o grau de sofrimento que procura aliviar. Ao implementar essa abordagem, reconhecemos o papel crucial representado pelas mulheres em comunidades propensas a desastres e iremos assegurar que este papel seja apoiado, e não menosprezado, por meio dos nossos programas de ajuda. A implementação de tal política universal, imparcial e independente, só pode ser eficaz se nós e os nossos parceiros tivermos acesso aos recursos necessários para proporcionar esse alívio equitativo, e se tivermos acesso igual a todas as vítimas de desastres.

3. A ajuda não será utilizada para favorecer uma determinada posição política ou religiosa

A ajuda humanitária será dada de acordo com a necessidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Não obstante o direito das Agências Humanitárias Não Governamentais de abraçar opiniões políticas ou religiosas específicas, afirmamos que a assistência não dependerá da concordância dos seus beneficiários com essas opiniões. Não vamos vincular a promessa, da entrega ou da distribuição de assistência à adesão ou à aceitação de uma crença política ou religiosa.

4. Estaremos empenhados em não atuar como instrumentos de política externa governamental

As Agências Humanitárias Não Governamentais são agências que agem independentemente de governos. Por isso, formulamos as nossas próprias políticas e estratégias de implementação e não procuramos implementar a política de qualquer governo, exceto na medida que coincida com a nossa própria política independente. Jamais, conscientemente ou por negligência, nos permitiremos, ou aos nossos empregados, sermos usados para reunir informações de natureza política, militar ou economicamente sensível para governos ou para outros órgãos, que possam servir a propósitos diversos dos estritamente humanitários; sequer vamos agir como instrumentos da política externa dos governos doadores. Usaremos a assistência que recebemos para atender às necessidades e essa assistência não deve ser impulsionada pela necessidade de dispor de excedentes de doações, nem pelo interesse político de qualquer doador em particular. Valorizamos e promovemos a doação voluntária de trabalho e de fundos por indivíduos comprometidos em apoiar o nosso trabalho e reconhecer a independência da ação promovida por esta motivação voluntária. A fim de proteger a nossa independência, procuraremos evitar a dependência de uma única fonte de financiamento.

5. Respeitaremos a cultura e os costumes

Vamos empenhar-nos para respeitar a cultura, as estruturas e os costumes das comunidades e dos países em que estamos a trabalhar.

6. Tentaremos construir as respostas a catástrofes com base nas capacidades locais

Todas as pessoas e as comunidades — mesmo em situação de catástrofe — possuem capacidades, bem como vulnerabilidades. Quando for possível, fortaleceremos essas capacidades dando emprego ao pessoal local, comprando materiais locais e negociando com empresas locais. Quando possível, trabalharemos por intermédio de Agências Humanitárias Não Governamentais como parceiras no planeamento e na implementação, e cooperaremos com as estruturas dos governos locais, se conveniente. Daremos alta prioridade à adequada coordenação das nossas respostas em emergências. A consecução desse objetivo, nos países em questão, é feita de modo mais eficaz pelas pessoas mais diretamente envolvidas nas operações de socorro e deve incluir os representantes dos órgãos competentes da Organização das Nações Unidas.

7. Devem ser encontradas formas de envolver os beneficiários dos programas na gestão do auxílio de emergência

A ajuda em caso de catástrofes jamais deve ser imposta aos beneficiários. O socorro é mais eficaz e a reabilitação mais duradoura quando os beneficiários participam na concepção, na gestão e na implementação do programa de ajuda. Vamos nos esforçar para obter a plena participação da comunidade nos nossos programas de assistência e de reabilitação.

8. O auxílio de emergência deve esforçar-se para reduzir futuras vulnerabilidades a catástrofes bem como para atender a necessidades básicas

Todas as ações de socorro afetam as perspectivas de desenvolvimento a longo prazo de forma positiva ou negativa. Reconhecendo isso, vamos esforçar-nos para implementar programas de ajuda que reduzam ativamente a vulnerabilidade dos beneficiários a futuras catástrofes e contribuam para criar estilos de vida sustentáveis. Daremos especial atenção às questões ambientais na concepção e na gestão dos programas de ajuda. Também procuraremos reduzir o impacto negativo da ajuda humanitária, procurando evitar a dependência de longo prazo do beneficiário em relação a essa ajuda externa.

9. Somos responsáveis tanto por aqueles que assistimos quanto por aqueles de quem aceitamos recursos

Agimos frequentemente como um elo institucional na parceria entre aqueles que desejam ajudar e aqueles que necessitam de socorro durante as catástrofes. Por isso, somos responsáveis perante ambas as partes. Todas as nossas relações com doadores e beneficiários devem refletir uma atitude de sinceridade e de transparência. Reconhecemos a necessidade de fazer relatórios das nossas atividades, tanto do ponto de vista financeiro quanto do ponto de vista da eficácia. Reconhecemos a obrigação de assegurar a adequada monitorização da distribuição de recursos, e de realizar avaliações periódicas do efeito da ajuda em situações de catástrofe. Procuraremos também informar, de maneira aberta, sobre o impacto do nosso trabalho e sobre os fatores que limitam ou potencializam este impacto. Os nossos programas estarão baseados em altos padrões de profissionalismo e de habilidade técnica para reduzir o desperdício de recursos valiosos.

10. Nas nossas atividades de informação, publicidade e propaganda, reconheceremos as vítimas de catástrofes como seres humanos dignos e não como objetos para os quais não há esperança

Nunca se deve perder o respeito pela vítima da catástrofe, que deve ser considerada como um parceiro em igualdade de condições. Na nossa informação pública, vamos retratar uma imagem objetiva da situação de catástrofe, destacando as capacidades e aspirações das vítimas e não apenas as suas vulnerabilidades e os seus medos. Embora cooperemos com a comunicação social a fim de conseguir um maior apoio público, de maneira nenhuma permitiremos que as exigências da publicidade — internas ou externas — prevaleçam sobre o princípio da maximização dos resultados da assistência humanitária. Vamos evitar competir com outras agências de

resposta a catástrofes por cobertura na comunicação social em situações nas quais, tal cobertura possa ocorrer em detrimento do serviço prestado aos beneficiários, ou da sua segurança, ou da segurança dos nossos colaboradores.

O ambiente de trabalho

Tendo sido decidido unilateralmente empenharmo-nos em cumprir o Código acima enunciado, apresentamos em seguida algumas diretrizes que descrevem o ambiente de trabalho que gostaríamos de ver criado pelos governos doadores, pelos governos de acolhimento e pelas organizações intergovernamentais — principalmente as agências da Organização das Nações Unidas — para facilitar a efetiva participação das Agências Humanitárias Não Governamentais na resposta a catástrofes.

Estas diretrizes são apresentadas a título de orientação; não são juridicamente vinculativas, nem esperamos que os governos e as Organizações Não Governamentais manifestem a sua aceitação mediante a assinatura de qualquer documento, embora isto possa ser um objetivo a ser trabalhado no futuro. Apresentamos estas diretrizes imbuídos do espírito de transparência e cooperação, de modo que os nossos parceiros saibam o tipo de relação que desejamos estabelecer.

Anexo I: Recomendações aos governos de países atingidos por catástrofes

1. Os Governos devem reconhecer e respeitar as ações independentes, humanitárias e imparciais das AHNG

As Agências Humanitárias Não Governamentais são organismos independentes. Os governos anfitriões deverão respeitar essa independência e imparcialidade.

2. Os governos de acolhimento devem facilitar o acesso rápido das AHNG às vítimas de catástrofes

Para as Agências Humanitárias Não Governamentais poderem agir de pleno acordo com os seus princípios humanitários, deve-lhes ser concedido acesso rápido e imparcial às vítimas de catástrofes, a fim de prestarem ajuda humanitária. É dever do governo de acolhimento, como parte do exercício da responsabilidade soberana, não impedir essa ajuda e aceitar a ação imparcial e apolítica das Agências Humanitárias Não Governamentais. Os governos de acolhimento devem facilitar a entrada rápida da equipa de ajuda, particularmente ao abrir mão das exigências para o trânsito, para os vistos de entrada e de saída ou providenciando que estes sejam concedidos rapidamente. Os governos devem conceder permissão de sobrevoo e aterragem para aviões que estejam a transportar provisões de emergência e missionários durante toda a fase de ajuda emergencial.

3. Os Governos devem facilitar, em tempo útil, o fluxo dos materiais de assistência e de informações durante o período das catástrofes

Os materiais e equipamentos de socorro são levados a um país com o único propósito de aliviar o sofrimento humano, e não para benefício ou ganho comercial. Esses materiais

devem normalmente receber passagem livre e irrestrita, e não devem estar sujeitos a exigências de certificados consulares de origem ou faturas, a licenças de importação e/ou de exportação e a outras restrições ou à cobrança de imposto de importação, taxas de aeroporto ou portuárias.

A importação temporária de equipamentos de assistência necessários — inclusive veículos, aeronaves leves e equipamentos de telecomunicações — deve ser facilitada pelo governo de acolhimento que os está a receber, por meio de uma dispensa temporária de exigências de licença ou de registo. Da mesma forma, os governos não devem restringir a reexportação do equipamento de socorro ao final da operação de assistência.

Para facilitar a comunicação em catástrofes, os governos de acolhimento são incentivados a designar certas frequências de rádio às organizações de assistência, para serem utilizadas dentro do país e em comunicações internacionais, com o propósito de possibilitar a comunicação na situação de catástrofe. Os governos são igualmente incentivados a dar a conhecer previamente essas frequências à comunidade de resposta. Os governos devem autorizar a equipa de assistência a utilizar todos os meios de comunicação necessários para as suas operações de ajuda humanitária.

4. Os governos devem procurar fornecer um serviço coordenado de informações sobre a catástrofe e sobre o planeamento

O planeamento e a coordenação geral da mobilização de forças para prestar assistência é, em última análise, responsabilidade do governo de acolhimento. Podem-se melhorar muito o planeamento e a coordenação se as Agências Humanitárias Não Governamentais receberem informações sobre as necessidades de ajuda e sobre os sistemas governamentais para o planeamento e a implementação das iniciativas de socorro, bem como informações sobre eventuais riscos que as agências possam encontrar. Os governos são exortados a fornecer tais informações às Agências Humanitárias Não Governamentais.

Para facilitar a efetiva coordenação e a utilização eficiente dos esforços empreendidos para ajudar, os governos de acolhimento também são exortados a designar, antes da catástrofe, um ponto único de contacto para que, ao chegarem, as Agências Humanitárias Não Governamentais se comuniquem com as autoridades nacionais.

5. Alívio de catástrofes em caso de conflito armado

Na eventualidade de conflito armado, as ações de socorro são regidas pelas disposições aplicáveis do Direito Internacional Humanitário.

Anexo II: Recomendações aos governos doadores

1. Os governos doadores devem reconhecer e respeitar as ações independentes, humanitárias e imparciais das AHNG

As Agências Humanitárias Não Governamentais são organismos cuja independência e imparcialidade devem ser respeitadas pelos governos doadores. Estes não devem utilizar as AHNG para o cumprimento de nenhum objetivo político ou ideológico.

2. Os governos doadores devem fornecer financiamento com garantia de independência operacional

As AHNG aceitam financiamento e ajuda material dos governos doadores com o mesmo espírito que permeia a sua prestação de assistência às vítimas de catástrofes: o de humanidade e independência operacional. A implementação de ações de socorro é, em última análise, uma responsabilidade das Agências Humanitárias Não Governamentais e será conduzida de acordo com as políticas das AHNG.

3. Os governos doadores devem utilizar os seus bons ofícios para ajudar as AHNG na obtenção de acesso às vítimas de catástrofe

Os governos doadores devem reconhecer a importância de aceitar um certo nível de responsabilidade pela segurança e liberdade de acesso do pessoal das Agências Humanitárias Não Governamentais aos locais das catástrofes. Os governos doadores devem estar preparados para recorrer à via diplomática com os governos de acolhimento para tratar dessas questões, caso necessário.

Anexo III: Recomendações às organizações intergovernamentais

1. OIG devem reconhecer as AHNG locais e estrangeiras como parceiras importantes

As AHNG estão dispostas a trabalhar com a ONU e com outras agências intergovernamentais para melhor responder a catástrofes. As AHNG fazem-no com um espírito de parceria que respeita a integridade e a independência de todos os parceiros. As Agências Intergovernamentais devem respeitar a independência e a imparcialidade das Agências Humanitárias Não Governamentais, as quais devem ser consultadas pelas agências da ONU na preparação dos planos de socorro.

2. As OIG devem ajudar os governos de acolhimento a estabelecer um esquema geral de coordenação para a ajuda internacional e local em caso de catástrofe

As Agências Humanitárias Não Governamentais normalmente não têm mandato para fazer a coordenação geral de catástrofes que requeiram uma resposta internacional. Essa responsabilidade recai sobre o governo de acolhimento e sobre as autoridades competentes da ONU, os quais são exortados a prestar esse serviço no momento oportuno e de modo eficaz, para auxiliar o Estado afetado e a comunidade nacional e internacional na resposta a catástrofes. Seja como for, as Agências Humanitárias Não Governamentais devem realizar todos os esforços para assegurar a coordenação eficaz dos seus próprios serviços.

Em caso de conflito armado, as ações de socorro são regidas pelas disposições pertinentes do Direito Internacional Humanitário.

3. As OIG devem estender às AHNG as mesmas medidas de segurança dadas às organizações da ONU

Quando se prestam serviços de segurança às organizações intergovernamentais, estes serviços devem ser estendidos às Agências Humanitárias Não Governamentais parceiras, sempre que solicitado.

4. As OIG devem disponibilizar às AHNG o mesmo acesso às informações pertinentes que é concedido às organizações da ONU

As OIG são exortadas a partilharem com os parceiros das Agências Humanitárias Não Governamentais toda a informação pertinente à implementação de uma resposta efetiva à catástrofe.

Anexo 3

Abreviaturas e Siglas

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACS	agente comunitário de saúde
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CICV	Comité Internacional da Cruz Vermelha
PB	Perímetro Braquial (MUAC, em inglês)
CPMS	<i>Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action</i>
CRL	cloro residual livre
DIH	Direito Internacional Humanitário
DNT	doenças não transmissíveis
DTP	vacina tríplice bacteriana, contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EWAR	<i>Early Warning, Alert and Response</i> (alerta precoce e resposta rápida)
FANTA	<i>Food and Nutrition Technical Assistance</i>
FAO	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i> (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura)
FICV	Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
GIDI	gestão integrada de doenças da infância
IASC	<i>Inter-Agency Standing Committee</i> (Comité Permanente Interagências)
iCCM	<i>Integrated Community Case Management</i> (Gestão integrada de casos comunitários)
IMC	índice de massa corporal
INEE	<i>Inter-Agency Network for Education in Emergencies</i> (Rede Interinstitucional para a Educação em Emergências)
IYCF	<i>Infant and young children feeding</i> (alimentação dos lactentes e das crianças pequenas)
IYCF-E	<i>Infant and young children feeding in emergencies</i> (alimentação dos lactentes e das crianças pequenas durante emergências)
LEGS	<i>Livestock Emergency Guidelines and Standards</i>
LGBTQI	lésbica, gay, bissexual, transgênero, <i>queer</i> , intersexo
MSF	Médicos sem Fronteiras
MERS	<i>Minimum Economic Recovery Standards</i>
MISMA	<i>Minimum Standard for Market Analysis</i>
MTILD	mosquiteiro tratado com inseticida de longa duração
OCHA	<i>United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs</i> (Escritório das Nações Unidas de Coordenação de Assuntos Humanitários)

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OUA	Organização da Unidade Africana (atual União Africana)
P/A	peso por altura
PAI	programa ampliado de imunização
PCI	prevenção e controlo de infeções
PDI	pessoas deslocadas internamente
PEP	<i>Post-Exposure Prophylaxis</i> (profilaxia pós-exposição ao VIH)
PIDCP	Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos
SEEP	<i>Small Enterprise Education and Promotion (Network)</i>
TADSA	tratamento e armazenamento doméstico seguro de água
TARV	terapia antirretroviral
TB	tuberculose
TBM	taxa bruta de mortalidade
TBMM5	taxa bruta de mortalidade de menores de 5 anos
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Fundo de População das Nações Unidas)
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UFC	unidades formadoras de coliformes
UNT	unidades nefelométricas de turbidez
WASH	<i>Water supply, sanitation and hygiene promotion</i> (abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene)

O Manual Esfera apresenta uma abordagem dos princípios da qualidade e da responsabilidade em respostas humanitárias. Ele é uma tradução prática da crença essencial da Esfera de que todas as pessoas afetadas por uma catástrofe ou conflito têm o direito de viver com dignidade e de receber assistência humanitária.

A Carta Humanitária é a pedra angular do Manual, que juntamente com os Princípios de Proteção e a Norma Humanitária Essencial estabelecem uma base que orienta todos os setores da assistência. As Normas Técnicas definem as prioridades para que seja possível uma resposta em quatro setores fundamentais para salvar vidas: água, saneamento e promoção da higiene; segurança alimentar e nutrição; alojamento e assentamento; saúde.

As Normas Mínimas mensuráveis descrevem o que é preciso alcançar numa resposta humanitária para que as pessoas possam sobreviver e restabelecer as suas vidas e os meios de subsistência, de modo a que seja respeitada a sua voz e estimulada a sua dignidade. As ações-chave, os indicadores-chave e as notas de orientação, fornecem os meios para aplicar essas normas em diversos contextos. Os capítulos estão todos ligados e complementam-se uns aos outros.

A força do Manual Esfera reside na sua universalidade e adaptabilidade a todos os contextos humanitários. Tem ampla adesão do setor humanitário e, portanto, proporciona uma linguagem comum para trabalhar com todas as partes intervenientes no que diz respeito à qualidade e à prestação de contas em contextos humanitários.



spherestandards.org



www.facebook.com/SphereNGO



www.twitter.com/spherepro

A Parceria de Normas Humanitárias é uma colaboração entre iniciativas para estabelecer normas para reunir evidências, opiniões especializadas e as melhores práticas, e utilizá-las para melhorar a qualidade e a prestação de contas na resposta humanitária.

ISBN 978-989-53097-1-9



9 789895 309719