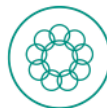


0 Manual Esfera

Carta Humanitária
e Normas Mínimas
para Resposta Humanitária



O Manual Esfera

Carta Humanitária e Normas Mínimas para Resposta Humanitária

O QUE É A ESFERA?

A CARTA HUMANITÁRIA

PRINCÍPIOS DE PROTEÇÃO

NORMA HUMANITÁRIA ESSENCIAL

ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SANEAMENTO
E PROMOÇÃO DE HIGIENE

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO

ALOJAMENTO E ASSENTAMENTO

SAÚDE



Sphere Association
3 Rue de Varembe
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 tem a proteção de direitos autorais, mas pode ser reproduzido sem custo para finalidades educativas, incluindo atividades relacionadas a cursos, pesquisas e projetos, desde que o detentor dos direitos autorais seja comunicado. Material não destinado à revenda. Para cópias em circunstâncias diversas das descritas, postagem on-line, reutilização em outras publicações, traduções ou adaptações, deve ser solicitada permissão por escrito pelo e-mail: info@spherestandards.org.

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

ISBN 978-65-88468-03-6 PBK
ISBN 978-65-88468-05-0 EPUB
ISBN 978-65-88468-04-3 PDF

Citação: Associação Esfera. *O Manual Esfera: Carta Humanitária e Normas Mínimas para Resposta Humanitária*, quarta edição, Genebra, Suíça, 2018.
www.spherestandards.org/handbook

O Projeto Esfera foi iniciado em 1997 por um grupo de ONGs, 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 Resposta Humanitária são o resultado da experiência coletiva de muitas pessoas e agências. Assim sendo, não devem ser encaradas como a expressão da visão de uma única organização. Em 2016, o Projeto Esfera foi registrado como a Associação Esfera.

Esta edição em português do Manual Esfera: Carta Humanitária e Normas Mínimas para a Resposta Humanitária foi publicada em 2020 pela Associação Irdin Editora, Carmo da Cachoeira, MG, Brasil, <http://www.irdin.org.br/>. Esta é uma tradução 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. Este Manual foi traduzido de forma independente pela Associação Irdin Editora, filiada à Fraternidade — Federação Humanitária Internacional (FFHI).

Design: Non-Linear Design Studio, Milão, Itália
Impressão: Artes Gráficas Formato Ltda., Brasil
Composição gráfica: Associação Irdin Editora, Brasil

Sumário

Prefácio.....	v
Agradecimentos.....	ix
O que é a Esfera?	1
A Carta Humanitária	29
Princípios de Proteção	35
Norma Humanitária Essencial	51
Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção de 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 seu 20º aniversário com a publicação desta quarta edição. Ela 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 de 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 suas bases nos aspectos legais e éticos do humanitarismo, com uma orientação pragmática, boas práticas mundiais e dados compilados para apoiar as equipes humanitárias, onde quer que atuem.

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

Entretanto, mesmo que o cenário dessas políticas continue evoluindo, sabemos que as necessidades de sobrevivência de povos em situações de conflitos e de desastres permanecem as mesmas, independentemente de 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 pessoas a sobreviver e a reconstruir suas vidas com dignidade.

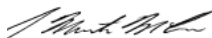
A força da Esfera e sua abrangência mundial residem no fato de que ela pertence a todos. Este sentimento de copropriedade é renovado em intervalos de poucos anos, quando as normas são revistas e revisadas pelos próprios usuários. É um momento em que reafirmamos coletivamente nossos compromissos e acordamos a propósito de ações mais avançadas para garantir que os usuários 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 de participarem integralmente das decisões que lhes dizem respeito.

A 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, fornecendo orientações sobre as ações prioritárias e onde encontrar informações técnicas mais detalhadas. Nossos parceiros na elaboração das normas colaboram ainda mais em setores específicos, além do escopo da Esfera, para ajudar as pessoas a se recuperarem e 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, desafios incomuns

e diferentes tipos de agentes. Estas normas não existiriam sem o inabalável compromisso de muitos de vocês. Recebam o agradecimento de nosso setor pelas contribuições feitas durante as revisões e, de fato, nas duas últimas décadas.

Esperamos continuar este importante trabalho e seguir aprendendo junto com vocês à medida que usem 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, humanitário e 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 300 km 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 on-line de 190 organizações e mais de 1.400 pessoas participaram de 60 eventos presenciais realizados em 40 países. A Esfera reconhece, com gratidão, a abrangência e a amplitude das contribuições feitas por ONGs 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. 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 Esfera. Os capítulos foram desenvolvidos por autores principais, com o auxílio intersetorial de especialistas em determinados temas e pessoas capacitadas do setor humanitário. Os autores e os especialistas temáticos, em sua maioria, foram apresentados por suas organizações de origem, tendo dedicado seu tempo e 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 listados a seguir.

Capítulos de 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 de 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 HIV:** 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 de Risco de Catástrofes:** Glenn Dolcemascolo e Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Ajuda em Dinheiro e Mercados:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Gestão e Logística da Cadeia de Suprimentos:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Monitoramento, 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) * Visão Mundial Internacional (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 listadas, a revisão do Manual foi patrocinada por:

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

Equipe 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 equipe 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 on-line: Markus Forsberg, (PHAP)

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

Edição, layout e produção: Associação Irdin Editora
(www.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 Irдин Editora agradece à equipe de voluntários que colaborou nessa tradução do Manual Esfera para o idioma português.

*Pontos focais individuais



O que é
a Esfera?

Manual

O que é a Esfera?

PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS



Carta Humanitária



Norma Humanitária Essencial



Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção de Higiene



Segurança Alimentar e Nutrição



Alojamento e Assentamento



Saúde

NORMAS

Fundamentos Jurídicos da Esfera
Código de Conduta
Abreviaturas e Siglas

Sumário

O que é a 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
Trabalhando com os indicadores-chave.....	7
Vínculos com outras normas.....	7
2. Usando as normas no contexto	8
As normas são aplicáveis durante todo o ciclo do programa.....	9
Avaliação e análise.....	9
Desenvolvimento da estratégia e desenho do programa.....	9
Implementação.....	10
Monitoramento, avaliação, prestação de contas e aprendizagem.....	10
Entendendo vulnerabilidades e capacidades	10
Desagregação de dados.....	12
Crianças.....	12
Idosos	13
Gênero	14
Violência de gênero	14
Pessoas com deficiência.....	14
Pessoas com HIV.....	15
Pessoas LGBTQI.....	15
Saúde mental e apoio psicossocial	16
Entendendo o contexto operacional	16
Apoiando agentes nacionais e locais.....	17
Crises prolongadas	17
Contextos urbanos.....	18
Assentamentos comunitários	19
Cenários com a presença de forças militares domésticas ou internacionais....	19
Impacto ambiental da resposta humanitária	20
Apêndice: Prestação de ajuda através de mercados	21
Referências e leitura complementar	28



O que é a 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 de suas respostas humanitárias e prestar contas por suas ações. A filosofia Esfera está baseada em duas crenças básicas:

- As pessoas afetadas por catástrofes ou conflitos têm direito à vida com dignidade e, conseqüentemente, o direito a assistência; e
- 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 embasam todas as ações humanitárias, e a Norma Humanitária Essencial contém compromissos para apoiar a prestação de contas em todos os setores. Juntos, eles formam o Manual Esfera, que se tornou um dos recursos humanitários mais consultados no mundo.

1. O Manual

Os principais usuários do Manual Esfera são os profissionais envolvidos no planejamento, 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 atingidas. O Manual também é usado 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. Ele vem sendo usado, cada vez mais, por governos, doadores, militares e pelo setor privado para orientar 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 revisadas e publicadas em 2000, 2004, 2011 e em 2018. Em português, foi publicado em 2000 e agora, em 2020. Cada processo de revisão se baseou em amplas consultas setoriais a particulares, organizações não governamentais (ONGs), governos e agências das Nações Unidas. As normas e as orientações que resultaram deste trabalho estão lastreadas 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. Ela inclui orientações novas para trabalhar em ambientes urbanos, para operar 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

refletir 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 da Esfera com uma resposta humanitária apoiada em princípios e direitos. Ele está baseado no respeito fundamental ao direito das pessoas de participar plenamente das decisões que envolvem seu próprio restabelecimento.

Os quatro capítulos de fundamentos descrevem as bases éticas, jurídicas e práticas de uma resposta humanitária. Eles 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 por suas ações. Estes capítulos ajudam o usuário a aplicar a Norma Essencial com maior eficácia em qualquer contexto. Ao se ler um capítulo técnico sem 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 a Esfera? (Este capítulo): delinea a estrutura do Manual, seu uso e os princípios subjacentes. E o mais importante: ele ilustra a forma como o Manual deve ser utilizado na prática.

A Carta Humanitária: a pedra angular do Manual Esfera, que expressa a convicção compartilhada 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 arcabouço ético e jurídico que norteia os Princípios de Proteção, a Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas. Está fundamentado 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 (ONGs) de 1994. O Código de Conduta permanece como elemento integrante do Manual Esfera;  *ver Anexo 2*.

Para 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 toda 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 de 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 frente àqueles a que assistimos quanto àqueles de quem aceitamos recursos.
10. Em 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 ONGs em Programas de Resposta Humanitária. Para 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 o estabelecimento desses vínculos. Os leitores devem se familiarizar com todos os capítulos para subsidiar uma resposta holística.

As Normas Mínimas possibilitam uma abordagem consistente

As normas se valem de dados disponíveis e da experiência humanitária. Elas representam as melhores práticas baseadas em amplo consenso. Pelo fato de refletirem direitos humanos inalienáveis, aplicam-se universalmente.

Entretanto, para que se apliquem as normas com eficácia, o contexto em que uma resposta está acontecendo precisa ser compreendido, monitorado e analisado.

A estrutura das normas

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

As normas são derivadas do princípio do direito à vida com dignidade. Elas 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 o passo a passo 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 sendo cumprida. Eles 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.



Trabalhando com os indicadores-chave

Os indicadores-chave Esfera constituem uma maneira de medir se uma norma está sendo cumprida. Eles 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 padronizados 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 monitorar a consecução da norma. Devem ser usados para determinar a base de referência, para estabelecer metas com parceiros e partes intervenientes e para monitorar mudanças em direção àquelas metas. Por exemplo: porcentagem de famílias que armazenam água em recipientes limpos e cobertos; ➕ *ver Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da Água.* Embora a meta ideal seja 100%, os profissionais devem associar o indicador à realidade do local, monitorando as melhorias em face da base de referência e do progresso em relação à meta estabelecida em um 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 todo poderá ficar comprometido. Por exemplo: porcentagem de crianças entre 6 meses e 15 anos que receberam vacina contra o sarampo: a meta é 95%; ➕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Saúde da criança – Norma 2.2.1: Doenças Infantis Preveníveis por Vacina.*

Vínculos com outras normas

O Manual Esfera não abrange todos os aspectos 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. Elas estão disponíveis por intermédio da Esfera, da Parceria de Normas Humanitárias e dos sites 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. Usando as 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 sendo 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; e
- 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 o uso 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 às 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 controle. O acesso à população afetada e a insegurança política ou econômica podem impossibilitar o cumprimento das normas em certos contextos.

Nos casos em que os requisitos mínimos excedem as condições de vida da comunidade de acolhida, 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 a 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. Use a falha 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 pelo desenho do programa, pela implementação e pelo monitoramento, até a avaliação e a aprendizagem.



Avaliação e 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 suprir 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 em sua totalidade. Portanto, as normas servem também para melhorar a coordenação entre as organizações e os setores.

Desenvolvimento da estratégia e desenho 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 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 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 suprir 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 enfocam o 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 suprir necessidades humanitárias. Considerações a esse respeito foram integradas ao Manual em todos os capítulos.

A ajuda em dinheiro pode ser usada para suprir 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 ajuda em dinheiro deve estar embasada em uma 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 do melhor modo, 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 suprimentos. Essa análise da resposta deve ser revisada ao longo do tempo, à medida que a situação vai-se alterando; ➕ *ver Apêndice: Prestação de ajuda através de mercados.*

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 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.

Monitoramento, avaliação, prestação de contas e aprendizagem

O monitoramento, a avaliação, a prestação de contas e a aprendizagem fundamentam as decisões de gestão em tempo hábil e com base em dados. Permitem ajustar os projetos humanitários às mudanças nos contextos. Todas as Normas Mínimas têm indicadores que podem ser monitorados para verificar se estão sendo cumpridas, se estão sendo 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 promove a prestação de contas. Esses sistemas também contribuem para iniciativas de aprendizagem mais abrangentes, relacionadas a uma ação humanitária eficaz.

Entendendo vulnerabilidades e capacidades

No Manual, o termo “pessoas” é usado em sentido amplo para refletir a crença da Esfera de que todos os indivíduos têm direito à vida com dignidade; portanto, o direito a ajuda. Deve-se entender “pessoas” como um termo que inclui mulheres, homens, meninos e meninas, a despeito de idade, deficiência, nacionalidade, raça, etnia, saúde, filiação política, orientação sexual, gênero ou qualquer outra característica que as pessoas possam usar para definirem-se 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 – Deslocadas? 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 acolhida	– Produtos e serviços disponíveis – Sistemas de mercado e cadeias de suprimento – Capacidade de infraestrutura – Prestadores de serviços (financeiros e outros) – Capacidades logísticas, e restrições
---	--	---	--



Analise e priorize

Que problemas precisam ser enfrentados? Por quais grupos de pessoas? Em que área geográfica? Em que prazo? Considerando quais normas?



Revise as opções e decida como a resposta será prestada

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 feedback e reclamação – Coordenação – Participação sistemática da comunidade	Monitoramento do contexto, do processo, do progresso e dos resultados – Seleção de indicadores – Desagregação adequada de dados	Estratégias de transição e de saída – Participação local e propriedade – Sistemas nacionais e propriedade – Parcerias
---	--	--	---

Nem todas as pessoas possuem igual controle 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. Fatores individuais como idade, sexo, deficiência, saúde e 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 fato de ser jovem ou idoso, mulher ou menina, uma pessoa com deficiência ou de uma minoria étnica não torna, por si só, um indivíduo totalmente vulnerável. Ao contrário: é a interação de fatores, em um determinado contexto, que pode reforçar capacidades, construir resiliência ou prejudicar o acesso à ajuda por parte de um indivíduo ou 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 desassistidos e ser discriminados por causa de nacionalidade, etnia, língua, religião ou filiação política, o que exige atenção especial para que se reflita o princípio da imparcialidade.

Quando grupos diversos estão envolvidos na concepção 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.

Desagregação de dados

Em muitas situações, é difícil encontrar ou apurar dados em nível 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 utilizar a ajuda humanitária e se há algo mais a fazer 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, gênero, idade, deficiência, geografia, etnia, religião, casta ou a outros fatores que possam restringir o acesso à assistência imparcial.

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

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.

Com
deficiência
Sem
deficiência
Com
deficiência
Sem
deficiência



Durante uma crise humanitária, as crianças enfrentam riscos específicos que podem ser fatais, como a desnutrição, sua 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 que sejam recrutados como soldados por grupos e forças armadas para participarem das piores formas de trabalho infantil; as meninas adolescentes são mais propensas a que sejam recrutadas como escravas sexuais ou traficadas; as crianças com algum tipo de deficiência têm mais probabilidade de que sejam abandonadas ou negligenciadas. As meninas com deficiência precisam de atenção especial, porque correm maior risco de violência sexual, exploração sexual e desnutrição.

Busque 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, monitorada e avaliada. A Convenção dos Direitos da Criança estabelece que “criança” é toda 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.

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 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 participem 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 idade para o monitoramento e a gestão do projeto.

Gênero

O “gênero” refere-se às diferenças socialmente construídas entre mulheres e homens durante 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-se 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 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 mulheres e meninas, na maioria das vezes, enfrentem restrições nos seus papéis, os quais estão associados ao gênero, homens e 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.

Violência de gênero

A “violência de gênero” descreve a violência baseada nas diferenças de gênero entre homens e mulheres. Ela enfatiza como a desigualdade entre homens e mulheres é o cerne da maioria das formas de violência perpetradas contra mulheres e meninas ao redor do 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 tomar todas as medidas necessárias para impedir a exploração e o abuso sexual das pessoas atingidas por uma crise, inclusive em 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.

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 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 se defrontarem 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 ser empreendidos firmes esforços para remover as barreiras físicas, comportamentais e de comunicação que impeçam o acesso e a participação delas. Os riscos a mulheres e meninas com deficiência podem ser agravados em função do gênero, da desigualdade e da discriminação.

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



Pessoas com HIV

É importante identificar a prevalência de HIV em um contexto específico para entender vulnerabilidades e riscos e embasar uma resposta eficaz. Os deslocamentos podem levar ao aumento da vulnerabilidade relativa ao HIV, e as crises humanitárias são passíveis de interromper a prevenção, a testagem, 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 em deficiência, identidade de gênero e orientação sexual. Por outro lado, pode desencorajar as pessoas com HIV de procurarem serviços durante uma crise, se houver algum disponível. A violência, a discriminação e as estratégias de enfrentamento negativas, como o sexo transacional, aumentam a vulnerabilidade à transmissão de HIV, 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: HIV*.

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 HIV. Devem-se descartar eventuais conceitos equivocados sobre a presença de pessoas com HIV e uma maior prevalência deste para evitar práticas discriminatórias. Pessoas com HIV têm o direito de viver suas vidas com dignidade, livres de preconceito, e deveriam ter acesso indiscriminado aos serviços.

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 a cuidados de saúde, habitação, educação, emprego, informação e instalações humanitárias.

Por exemplo, 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 sua saúde e sua sobrevivência e podem ter consequências a longo prazo em relação à integração delas. 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 estágio da resposta humanitária.

Saúde mental e apoio psicossocial

As pessoas reagem de maneiras diferentes ao estresse de uma crise humanitária. Algumas são mais propensas a ficar oprimidas pela angústia, especialmente se foram deslocadas à força, separadas de 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 focadas 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-se vincular a uma comunidade religiosa. Em geral, essa é uma parte essencial de sua estratégia de enfrentamento e influi em uma resposta adequada por meio de uma vasta gama de setores. Há cada vez mais evidências de que as populações afetadas são beneficiadas quando os agentes humanitários levam em consideração a identidade religiosa delas. As comunidades religiosas existentes têm um grande potencial para contribuir com as respostas humanitárias. Para realizar-se 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 ajuda nesse propósito.

Entendendo 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 em uma combinação deles. A eficácia da resposta para suprir 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 foco na assistência imediata para salvar vidas, elas 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 continuada do contexto e da situação vai sinalizar quando os programas devem se adaptar a um ambiente variável, como no caso de questões novas de segurança ou de restrições sazonais, como enchentes.

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 ao desenvolvimento da resiliência. Algumas delas serão mais bem resolvidas por agentes de desenvolvimento ou em cooperação com eles.

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. O compartilhamento de informações entre as partes intervenientes, aliado a um planejamento conjunto e a atividades integradas, também pode assegurar uma melhor gestão de riscos por parte das organizações e o aprimoramento dos resultados da resposta.

Apoiando agentes nacionais e locais

Reconhecendo a função e a responsabilidade primordial do Estado de acolhida, o Manual orienta todos os envolvidos na resposta humanitária e o papel que as organizações humanitárias podem desempenhar no apoio a essa responsabilidade. Em um conflito, a disponibilidade de 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 de respostas humanitárias (geralmente conhecido como autoridade ou organização nacional para a gestão de catástrofes);
- a função e a capacidade dos ministérios competentes para estatuir normas, tais como normas sobre nutrição e sobre medicamentos essenciais e equipe médica; e
- a falta de instituições estatais em funcionamento como, por exemplo, em áreas disputadas. Nessas situações extraordinárias, os agentes humanitários podem ter de estabelecer seus próprios mecanismos de coordenação.

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 oportunidades de trabalhar com os prestadores de serviço existentes, autoridades locais, comunidades locais, redes de proteção social

e agentes de desenvolvimento para ajudar a suprir as necessidades. As avaliações precisam considerar o contexto, as preocupações relativas à proteção e a forma como os direitos da população afetada serão impactados. Envolver indivíduos de todos os sexos e idades, deficiências e origens, incluindo as comunidades autodenominadas, na análise, na avaliação, na tomada de decisões, no monitoramento e na avaliação. Busque soluções permanentes e de longa duração o quanto antes. Quando os agentes humanitários têm a possibilidade de estabelecer soluções de longo prazo, elas devem prevalecer sobre as medidas temporárias.

Reconheça que as pessoas afetadas costumam ser as primeiras a se responsabilizar por suas próprias necessidades e a proteger 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.

Contextos urbanos

À medida que uma parte cada vez maior da população mundial se muda 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 em uma área relativamente pequena;
- **Diversidade:** social, étnica, política, linguística e religiosa, além de grupos economicamente diversificados que vivem próximos uns dos outros; e
- **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 correspondentes ministérios. 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 espécie para pagar aluguéis, 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, inclusive 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 a ajuda humanitária pode apoiar o planejamento de investimentos municipais gerando recursos durante a crise e a longo prazo.

Assim como em qualquer outro cenário, a análise do contexto urbano deve atentar para os recursos e as oportunidades existentes, como comércio, dinheiro, tecnologia, espaços públicos, pessoas com habilidades especializadas, diversidade social e cultural e aspectos 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 de mercados e de tecnologia que podem facilitar a utilização da ajuda em dinheiro.

Assentamentos comunitários

Os assentamentos e os acampamentos comunitários planejados, 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. Elas também podem ajudar a identificar as prioridades para que os programas multisectoriais abordem as preocupações relativas à saúde pública e para o acesso a serviços básicos em assentamentos espontâneos.

Em assentamentos comunitários, a capacitação específica em gestão de acampamentos pode contribuir para uma melhor prestação de contas e uma melhor prestação coordenada de 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 buscar meios de subsistência. Deve-se dar atenção especial às comunidades de acolhida, porque as diferenças de tratamento, reais ou aparentes, podem agravar as tensões ou o conflito. Nestes casos, lutar por uma alternativa a ambientes semelhantes aos dos acampamentos e também atender às necessidades da comunidade de acolhida ajuda a garantir que as populações afetadas consigam viver com dignidade.

Cenários com a presença de forças militares domésticas ou internacionais

Os princípios humanitários devem orientar todo o diálogo e a coordenação humanitária-militar em todos os níveis e fases da interação. O compartilhamento de informações, o planejamento e a divisão de tarefas são três elementos essenciais de uma coordenação civil-militar eficaz. Embora possa haver compartilhamento de informações entre militares e agentes humanitários, ele 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 do uso de táticas próprias de militares para dar suporte a operações humanitárias. O apoio militar a organizações humanitárias deve limitar-se ao suporte à infraestrutura 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. Todos os acordos de cooperação humanitária-militar devem estar embasados em documentos de orientação internacionalmente aceitos; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 6 e Referências.*

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 sua própria recuperação também pode orientar a concepção 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 o meio ambiente ainda mais; ⊕ *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 aspectos 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

Prestação de ajuda através de 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 suas necessidades atendidas após uma crise. Está embasado nos capítulos de 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 supri-las na prática. Parte dessa análise consiste em compreender como funcionam os mercados e quais são os produtos e serviços disponíveis em 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 de 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 essas necessidades. A análise da resposta deve assegurar que os riscos operacionais, programáticos e contextuais, assim como as oportunidades, sejam sistematicamente sopesados ao se determinar como a ajuda deve ser prestada. Às vezes, isso é chamado de “escolha da modalidade”.

A identificação da melhor maneira de 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; e
- 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 demanda, as políticas, as normas, as regras ou a infraestrutura) e que limitem o seu funcionamento.

Seja qual for a opção de resposta escolhida, ela 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 às pessoas atingidas por crises humanitárias e o apoio às escolhas feitas por elas para a sua própria

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

Programação e mercados

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

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

O sexo, a etnia e a deficiência costumam influir diretamente no acesso físico, financeiro e social aos mercados. Como homens, mulheres, jovens e idosos acessam 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 sopesar as questões éticas e ambientais. Assegure-se de que os mercados que superexploram 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. Os setores de cunho social como os de saúde e educação, entretanto, caracterizam-se por possibilitar ou melhorar o acesso a serviços. Portanto, prestar assistência através de 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). Mapear os gastos domésticos possibilita a obtenção de informações claras a respeito do custo de acesso aos serviços, inclusive àqueles que deveriam ser gratuitos. O monitoramento de despesas domésticas deve se apoiar sempre no monitoramento 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 aparelhos 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 as 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 o monitoramento do programa junto com o monitoramento do mercado é importante para confirmar ou ajustar a forma de ajuda.

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

Listas de Verificação

Lista de verificação para ajuda em dinheiro

Esta seção apresenta uma lista de questões relativas à prestação de ajuda através de mercados. Ela 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.

Desenho 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 que membro da família deve receber ajuda em dinheiro fazendo uma avaliação clara do risco e sopesando todas as preocupações relativas 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 custo para supri-las.
- 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 monitorar o processo, a atividade, o rendimento e os resultados.

Implementação

- Inclua questões específicas do contexto e qualquer outro aspecto 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 registro de beneficiários que sejam adequados aos mecanismos de prestação de ajuda e à proteção dos dados pessoais.
- Assegure-se de que os sistemas de registro e identificação abranjam os dados solicitados pelo prestador de serviços financeiros.
- Implante e documente medidas de proteção de dados.
- Estabeleça, na medida do possível, métodos de processamento de dados digitais em colaboração com diferentes organizações (“sistemas interoperáveis”).
- Defina claramente os procedimentos, as funções e as responsabilidades para os processos de entrega de dinheiro em espécie 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 seus gastos com base nessas informações.
- Assegure-se, por meio da gestão e do monitoramento dos contratos, de que os prestadores de serviços financeiros sejam responsáveis perante os beneficiários; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromissos 4 e 5.*

Monitoramento, avaliação e aprendizagem

- Monitore processos, atividades, resultados e riscos relacionados à ajuda em dinheiro, inclusive mediante o monitoramento posterior à distribuição.
- Verifique se o dinheiro ou os vales foram recebidos pela pessoa certa, com segurança, em tempo hábil e no valor correto.
- Monitore sistematicamente os mercados e suas cadeias de suprimentos, além de fazer o monitoramento de preços.
- Monitore os gastos domésticos e faça a triangulação com os dados resultantes do monitoramento de mercados para avaliar se as necessidades podem, de fato, ser atendidas por meio da ajuda em dinheiro e se as estratégias de enfrentamento negativas podem ser reduzidas.
- Monitore 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 nas necessidades, para adaptar o programa de acordo com elas e para favorecer a aprendizagem continuada com vista a programas futuros.

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

Esta seção apresenta uma lista de questões relativas à gestão da cadeia de suprimentos e logística. Ela segue o ciclo da gestão do programa e inclui outros elementos importantes a serem considerados.

A gestão da cadeia de suprimentos 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. Ela envolve muitos parceiros diferentes; por isso, é importante coordenar as atividades; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 6.*

É necessária expertise em gestão da cadeia de suprimentos. 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 rastreamento de embarques e a gestão de importações. As práticas de gestão e de monitoramento devem garantir a salvaguarda dos produtos até os pontos de distribuição. Entretanto, as organizações humanitárias também são responsáveis por cuidar que 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 os suprimentos já são relativamente limitados, 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.

Desenho do programa

- Avalie a disponibilidade local de produtos e serviços necessários antes de buscar abastecimento fora da área.
- Considere trabalhar com transportadores locais ou regionais, que têm valioso conhecimento dos regulamentos, dos procedimentos e das instalações e podem ajudar no cumprimento das leis do país de acolhida e agilizar as entregas.
- Em um 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 o uso de recursos naturais é sustentável e se vai gerar novos conflitos relacionados a 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

- Construa um bom relacionamento com fornecedores, comerciantes locais e prestadores de serviços.
- Imponha, nos contratos, um nível de qualidade adequado para produtos e serviços, assim como práticas éticas e ambientalmente sustentáveis.
- Treine e supervisione a equipe em todos os níveis da cadeia de suprimentos 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 no treinamento, o qual deverá ser ministrado na língua local.
- Estabeleça procedimentos de prestação de contas incluindo o abastecimento, o planejamento de transporte e armazenagem, a gestão de inventário e os sistemas financeiros e de relatórios.
- Evite usar 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 itens que não sejam alimentos. Ao escolher um armazém, certifique-se de que ele não foi usado para estocar 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 riscos à segurança nas rotas de transporte e nos armazéns.
- Em situações de conflito, estabeleça sistemas de controle e supervisione todas as fases da cadeia de suprimentos para reduzir o risco de saques ou de confisco pelas partes beligerantes.
- Analise e trate de implicações políticas e de segurança mais amplas, como a possibilidade de desvio de estoques para fomentar um conflito armado; ⊕ *ver Princípio de Proteção 2.*
- Reduza e relate as perdas de produtos em todos os níveis da cadeia de suprimentos.
- Providencie a inspeção de produtos estragados ou impróprios para uso por inspetores qualificados (como especialistas em segurança alimentar e laboratórios de saúde pública) e os certificados para descarte.
- Descarte rapidamente os produtos estragados antes que se tornem um perigo para a saúde ou para a segurança. Entre os métodos de descarte 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 suprimentos 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 suprimentos. Disponibilize documentos e formulários suficientes, na língua local, em todos os pontos onde os produtos são recebidos, armazenados e/ou despachados. Deste modo, mantém-se uma trilha de auditoria das transações.

Monitoramento, avaliação e aprendizagem

- Monitore 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 relativo às ações da cadeia de suprimentos.
- Compartilhe informações pertinentes aos níveis de estoque, aos recebimentos previstos e às distribuições entre as partes intervenientes da cadeia de suprimentos. Utilize o monitoramento dos níveis de estoque para apontar, em tempo hábil, déficits e problemas previsíveis. O compartilhamento 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 reflitam as especificidades dos processos de entrega.
- Assegure-se de que o rastreamento de produtos e os sistemas de gestão de informações 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 elas e apoie a aprendizagem continuada para futuros programas.



Referências e leitura complementar

Entendendo vulnerabilidades e 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 de mercados e programação baseada em 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 suprimentos 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 para os Princípios de Proteção, para as Normas Humanitárias Essenciais e para as Normas Mínimas apresentadas no Manual. É, em parte, uma declaração de direitos e obrigações legais já estatuídos e, em parte, uma declaração de crenças compartilhadas.

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. Com relação às crenças compartilhadas, procura obter um consenso entre as agências humanitárias sobre os princípios que devem regular 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 endossam a Esfera e convida todos os envolvidos em ações humanitárias para que adotem os mesmos princípios.

Nossas crenças

1. A Carta Humanitária expressa nossa convicção em comum, como agências humanitárias, de que todas as pessoas atingidas por uma catástrofe ou conflito têm o direito de receber a proteção e a ajuda que lhes assegurem as condições básicas para uma vida com dignidade. Acreditamos que os princípios descritos nesta Carta Humanitária são universais, pois se aplicam 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. Eles estão presentes no direito internacional, mas extraem sua força, em última análise, do princípio moral fundamental de humanidade: todos os seres humanos nascem livres e iguais em termos de dignidade e de direitos. Com base nesse princípio, 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 deveria se 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 em nossas iniciativas para assistir e proteger as pessoas atingidas por uma catástrofe ou conflito. Convidamos todos os envolvidos em atividades humanitárias, inclusive agentes governamentais e do setor privado, para que endossem os princípios, os direitos e os deveres gerais apresentados a seguir como uma declaração de crenças humanitárias compartilhadas.

Nosso papel

2. Reconhecemos que as necessidades básicas das pessoas atingidas por uma catástrofe ou conflito são supridas primeiramente por 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 hábil, de

assegurar proteção e segurança às pessoas e de dar o apoio necessário à recuperação delas. Acreditamos que a combinação da ação oficial com a do voluntariado é crucial para uma prevenção e uma resposta efetivas e, 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 suas responsabilidades. Reconhecemos e apoiamos as funções especiais das agências sob mandato das Nações Unidas e do Comitê Internacional da Cruz Vermelha.

3. Como agências humanitárias, assumimos nosso papel em relação às necessidades e capacidades das populações afetadas e às responsabilidades de seus governos ou poderes instituídos. Nossa função na prestação de ajuda humanitária evidencia o fato 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 facilitem o seu trabalho removendo obstáculos desnecessários, de natureza jurídica e prática, dando-lhes segurança e permitindo-lhes o acesso regular e em tempo hábil às populações afetadas.



Princípios, direitos e deveres gerais

4. Oferecemos 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 como segue:

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

Embora esses direitos não estejam formulados nestes termos no Direito Internacional, eles 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 concernentes ao direito à vida, a um padrão de vida adequado e livre de tortura ou de tratamento ou penas cruéis, desumanas ou degradantes. O direito à vida implica o dever de preservá-la quando ela estiver ameaçada. Nele 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: ela exige 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 de crença religiosa.

6. O direito a receber ajuda humanitária é um elemento imprescindível ao direito à vida com dignidade. Ele 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 atingidas por uma catástrofe ou conflito. Acreditamos que, quando os agentes estatais ou não estatais não prestam ajuda humanitária, eles mesmos devem permitir que outros os auxiliem a fazê-lo. Essa ajuda deve estar lastreada 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 está calcado nas disposições do Direito Internacional, em Resoluções das Nações Unidas e de outras organizações inter-governamentais e na responsabilidade soberana dos Estados de proteger todas as pessoas sob 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 a abuso e a discriminação preconceituosa devido à sua condição de, por exemplo, idade, gênero ou raça, e podem necessitar de medidas especiais de proteção e assistência. À medida que falte a um Estado a capacidade de proteger as pessoas nestas circunstâncias, acreditamos que esse Estado deva buscar ajuda internacional para tanto.

A lei relacionada à proteção de civis e pessoas deslocadas exige 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:
 - do princípio de **distinção** entre civis e combatentes e entre objetos civis e objetivos militares;
 - dos princípios de **proporcionalidade** no uso da força e de **precaução** em ataques;
 - do dever de evitar o uso de armas indiscriminadas ou que, por sua natureza, causem ferimentos supérfluos ou sofrimento desnecessário; e
 - do dever de permitir que seja prestada ajuda imparcial.

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

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



Nosso compromisso

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

9. Estamos cientes de que as tentativas de prestar ajuda humanitária podem, às vezes, ter efeitos adversos não intencionais. Visamos a minimizar quaisquer efeitos negativos da ação humanitária na comunidade local ou no meio ambiente em colaboração com as comunidades e as autoridades afetadas. Com relação a 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 intencionada a uma ou mais partes em conflito. Estamos empenhados em atenuar os efeitos adversos, desde que em consonância com os princípios aqui estabelecidos.

10. Atuaremos de acordo com os princípios de ação humanitária estatuídos nesta Carta e com a orientação específica do 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 (ONGs), de 1994.

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 básicos 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 controle, comprometemo-nos a tentar cumpri-las de forma coerente e esperamos prestar contas devidamente. Convidamos todas as partes, os governos afetados e doadores, as organizações internacionais e os agentes não estatais e do setor privado para que adotem a Norma Humanitária Essencial e as Normas Mínimas como normas aprovadas.

12. Ao aderirmos à Norma Humanitária Essencial e às Normas Mínimas, comprometemo-nos a fazer todo o esforço para assegurar que as pessoas atingidas por catástrofes ou conflitos tenham acesso pelo menos às condições mínimas para uma vida com dignidade e segurança, com água, saneamento, alimentação, nutrição, alojamento e cuidados de saúde adequados. Com esse propósito, continuaremos defendendo os interesses humanitários também para que os Estados e outras partes cumpram suas obrigações morais e jurídicas para com as populações afetadas. De nossa parte, comprometemo-nos a tornar nossas respostas mais eficazes, apropriadas e responsáveis por meio da avaliação e do monitoramento meticuloso da evolução do contexto local, pela transparência nas informações e na tomada de decisões e mediante a coordenação e a colaboração mais eficientes com outros agentes competentes em 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 sua participação ativa na resposta. Reconhecemos que é essencial prestarmos contas àqueles a quem buscamos ajudar.



Princípios de Proteção



Carta Humanitária



Princípios de Proteção

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

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

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

Ajudar as pessoas a reivindicar seus direitos

Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção

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 se recuperarem dos efeitos físicos e psicológicos decorrentes de ameaça de violência ou de violência real, coerção ou privação intencional.
4. Ajudar as pessoas a reivindicar seus direitos.

Os Princípios de Proteção dão suporte aos direitos estatuídos na Carta Humanitária: o direito à vida com dignidade, o direito à ajuda humanitária e o direito à proteção e à segurança. Eles articulam o papel que todos os agentes humanitários podem desempenhar para auxiliar a proteger as 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 de seu território ou sob seu controle e pela integridade de civis em um conflito armado. Em última análise, são tais autoridades as que 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 persuadir as autoridades para que cumpram suas responsabilidades e, no caso de elas falharem, para que ajudem 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 ficar em segurança, a ter acesso à ajuda, a se recuperar da violência e a reivindicar seus direitos.

A proteção está relacionada com a integridade, com a dignidade e com os direitos das pessoas afetadas por uma catástrofe ou um conflito armado. O Comitê Permanente Interagências (IASC) 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)”.

Em um sentido amplo, a proteção abrange todos os esforços empreendidos pelos agentes humanitários e defensores de 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 uma gama 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 voltada à proteção, é vital entender e abordar os principais riscos às pessoas atingidas; entre eles, os sérios danos advindos do descumprimento do Direito Internacional Humanitário, dos Direitos Humanos e do Direito dos Refugiados.

Colocando 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 capacitação especializada para atuar no âmbito da proteção. Isso inclui entender 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 de tomar decisões conscientes sobre sua própria situação e recuperação.

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

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

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



Atividades de proteção

As atividades relacionadas à proteção podem se destinar à prevenção, à resposta, à reparação e à construção do ambiente. A preservação dos Princípios de Proteção requer uma combinação dessas atividades.

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

A defesa dos interesses humanitários — seja pública, seja 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 ameaçam 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 buscar mudanças em políticas discriminatórias ou nos ordenamentos jurídicos. Também pode consistir em apoiar a iniciativa das próprias pessoas para que se mantenham em segurança ou reduzam a exposição delas mesmas a riscos.

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 suprir suas necessidades com dignidade;
- Prestar ajuda em um ambiente que não exponha ainda mais as pessoas a perigos físicos, à violência ou ao abuso; e
- Apoiar a capacidade das pessoas de se proteger.

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

Notas de orientação

Análise do contexto:

Análise do contexto: entenda o contexto e antecipe as consequências da ação humanitária que possam influir na segurança, na dignidade e nos 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 evoluindo com o tempo.

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

- Quais são as ameaças relativas à proteção, os riscos e as vulnerabilidades em toda a população? Que capacidade a população tem 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 de participar das decisões? Entre eles, podem-se incluir barreiras à segurança, barreiras sociais ou físicas ou o modo como a informação é disponibilizada.
- O que as comunidades locais estão fazendo para se autoprotegerem? Como 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 tendo 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 acolhida? O que pode ser feito para reduzir esses riscos?
- Há leis penais que acarretem algum risco à proteção, como testagem de HIV obrigatória, criminalização de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo ou outras?

Estabeleça e mantenha a troca de informações e 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 práticas que causam o problema. Alguns exemplos disso são as atividades que viabilizam a realocação forçada 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 feita e revisada explicitamente conforme as circunstâncias vão se modificando.

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 em um ambiente que seja o mais seguro possível e procure, de forma ativa, 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).*
- Tome todas as medidas plausíveis ao gerenciar 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 suprir suas necessidades básicas de forma a reduzir a exposição a riscos. Por exemplo: disponibilize alternativas de combustíveis que reduzam a necessidade de buscar lenha em entornos perigosos.
- Planeje 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 artefatos explosivos não detonados das áreas onde a ajuda é prestada; ⊕ *ver International Mine Action Standards.*
- Leve em consideração impactos não intencionais no ambiente que possam afetar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas.
- Consulte diferentes setores da comunidade, inclusive grupos de risco e organizações nas quais elas 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 bem-estar delas ou ao bem-estar das pessoas nas quais elas confiam para receber ajuda em seu nome.

Mecanismos de proteção da comunidade: entenda os meios pelos quais as pessoas tentam proteger a si mesmas, suas famílias e comunidades. Apoie as iniciativas de autoajuda lideradas pela comunidade. As intervenções humanitárias não devem comprometer a capacidade das pessoas de proteger a si mesmas e os outros.

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

Os agentes humanitários identificam os obstáculos ao 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 de 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; e
- Assegurar acesso à ajuda para 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

Imparcialidade: priorize a ajuda com base apenas na necessidade e preste ajuda em proporção à necessidade. 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 em um grupo em particular (por exemplo, o de pessoas deslocadas em um acampamento ou grupos de determinadas minorias) em detrimento de outro grupo da população afetada que esteja em necessidade.

Direito a receber ajuda humanitária: lute pelo direito de que as pessoas afetadas por uma crise recebam ajuda humanitária. Quando elas estão incapacitadas de suprir 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 denegação pode violar o Direito Internacional, particularmente em situações de conflitos armados. As pessoas afetadas por uma crise não precisam ter uma condição jurídica especial para receber ajuda humanitária e proteção.

As autoridades não devem negar a existência de necessidades humanitárias ou opor empecilhos burocráticos para restringir o movimento dos trabalhadores humanitários.

Barreiras ao acesso: monitore 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.

- Leve em consideração as barreiras que reduzem a liberdade de locomoção das pessoas ou seu acesso físico à ajuda humanitária, como bloqueios, minas terrestres e postos de controle. Em conflitos armados, as partes podem estabelecer postos de controle, mas estes não devem fazer discriminação entre categorias de pessoas afetadas ou impedir, sem justificativa, o acesso das pessoas à ajuda humanitária.
- Procure resolver os obstáculos que possam restringir o acesso de alguns grupos e indivíduos e que resultem em uma 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 etnia, orientação religiosa, política ou sexual, identidade de gênero, idioma ou por outras questões.
- Disponibilize informações sobre prerrogativas e mecanismos de feedback em formatos e idiomas acessíveis. Promova a divulgação entre 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 seu acesso à ajuda com segurança.



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 fique sujeita a mais violência, coerção ou privação; e

- Apoiar as iniciativas das próprias pessoas para que recuperem sua dignidade e 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

Encaminhamentos: tome conhecimento dos sistemas de encaminhamento existentes e ajude as pessoas atingidas pela violência para que acessem com segurança os 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 gênero para que tenham acesso a serviços como cuidados de saúde, ajuda policial, apoio psicossocial e para a 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 Gênero 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.

Ação comunitária: apoie ações comunitárias e atividades de autoajuda que auxiliem a restaurar a sensação de controle das pessoas e a melhorar a proteção delas.

Apoie os mecanismos de resposta à proteção da família, da comunidade, dos indivíduos e de suporte à saúde mental e psicossocial. Podem-se incluir nesta ação oportunidades que permitam às pessoas discutir 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, inclusive as famílias não tradicionais, e ajude as pessoas de um determinado povoado ou de uma mesma rede de apoio a viver na mesma área.

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

Violações em curso, monitoramento e denúncia: conheça os mecanismos para denunciar violações de direitos humanos e seguir os procedimentos e as políticas em vigor para o compartilhamento seguro 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

peças é do governo e de outras autoridades competentes. Trabalhe com agências especializadas para identificar as partes que têm responsabilidade legal ou capacidade de prover proteção e lembre-as de 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 conveniente e seguro, alerte a polícia, os militares ou as autoridades responsáveis pelo cumprimento da lei a respeito de violações dos direitos humanos.

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

Gestão de informações delicadas: as organizações humanitárias devem ter políticas e procedimentos claros para orientar a equipe sobre como agir quando tiver conhecimento ou for testemunha de abusos e sobre como fazer o encaminhamento deles a especialistas ou a agências especializadas. A confidencialidade das informações deve ser explicada nessas políticas.

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 coletadas 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.*



Os agentes humanitários ajudam as comunidades afetadas a reivindicar 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 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 suas prerrogativas; e
- Defender o respeito absoluto aos direitos das pessoas e ao Direito Internacional, contribuindo para um ambiente de proteção mais sólido.

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

Notas de orientação

Informação acessível: proporcione instrução e informações que capacitem as pessoas a compreender e a reivindicar seus direitos. Informe-as a respeito de suas prerrogativas, como, por exemplo, as opções de retorno e de reassentamento. Trabalhe em conjunto com organizações especializadas que prestam auxílio jurídico para informar as pessoas sobre seus direitos segundo a legislação e os regulamentos do país.

Disponibilize as informações em idiomas que as pessoas afetadas possam entender. Use 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, gênero, nível de escolaridade e língua materna.

Documentação: as pessoas em geral têm direitos, independentemente de possuírem ou não documentação específica. Contudo, elas poderão enfrentar dificuldades para exercer seus direitos e prerrogativas 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 cartões de racionamento ou documentos de registro. A documentação emitida pelas autoridades não deve determinar quem tem direito a receber ajuda de organizações humanitárias.

Acesso a apoio jurídico e a sistemas de justiça: as pessoas têm o direito de buscar, junto ao governo e às autoridades competentes, reparação pela via judicial ou outras por violações de seus direitos. Essa reparação pode incluir a compensação pela perda da propriedade ou sua restituição. Elas também têm a prerrogativa de esperar que os autores das violações sejam levados à justiça.

Ajude as pessoas que optam por uma solução jurídica para que tenham acesso à justiça de maneira segura. Para fazer um encaminhamento eficaz, é necessário saber que agências 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 gênero devem ter conhecimento do sistema médico-legal nacional e da legislação concernente à violência sexual. Informe os sobreviventes a respeito das leis sobre denúncia obrigatória que possam limitar o sigilo das informações por eles reveladas. Tal fato pode influenciar a decisão do sobrevivente sobre continuar com o tratamento ou com a denúncia, mas ela deve ser respeitada; ⊕ 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 como elas podem ter acesso a esses serviços quando eles estiverem disponíveis.

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

Apêndice

Resumo das Normas Profissionais para o Trabalho de Proteção

Em um conflito armado ou em outras situações de violência, é fundamental a proteção de civis que possam estar expostos a danos e a sofrimento. Uma resposta de proteção eficaz requer competência profissional e adesão às Normas Mínimas Profissionais 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 em comum para o trabalho de proteção entre agentes humanitários e de direitos humanos e para maximizar a eficácia desse trabalho para com a população afetada. Elas 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 no monitoramento das respostas de proteção às ameaças e aos riscos que enfrentam. Além de melhorarem a segurança física das pessoas, as ações voltadas à sua proteção devem promover o respeito aos direitos, à dignidade e à integridade daquelas 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 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 oferecem às organizações uma base sólida a partir da qual elas podem revisar e desenvolver políticas internas, orientações e materiais para formação. Elas oferecem uma referência prática aos profissionais que planejam 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 entender como os agentes especializados em matéria de proteção executam atividades para melhorar a proteção dos indivíduos e das comunidades com segurança.

Essas normas não buscam 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 em suas próprias práticas, orientações e treinamentos.

As Normas Profissionais de 2018 estão organizadas como segue:

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. Capacitação profissional

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

Para garantir os resultados do trabalho de proteção, muitas vezes se fazem necessários o diálogo e a interação entre agentes humanitários e de direitos humanos e as operações das Nações Unidas para manter a paz, como também entre outras forças policiais e militares sob mandato internacional. As Normas Profissionais orientam sobre como manter, nessas interações, um enfoque lastreado em princípios.

As Normas Profissionais também abordam as iniciativas nacionais, regionais e internacionais para deter o “extremismo violento”, por meio de uma legislação antiterrorismo, esclarecendo sobre as implicações deste tipo de legislação 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 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 a habitação, terra e 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 Situação de Emergência (INEE), 2010. <https://inee.org>



Leitura complementar

Para sugestões de leitura complementar, por favor acesse 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

Gioffi 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 a habitação, terra e 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>

HIV

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 orientação sexual diversificada, expressão e identidade de gênero e 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/>

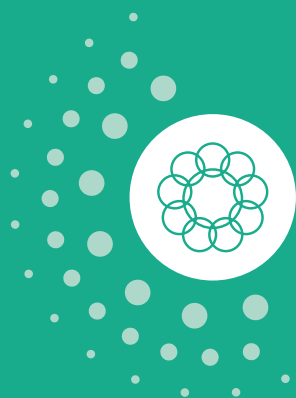
Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional dos Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Painel

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>

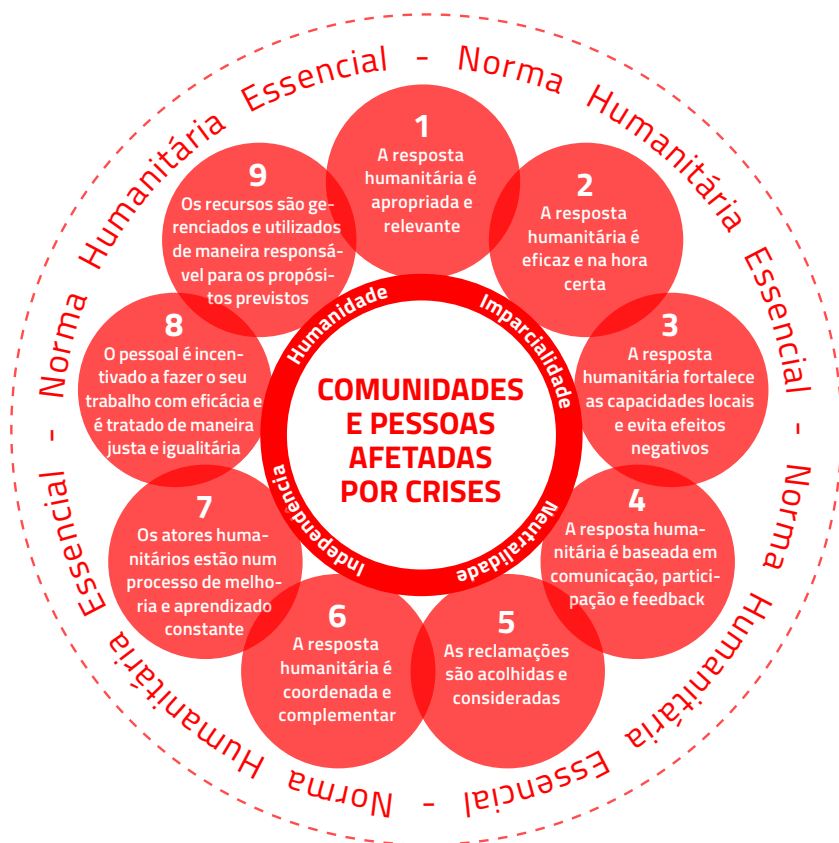
Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf





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)

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave e as responsabilidades organizacionais (on-line)

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 monitorar as ações-chave e as responsabilidades organizacionais (on-line)	
Referências e leitura complementar	89



Uma Norma Essencial com nove compromissos

Normalmente, em uma 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 em comum, os resultados podem ser inconsistentes e imprevisíveis.

A Norma Humanitária Essencial para Qualidade e Prestação de Contas estabelece nove compromissos que as organizações e os indivíduos envolvidos em uma resposta humanitária podem usar 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 governantes e a outras partes intervenientes, as quais, sabendo com o que as organizações humanitárias se comprometeram, poderão exigir delas uma prestação de contas. 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 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 respaldam todas as normas técnicas. Em todo o Manual há referências cruzadas entre os capítulos técnicos e tais fundamentos.

Mais informações detalhadas da Norma Humanitária Essencial e recursos para auxiliar os usuários a aplicá-la na prática podem ser encontrados em: corehumanitarian-standard.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), de People In Aid e do Groupe URD. Agora, ela é administrada em nome do setor por Esfera, CHS Alliance e Groupe URD, que, em conjunto, detêm os direitos autorais.

Cada um dos nove compromissos concentra-se num aspecto específico da resposta. Juntos, eles estabelecem uma metodologia consistente para 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 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 no tempo e em lugares diversos.
- As **ações-chave e as responsabilidades organizacionais** descrevem o que a equipe deve entregar, assim como as políticas, os processos e os sistemas que as organizações precisam ter para assegurar que seus membros prestem uma assistência humanitária de alta qualidade e 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 planejamento, à avaliação e à revisão de atividades; ➕ *ver Apêndice 1 (disponível on-line).*
- As **referências** oferecem uma aprendizagem adicional sobre assuntos específicos.

O diagrama seguinte mostra 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



Usando a Norma Humanitária Essencial (Figura 3)

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias recebem ajuda adequada e relevante às suas necessidades.

A resposta humanitária é apropriada e relevante.

Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária acreditam que a resposta leva em consideração suas necessidades, culturas e 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 proteção.

Ações-chave

1.1 Conduzir 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.
- Avaliar as capacidades locais (materiais, humanas, mercados) para atender às necessidades prioritárias de assistência e proteção, considerando que estas vão mudar no decorrer do tempo.
- Cruzar e verificar informações sabendo que os dados da avaliação inicialmente estarão incompletos, mas isso não deve impedir as ações para salvar vidas.
- Avaliar a proteção e a segurança das populações afetadas, deslocadas e de acolhida para identificar ameaças de violência e qualquer forma de coerção, denegação de subsistência ou denegação de direitos humanos básicos.
- Avaliar a dinâmica relativa a gênero e 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 compartilhados com as agências interessadas, os governos e as populações afetadas.

1.2 Desenhar e implementar programas apropriados com base na avaliação imparcial das necessidades e dos riscos e na compreensão das vulnerabilidades e capacidades dos diferentes grupos.

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

1.3 Adaptar programas de acordo com as mudanças nas necessidades, capacidades e contexto.

- Monitorar a situação política e adaptar a análise e a segurança das partes intervenientes.
- Monitorar regularmente os dados sobre epidemias e outros, para embasar uma tomada de decisões contínua e priorizar intervenções que salvam vidas.
- Permanecer flexível o suficiente para reformular qualquer intervenção em resposta à alteração das necessidades. Confirmar que os doadores concordam com as mudanças no programa segundo a necessidade.

Responsabilidades organizacionais

1.4 As políticas se comprometem a oferecer assistência imparcial baseada nas necessidades e capacidades das comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias.

- As organizações mantêm políticas, processos e sistemas que respaldam o compromisso com os princípios humanitários e de inclusão.
- Todos os funcionários compreendem suas responsabilidades e o modo como devem atendê-las.
- As organizações partilham estas políticas com outras partes intervenientes de forma transparente.

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

- Os níveis exigidos de desagregação de dados para avaliação e relatórios são descritos com clareza.

1.6 Existem processos que garantem uma análise contínua do contexto.

- Os trabalhadores humanitários recebem apoio administrativo para adquirir conhecimento, habilidades, comportamentos e atitudes necessários para gerenciar e executar suas 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 presumidas, mas identificadas por meio de avaliações que as envolvam em um diálogo permanente para encontrar respostas apropriadas.

Avalie a possibilidade de dar uma 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 aflitas durante uma avaliação.

Assegure-se de que sejam feitas avaliações especializadas de grupos que enfrentam eventuais 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.

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

Vulnerabilidade: os fatores sociais e contextuais também contribuem para a vulnerabilidade das pessoas; entre eles, 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 governança, a etnia, a classe, a casta e a afiliação religiosa ou política.

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 se recuperar de crises. Para respeitar o direito à vida com dignidade, envolva ativamente as pessoas atingidas nas decisões que lhes dizem respeito. Podem ser necessárias iniciativas específicas para fortalecer a participação de grupos normalmente sub-representados, como os de mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência e minorias linguísticas ou étnicas.

Desagregação de dados: ela 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 de dados desagregados é necessária para contextualizar as normas e também para monitorar. Um bom uso de 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 a Esfera?*

Análise continuada e uso efetivo dos dados: os sistemas de recursos humanos devem ser flexíveis o suficiente para recrutar e disponibilizar rapidamente as equipes de avaliação. Os orçamentos e os recursos do programa devem ser alocados de acordo com a necessidade. Os recursos financeiros devem subsidiar a análise continuada das necessidades relativas à assistência e à proteção, à adaptação e à correção de programas, inclusive das medidas que facilitem o acesso (como os mecanismos de extensão, acessibilidade a instalações e comunicação).

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias têm acesso à ajuda humanitária de que precisam na hora certa.

A resposta humanitária é eficaz e implementada na hora certa.

Indicadores de desempenho

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

Ações-chave

2.1 Desenhar 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 de resposta local quando o plano de contingência indicar áreas ou populações vulneráveis e que possam vir a ser de difícil acesso no futuro.

2.2 Oferecer uma resposta humanitária em tempo hábil, 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 na hora certa.
- Incluir cronogramas para os processos de entrega e de monitoramento nos planos do programa, 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 impedem a ajuda em tempo hábil.

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 supridas 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 o uso de normas mundialmente aceitas que complementem as normas nacionais (inclusive as Normas Esfera e de parceiros nos setores afins).

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

- Definir os indicadores de desempenho temporizáveis e de contexto específico. Revisá-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). Monitorar o rendimento do projeto e os resultados esperados, como o uso de instalações ou mudanças de práticas.
- Revisar regularmente os sistemas de modo que somente as informações úteis sejam coletadas, 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 usar normas humanitárias de qualidade técnica e de desenvolver expertise nas áreas de intervenção escolhidas.
- Identificar as condições sob as quais a organização precisa fornecer serviços fora de sua área de expertise até que outros agentes possam fazê-lo.

2.7 As políticas garantem:

- a. o monitoramento e avaliação sistemáticos, objetivos e contínuos das atividades e seus efeitos;
- b. o uso de informações do monitoramento e das avaliações para adaptar e melhorar os programas;
- c. a tomada de decisões em tempo hábil e a alocação dos recursos de acordo com essas decisões.

Notas de orientação

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

Use sistemas de previsões 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 para que respondam rapidamente quando necessário. Isso também permitirá que as pessoas afetadas protejam seus bens antes que suas vidas e sua subsistência estejam em risco.

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

Documente as decisões e os processos de tomada de decisões para demonstrar transparência. Tome como base para os processos de consulta a participação significativa e a coordenação com outros agentes; ⊕ *ver Compromisso 6*.

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

Use indicadores de monitoramento que abarquem toda a resposta, se disponíveis.

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.

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



Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias não são afetadas negativamente e estão mais preparadas, resilientes e menos em risco como resultado da ação humanitária.

A resposta humanitária fortalece capacidades locais e evita efeitos negativos.

Indicadores de desempenho

1. Como resultado da ação humanitária, as comunidades e as pessoas afetadas por uma crise consideram a si mesmas mais capazes de enfrentar choques e estresses futuros.

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

Ações-chave

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

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

3.2 Aproveitar os resultados de quaisquer avaliações de perigos ou riscos das comunidades e de 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 primeiros socorristas no caso de futuras crises humanitárias, tomando medidas para garantir que os grupos marginalizados e desfavorecidos sejam devidamente representados.

- Trabalhar com as autoridades municipais e o governo local tanto quanto possível.
- Propugnar 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 equipes locais e nacionais em vez de expatriados, considerando a diversidade da população sempre que possível.

3.4 Planejar uma estratégia de transição ou saída nas primeiras etapas do programa 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 permanecer além do período de duração da resposta.

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

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

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

3.6 Identificar e reagir aos efeitos negativos potenciais e reais não intencionais de maneira sistemática, inclusive nas áreas de:

- a. proteção, segurança, dignidade e direitos das pessoas;
- b. exploração e abuso sexual pela equipe;
- c. cultura, gênero e relações sociais e políticas;
- d. meios de subsistência;
- e. economia local; e
- f. meio ambiente.

Responsabilidades organizacionais

3.7 Políticas, estratégias e orientações são concebidas para:

- a. evitar que os programas causem efeitos negativos como, por exemplo, exploração, abuso ou discriminação pela equipe contra as comunidades e pessoas afetadas por crises; e
- b. fortalecer as capacidades locais.

3.8 Existem sistemas para salvaguardar qualquer informação pessoal obtida das comunidades e pessoas afetadas por 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 às pessoas que recebem ajuda quais são os seus direitos em relação à proteção de dados, como podem ter acesso às informações pessoais que uma organização detém sobre elas e como manifestar suas preocupações quanto ao uso indevido das informações.



Notas de orientação

Resiliência da comunidade e liderança local: as comunidades, as organizações e as autoridades locais são as primeiras a agir numa crise humanitária e têm 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 sua maneira de trabalhar e estabelecer um diálogo aberto e uma crítica construtiva. A infraestrutura e os serviços locais devem ser usados sempre que possível em vez de se criarem sistemas paralelos.

Transição e estratégias de saída: planeje, 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, o uso dos materiais disponíveis no local ou o fortalecimento da capacidade de gestão local).

Efeitos negativos e “não causar danos”: o alto valor dos recursos empregados 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 indébita 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 grupos diversos. Antecipe esses eventuais efeitos negativos, monitore e adote medidas de prevenção, se possível.

Fique atento às práticas culturais que podem ter feitos negativos sobre alguns grupos, como, por exemplo: privilégios a meninas e 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 e mecanismos de reclamação podem reduzir abusos e os usos indevidos. A equipe deve acolher e solicitar sugestões e queixas. Também deve ser treinada a exercer a confidencialidade e a encaminhar informações delicadas como as revelações de abuso e exploração.

Exploração e abuso sexual por parte dos funcionários: todos os funcionários dividem a responsabilidade de evitar a exploração e o abuso. Os membros da equipe têm a responsabilidade de relatar qualquer abuso de que suspeitem ou que testemunhem, seja dentro de sua própria organização ou fora dela. Observe que as crianças (principalmente as meninas) geralmente são muito mais vulneráveis, e as políticas devem protegê-las contra exploração e abuso de maneira explícita; ⊕ *ver Compromisso 5.*

Preocupações ambientais: a resposta humanitária pode causar degradação do meio ambiente (por exemplo, erosão, esgotamento ou poluição de lençóis freáticos, pesca predatória, produção de resíduos e 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 coleta de águas pluviais, o uso eficiente de recursos e a ética nas políticas e práticas de contratos e de compras. As principais atividades de construção devem ser realizadas apenas mediante o acompanhamento de uma avaliação ambiental; ⊕ *ver Compromisso 9.*

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

As políticas e os procedimentos devem refletir um compromisso com a proteção de pessoas vulneráveis e definir meios para evitar e investigar o abuso de poder. O recrutamento, a seleção e a contratação cuidadosos podem ajudar a reduzir o risco de má conduta da equipe, e os códigos de conduta devem deixar claro quais são as práticas proibidas. Os funcionários devem concordar formalmente em aderir a esses códigos e devem ser alertados das sanções que irão enfrentar se deixarem de segui-los; ⊕ *ver Compromisso 8*.

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

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

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias conhecem os seus direitos e prerrogativas, têm acesso a informações e participam nas decisões que lhes afetam.

A resposta humanitária é baseada em comunicação, participação e feedback.



Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária têm o conhecimento de seus direitos e de suas prerrogativas.
2. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária consideram que têm acesso em tempo hábil a informações claras e pertinentes, inclusive 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 equipe é treinada e recebe orientação sobre os direitos da população afetada.

Ações-chave

4.1 Oferecer informações para as comunidades e as pessoas afetadas por crises humanitárias sobre a organização, os princípios aos quais ela adere, o que ela espera do comportamento da sua equipe, os programas que está desenvolvendo e o que pretende oferecer.

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

4.2 Comunicar-se em línguas, formatos e mídias de fácil compreensão, respeitosos e culturalmente apropriados para os diferentes membros da comunidade, especialmente entre grupos vulneráveis e marginalizados.

- Usar os meios de comunicação existentes e consultar as pessoas sobre suas preferências para se comunicarem. Verificar o grau de privacidade necessário para os diferentes formatos e mídias.
- 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 engajamento das comunidades e das pessoas afetadas por crises em todas as etapas do trabalho.

- Dar atenção a grupos ou indivíduos historicamente excluídos do poder e do processo de tomada de decisões. Estudar, sistematicamente, meios éticos para envolver esses indivíduos e grupos com a finalidade de respeitar sua dignidade e evitar o aumento do preconceito.
- Ponderar o equilíbrio entre a participação direta da comunidade e a representação indireta pelos representantes eleitos nas várias etapas da resposta.

4.4 Incentivar e permitir que as comunidades e as pessoas afetadas por crises humanitárias possam opinar 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 responderam ao feedback.

- Treinar a equipe 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 maneira como os serviços são prestados.
- Integrar a coleta de feedback numa abordagem mais ampla entre todas as organizações ou setores para poder revisar, analisar e agir com base no feedback.
- Partilhar a resposta ao feedback com a comunidade.

Responsabilidades organizacionais

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

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

4.6 Existem políticas para engajar comunidades e pessoas afetadas por crises refletindo sobre as prioridades e os riscos que elas identificam em todas as etapas do trabalho.

- Descrever como os funcionários são treinados e estimulados a facilitar o envolvimento e a tomada de decisões da comunidade. Ouvir diversas comunidades de pessoas afetadas e tratar do feedback negativo.
- Planejar políticas e estratégias para ajudar a criar tempo e espaço para o diálogo, a tomada de decisões e a autoajuda na comunidade.

4.7 As comunicações externas incluindo aquelas usadas para arrecadação de recursos são precisas, éticas e respeitosas, apresentando as comunidades e pessoas afetadas por crises como seres humanos dignos.

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



Notas de orientação

Partilhe informações com as comunidades: partilhar informações precisas, em tempo hábil, compreensíveis e acessíveis 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 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 ela, o que pode gerar raiva, frustração e insegurança.

Comunicação eficaz, segura, acessível e inclusiva: grupos distintos têm distintas necessidades e fontes de comunicação e de informação distintas. Eles podem precisar de tempo para conversar entre si num ambiente seguro e privado para processar a informação e suas implicações.

Consentimento informado: esteja ciente de que algumas pessoas podem expressar consentimento sem um completo entendimento de suas implicações. Isso não é o ideal, mas certo grau de consentimento e participação pode, inicialmente, ser presumido com base em manifestações de vontade para participação nas atividades do projeto, observação, conhecimento ou na elaboração de documentos legais ou outros (como acordos contratuais com a comunidade); ⊕ *ver Princípio de Proteção 1.*

Participação e 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 mais bem utilizado consultando-se antes, e não consertando decisões inadequadas depois. Nos primeiros estágios 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 envolverem-se na tomada de decisões.

Saiba que, em alguns cenários de conflito, estimular discussões e tomada de decisões nos grupos poderia ser visto como uma forma de organização política e poderia prejudicar pessoas locais. Pense em vários métodos para melhorar o envolvimento da comunidade com o sistema de feedback incluindo o uso de cartões de pontuação.

Feedback: o feedback formal pode ser obtido mediante avaliações específicas (por meio de grupos de discussão ou entrevistas), pelo monitoramento pós-distribuição ou por questionários. O feedback informal, recebido durante a interação diária, também deve ser usado continuamente para desenvolver a confiança e melhorar os programas. Obtenha feedback para saber se mulheres, homens, meninas e meninos sentem-se respeitados e satisfeitos com 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 críticas possa ter repercussões negativas. Também pode haver razões culturais pelas quais são inaceitáveis críticas a uma intervenção. 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. Eles 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 monitoramento das organizações.

Promoção de uma cultura de comunicação aberta: as organizações devem declarar publicamente (em seu site ou em material promocional que seja acessível às pessoas afetadas) todos os seus interesses específicos, como os relativos à identidade política ou religiosa. Isso permite às partes intervenientes uma melhor compreensão da natureza da organização e de suas prováveis afiliações e políticas.

Compromisso das organizações com a participação e a escuta às comunidades: as políticas relativas a gênero e 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.

Informações restritas, confidencialidade e sigilo: nem todas as informações devem ser compartilhadas com todas as partes intervenientes. Analise como a coleta de informações que identifiquem grupos (dados demográficos) ou indivíduos possa 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, fotografias e vistos fora de contexto podem ser mal interpretados e também aumentar os riscos à proteção. As políticas e as orientações relativas a comunicações externas devem estar disponíveis para todos os funcionários e podem ajudar a evitar erros.

Detalhes anexados a imagens e incluídos em narrativas não devem possibilitar que pessoas (especialmente crianças) sejam rastreadas até as suas casas ou comunidades. O recurso de localização deve ser desabilitado quando se tiram fotografias.

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias têm acesso a mecanismos seguros e ágeis para lidar com reclamações.

As reclamações são bem recebidas e consideradas.



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 sua utilização.
2. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária consideram acessíveis, eficazes, confidenciais e seguros os mecanismos de resposta a reclamações.
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 por crises humanitárias sobre o desenho, a implementação e o monitoramento 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 impedir as pessoas e os funcionários de fazer reclamações e o modo como elas desejam receber resposta às reclamações. Estudar como as queixas serão registradas e acompanhadas e como aquilo que se aprendeu com elas poderá ser incorporado em futuro planejamento.
- Pesquisar mecanismos de reclamação em conjunto com outras agências, parceiros e terceiros contratados.
- Treinar os funcionários no uso dos mecanismos de reclamação.

5.2 Acolher e aceitar reclamações, além de explicar como acessar o mecanismo para tal 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, durante a qual as pessoas possam fazer mais perguntas sobre como eles vão funcionar.

5.3 Gerenciar reclamações em tempo hábil e de maneira justa e apropriada priorizando a segurança das pessoas que fazem a reclamação e daquelas 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 atendimento de reclamações.

Responsabilidades organizacionais

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

- Manter registro de como o mecanismo de reclamação é estabelecido, 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 permaneçam confidenciais, em estrita observância das políticas de proteção de dados.
- Trabalhar em conjunto com outras organizações nos mecanismos de reclamação, já que isso pode trazer menos confusão para as comunidades e a equipe.

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

- Dar publicidade às políticas relacionadas ao dever de cuidado da organização frente às pessoas que ela objetiva assistir, aos seus códigos de conduta e ao modo como vai proteger os grupos potencialmente vulneráveis, como os de mulheres, de crianças e de pessoas com necessidades especiais.

- Estabelecer procedimentos formais de investigação que adotem os princípios de confidencialidade, independência e respeito. Conduzir investigações de modo exaustivo, célere e profissional, atendendo às normas legais e às obrigações trabalhistas locais. Oportunizar a gestores designados formação sobre investigações e sobre como lidar com a má conduta dos funcionários ou disponibilizar o acesso a assessoria especializada.
- Incluir um procedimento de oferecimento 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 Comunidades e pessoas afetadas por crises estão bem 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 para as comunidades e os 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 cabem dentro da abrangência da organização são transferidas para uma entidade relevante de uma maneira consistente com a boa prática.

- Esclarecer quais reclamações estão na alçada da organização e quando e de que forma encaminhá-las a outros prestadores de serviços.

Notas de orientação

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

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

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

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 controle da agência, poderá haver frustração e desapontamento.



Gerenciando reclamações: explique com clareza para o reclamante quando a reclamação estiver fora do controle e da competência da organização. Quando possível e com a concordância do reclamante, encaminhe a reclamação para a organização apropriada. Coordene-se com outras agências e setores para assegurar-se de que tal procedimento funcione eficazmente.

Somente funcionários treinados podem investigar alegações de exploração e abuso sexual por parte de colaboradores humanitários.

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

As reclamações anônimas e maldosas são desafios específicos, porque sua origem é desconhecida. Elas podem ser um sinal de alerta de descontentamento velado para a organização e, para acompanhar o assunto, será necessário investigar se há alguma causa anterior para a reclamação que era desconhecida.

Protegendo 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 de seus próprios familiares. Idealize um mecanismo que assegure que as reclamações sejam tratadas confidencialmente. Deve ser implementada uma política de denúncia de irregularidades para proteger os funcionários que demonstrarem preocupação com programas ou com comportamentos de colegas.

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

Processo de atendimento de 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.

Exploração e abuso sexual de pessoas afetadas por uma crise: uma organização e sua alta administração 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 em seus acordos de parceria.

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

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

Comportamento da equipe e códigos de conduta: as organizações devem ter um código de conduta para a equipe que seja endossado pela alta gerência e que seja de conhecimento público. Deve-se aplicar a todos os funcionários e parceiros uma política de proteção à infância. 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.*

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias recebem apoio coordenado e complementar.

A resposta humanitária é bem coordenada e complementar.

Indicadores de desempenho

1. As organizações reduzem lacunas e sobreposições identificadas pelas comunidades afetadas e pelos parceiros mediante uma ação coordenada.
2. As organizações de resposta — inclusive as organizações locais — partilham informações pertinentes mediante mecanismos de coordenação formais e informais.
3. As organizações coordenam as avaliações de necessidades, a entrega da ajuda humanitária e o monitoramento 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, responsabilidades, capacidades e interesses dos diferentes agentes envolvidos.

- Pensar na possibilidade de colaboração para otimizar a capacidade das comunidades, dos governos de acolhida, dos doadores, do setor privado e das organizações humanitárias (locais, nacionais, internacionais) com diferentes incumbências e experiências técnicas.
- Sugerir e liderar avaliações, treinamentos 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 planejamento e a coordenação geral das iniciativas de socorro são de responsabilidade dos governos de acolhida.

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

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

- Defender, por meio de 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 monitorar e avaliar em conjunto as atividades e a resposta global.
- Determinar o escopo das atividades e dos compromissos assim como qualquer sobreposição com outros organismos de coordenação e como ela será tratada como, por exemplo, a coordenação quanto a assuntos relativos à prestação de contas, ao gênero e à proteção.

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

- Respeitar o uso da(s) língua(s) local(is) em reuniões e em outras comunicações. Examinar as barreiras de comunicação de forma que as partes intervenientes locais possam participar.
- Falar com clareza e evitar jargões, gírias e expressões idiomáticas, especialmente quando outros participantes não falarem a mesma língua.
- Oferecer intérpretes e tradutores, se necessário.
- Avaliar o lugar das reuniões para possibilitar que os agentes locais participem.
- Trabalhar com a rede de trabalho da sociedade civil local para garantir a contribuição de seus membros.

Responsabilidades organizacionais

6.5 Políticas e 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 parceiros, autoridades de acolhida e outros agentes humanitários e não humanitários.
- Os funcionários que representam as agências em reuniões de coordenação devem dispor das devidas informações, habilidades e autoridade para contribuir com o planejamento e a tomada de decisões. As responsabilidades de coordenação devem estar claramente expressas na descrição de cargos da equipe.

6.6 O trabalho com parceiros é gerenciado 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

Trabalhando com o setor privado: o setor privado pode aportar para as organizações humanitárias eficiência comercial, experiência técnica e recursos complementares. No mínimo, é necessário compartilhar 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 não tenha 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 seus próprios objetivos.

Coordenação civil-militar: as organizações humanitárias devem manter 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, inclusive em termos de segurança, logística, transporte e comunicações. Contudo, qualquer vinculação a eles deve ser a serviço das agências humanitárias, liderada por elas e de acordo com as regras aprovadas; ⊕ *ver O que é a Esfera? Carta Humanitária e Princípios de Proteção*. Algumas organizações manterão um diálogo mínimo para assegurar eficiência operacional, enquanto outras podem estabelecer ligações mais estreitas.

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

Ajuda complementar: as organizações e as autoridades locais e as redes da sociedade civil têm experiência significativa em contextos específicos. Elas 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 seu discernimento em relação à isenção delas, mantendo os interesses da população afetada no centro da tomada de decisões.

Coordenação: a coordenação intersetorial pode resolver as necessidades das pessoas holisticamente, 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 de saúde, proteção e educação, como, por exemplo, um grupo técnico de trabalho composto por esses especialistas.

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



A participação em mecanismos de coordenação antes de 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 eles existirem.

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

O compartilhamento de informações (inclusive financeiras) entre partes intervenientes distintas e mecanismos de coordenação distintos facilita a identificação de lacunas ou de sobreposições no programa.

Trabalhando com parceiros: pode haver diferentes tipos de acordo com os parceiros, desde uma relação puramente contratual até o compartilhamento de recursos e de tomada de decisões. Respeite a missão e a visão da organização parceira bem como sua independência. Identifique 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 e opções mais variadas de resposta.

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

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias podem esperar melhorias no apoio na medida em que as organizações aprendem com experiência e reflexão.

Os agentes humanitários estão sempre aprendendo e melhorando.

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. São feitas 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 Desenhar os programas com base nas lições aprendidas e na experiência anterior.

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

grupos e identificando claramente quem se beneficiou de programas anteriores e quem não.

- Considerar tanto os fracassos quanto os êxitos.

7.2) Aprender, inovar e implementar mudanças baseando-se no monitoramento e na avaliação, no feedback e nas reclamações.

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

7.3) Compartilhar a aprendizagem e a inovação internamente com as comunidades e pessoas afetadas por crises e outros intervenientes.

- Apresentar as informações coletadas por meio do monitoramento e da avaliação em um formato acessível que permita o compartilhamento 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 uma revisão de desempenho e um plano de melhoria em seu ciclo de aprendizagem que se baseia em indicadores mensuráveis e objetivos.
- Todos os funcionários compreendem suas responsabilidades em relação ao monitoramento do progresso de seu trabalho e ao modo como a aprendizagem pode contribuir para o seu desenvolvimento profissional.

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

- A aprendizagem das organizações conduz a mudanças práticas (como a melhoria das estratégias para executar avaliações, a reorganização das equipes 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 em resposta humanitária tanto em nível individual quanto em 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

Aprendendo 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.

Monitoramento – a coleta periódica de conjuntos de dados das atividades e do desempenho do projeto pode ser usada para a correção de rumo. Utilize dados qualitativos e quantitativos para monitorar e avaliar. Faça a triangulação de dados e mantenha registros consistentes. Leve em consideração aspectos éticos do modo como os dados são coletados, tratados e relatados. Determine que dados devem ser coletados e como são apresentados, tendo em vista o uso pretendido e os usuários. Não colete dados que não serão analisados ou utilizados.

Revisões em tempo real – processos pontuais de avaliação envolvendo as pessoas que trabalham no projeto. Podem ser usados para corrigir o rumo.

Feedback – informações recebidas das pessoas afetadas, não necessariamente estruturadas, que podem ser usadas para corrigir o rumo. As pessoas afetadas por uma crise são as que melhor podem julgar as mudanças em suas vidas.

Revisões pós-ação – processos pontuais envolvendo as pessoas que trabalham no projeto e que ocorrem após o término dele. Identificam os elementos que devem ser mantidos e os que devem ser modificados nos projetos futuros.

Avaliações – atividades formais com o propósito de determinar objetivamente o valor de uma ação, de um projeto ou de um programa, normalmente conduzidas por pessoas externas ao projeto. Podem ocorrer em tempo real (para permitir a correção de rumo) ou após o término do projeto, com a finalidade de carrear experiência para situações similares e embasar a estratégia.

Pesquisa – envolve estudo sistemático sobre questões específicas relacionadas à ação humanitária, geralmente usado para embasar a estratégia.

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 em suas próprias circunstâncias. Elas podem se beneficiar do suporte que as envolva mais sistematicamente em processos de inovação e desenvolvimento.

Colaboração e compartilhamento de lições: a aprendizagem colaborativa com outras agências, com órgãos governamentais ou não governamentais e com instituições acadêmicas é uma obrigação profissional e pode introduzir perspectivas e ideias novas, assim como maximizar o uso de recursos limitados. A colaboração também ajuda a reduzir o ônus de avaliações repetidas na mesma comunidade.

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

As redes e as comunidades de práticas (inclusive 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.

O monitoramento realizado pelas próprias pessoas afetadas por uma crise humanitária pode melhorar a transparência e a qualidade assim como estimular a apropriação da informação.

Políticas de avaliação e aprendizagem: as principais lições e as áreas identificadas para melhoria 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.

Gestão do conhecimento e aprendizagem da organização: a gestão do conhecimento envolve coleta, desenvolvimento, compartilhamento, armazenamento e uso eficaz do conhecimento e da aprendizagem da organização. Os funcionários nacionais antigos 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 para ajudá-los a desenvolver ou atualizar seus próprios planos de preparação para crises humanitárias.



Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias recebem a assistência de que precisam de equipes e voluntários bem gerenciados.

A equipe é incentivada a desenvolver bem o seu papel e é tratada de maneira justa e igualitária.

Indicadores de desempenho

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

Ações-chave

8.1 A equipe 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 trabalhista nacional geralmente determina a condição de um indivíduo e ela deve ser respeitada. Todos os funcionários devem ser informados de sua condição jurídica e organizacional, seja nacional ou internacional.

8.2 A equipe adere às políticas que são pertinentes e entende as consequências de não aderir a elas.

- 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 equipe desenvolve e usa as competências pessoais, técnicas e de gerência para cumprir o seu papel e compreende como a organização pode apoiá-la a fazer isso.

- As oportunidades de desenvolvimento formal dos funcionários podem ser limitadas em uma primeira fase da resposta, mas os gestores devem oferecer, pelo menos, orientações introdutórias e treinamento 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 percepção de discriminação considerando fatores como língua, etnia, gênero, deficiência e idade.
- Analise, com antecedência, como a organização deverá solucionar os picos de demanda por funcionários mais qualificados. Esclareça os cargos e as responsabilidades no âmbito nacional assim como as responsabilidades internas de tomada de decisões e comunicação.
- Evite contratar funcionários por curtos períodos de tempo, pois isso gera alta rotatividade da equipe, prejudica a continuidade e a qualidade do programa e pode levá-los a se esquivarem da responsabilidade pessoal pelas tarefas.
- Adote práticas de recrutamento éticas evitando o risco de enfraquecer a capacidade de ONGs locais.
- Fomente o recrutamento de funcionários locais que tenham mais probabilidade de permanecer 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 trabalhista local.

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

8.6 As descrições do emprego, os objetivos de trabalho e os processos de avaliação existem para que a equipe 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 em um plano de desenvolvimento.

8.7 Existe um código de conduta que estabelece, no mínimo, a obrigação da equipe 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 (inclusive para funcionários, voluntários, parceiros e fornecedores) quais são os padrões de comportamento esperados e quais são as consequências de sua inobservância.

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

- As organizações devem ter mecanismos para revisar 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 equipe.

- As agências têm o dever de zelar por seus funcionários. Os gestores dão ciência dos riscos aos trabalhadores humanitários e os protegem de exposição desnecessária a ameaças à sua saúde física e emocional.
- Podem ser adotadas medidas como gestão eficaz da segurança, recomendações preventivas de saúde, apoio ativo para trabalhar uma quantidade razoável de horas e acesso a apoio psicológico.
- Estabeleça uma política que indique tolerância zero para assédio e abuso, incluídos 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

Funcionários e 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 mais consciência em relação aos grupos marginalizados e para que evitem atitudes e práticas preconceituosas ou discriminatórias.

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 ser definidos e comunicados a eles. 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 seu gerente.

As políticas devem assumir compromissos explícitos quanto ao equilíbrio de gêneros 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 à acessibilidade no local de trabalho; a proibição de discriminação baseada em deficiência; a oferta de oportunidades iguais e 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 terceirizados contratados e os prestadores de serviços também devem conhecer as políticas e os códigos de conduta que se aplicam a eles, assim como as consequências do seu descumprimento (como a rescisão de contratos).

Normas de desempenho e desenvolvimento de competências: os funcionários e seus empregadores são mutuamente responsáveis pelo desenvolvimento de suas habilidades — incluindo habilidades de gestão. Com a ajuda de objetivos claros e normas de desempenho, os funcionários devem saber que habilidades, competências e conhecimentos são necessários para exercer suas atuais funções. Eles também devem ser informados sobre as oportunidades de crescimento e de desenvolvimento disponíveis ou exigidas. As competências podem ser aperfeiçoadas pela experiência, pelo treinamento, pela tutoria e pelo *coaching*.

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

Capacidades da equipe: os sistemas de gestão de pessoal diferem segundo a agência e o contexto, mas devem estar embasados em boas práticas. Eles precisam ser estudados e planejados em nível estratégico com o apoio da alta liderança. As organizações e os planos do projeto devem considerar a capacidade e o equilíbrio de gêneros na equipe. Deve haver o número certo de funcionários, com as habilidades certas, no lugar certo e na hora certa para a implementação dos objetivos organizacionais de curto e longo prazo.

As organizações devem possibilitar que os funcionários tenham as competências necessárias para apoiar a 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 nível de delegação e obter respostas mais rápidas.

O cronograma de revisão de desempenho deve ser suficientemente flexível para abranger tanto os funcionários que trabalham por curto período quanto aqueles com contrato por tempo indeterminado. Deve ser dada a devida atenção às competências de ouvir, 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.

Procedimentos e 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 logo que for possível para assegurar que seus pontos de vista sejam contemplados. Um manual de funcionários facilita o conhecimento e a consulta sobre as políticas e as consequências do seu descumprimento.

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 em um plano de desenvolvimento.

Uma resposta eficaz não envolve simplesmente garantir a presença de funcionários habilitados, mas também depende da forma como os indivíduos são gerenciados. As pesquisas sobre situações de emergência mostram que o gerenciamento eficaz, os sistemas, os modelos e os procedimentos são tão ou mais importantes que as habilidades da equipe de garantir uma resposta eficaz.

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

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

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

Um profissional da área de saúde mental, com preparo cultural e linguístico, deve contatar 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.

Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias podem esperar que as organizações que estão lhes ajudando utilizem os recursos de maneira efetiva, eficiente e ética.

Os recursos são gerenciados e implementados de forma responsável para o seu propósito.

Indicadores de desempenho

1. As comunidades e as pessoas afetadas por uma crise humanitária estão cientes do nível de 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; e
 - b. sem desvio ou desperdício.
3. Os recursos obtidos para a resposta são usados e monitorados 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 Desenhar programas e implementar processos para garantir o uso 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 Gerenciar e usar os recursos para cumprir o seu propósito, minimizando desperdícios.

- Assegurar a existência de sistemas e de uma equipe com habilidades específicas para administrar os riscos relativos às aquisições, à ajuda em dinheiro e ao gerenciamento do estoque.

9.3 Monitorar e relatar as variações entre as despesas e o orçamento.

- Estabelecer um planejamento financeiro e sistemas de monitoramento para garantir que os objetivos do programa sejam alcançados, incluindo procedimentos para mitigar os principais riscos da gestão financeira.
- Rastrear todas as transações financeiras.

9.4 Na hora de usar recursos locais e naturais, considerar o seu impacto no meio-ambiente.

- Realizar uma rápida avaliação do impacto ambiental para determinar riscos e implementar medidas de mitigação na resposta ou no programa tão logo seja possível.

9.5 Gerenciar o risco de corrupção e tomar as medidas necessárias se ela for detectada.

- Documentar os critérios e as fontes de financiamento. Estar aberto e transparente em relação às informações do projeto.
- Estimular as partes intervenientes a denunciar abusos de poder.

Responsabilidades organizacionais

9.6 Existem políticas e processos que orientam o uso e a gestão dos recursos incluindo como a organização:

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



Notas de orientação

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

Em crises importantes e agudas, costuma haver pressão para se responder a elas rapidamente e mostrar que as agências estão fazendo algo para resolver a situação. Isso pode levar a um planejamento deficiente do projeto e sem a ênfase necessária para prospectar as diversas opções possíveis de programas e de financiamento (por exemplo, a utilização de ajuda em dinheiro) que possam oferecer maior rentabilidade. Contudo, o alto risco de corrupção nestes contextos mostra que é importante oferecer treinamento e apoio para a equipe e estabelecer mecanismos de denúncias para prevenir a corrupção dentro dos sistemas; ⊕ ver *Compromissos 3 e 5*.

Atuar com uma equipe sênior experiente durante esse período pode ajudar a mitigar os riscos e a encontrar equilíbrio entre oferecer uma resposta em tempo hábil, 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 registros interagências e sistemas de logística).

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

Uso 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 registros contábeis devem cumprir as normas nacionais e/ou internacionais e devem ser aplicados sistematicamente na organização.

Fraude, corrupção e 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 diz respeito a valores monetários; é necessário, às vezes, alcançar um equilíbrio entre a economia, a eficácia e a eficiência.

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

Impacto ambiental e uso de recursos naturais: as respostas humanitárias podem ter 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 outros malefícios ambientais. Os ecossistemas são essenciais para o bem-estar do ser humano e o protegem 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 envolver as pessoas e suas preocupações nesse processo. O apoio à administração local dos recursos naturais deverá fazer parte do programa.

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 de 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 monitoramento no local e de transparência com as partes intervenientes podem reduzir os riscos de corrupção.

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

Mitigue 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.

Recursos naturais e impacto ambiental: as organizações devem estar comprometidas com políticas e práticas ambientais sólidas (incluindo um plano de ação e uma avaliação rápida do impacto ambiental) e fazer uso de orientações existentes que ajudem a resolver questões ambientais em uma 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.

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

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

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

Há várias formas de conflito de interesses e as pessoas nem sempre compreendem que estão violando códigos e políticas organizacionais. Por exemplo, usar 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 qualquer conflito de interesse, real ou potencial, é fundamental para administrá-lo.

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



Apêndice

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

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

Compromisso 1. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias recebem ajuda adequada e relevante às suas necessidades.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

1. Foi realizada e utilizada uma avaliação exaustiva e consultiva sobre capacidades e necessidades com a finalidade de embasar o planejamento 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 de necessidades, riscos, capacidades, vulnerabilidades e contexto? Os dados de avaliação e de monitoramento 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 presta ajuda adaptada às necessidades e às preferências da população afetada (por exemplo, ajuda em espécie, em dinheiro)? Há tipos de ajuda e de proteção distintos para distintos grupos demográficos?
6. Que ações são tomadas para adaptar a estratégia de resposta aos diferentes grupos demográficos com base na mudança das necessidades, das capacidades, dos riscos e do contexto?

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

1. A organização tem uma política clara, comprometida com uma ação humanitária imparcial, independente e baseada em direitos, e os seus funcionários estão cientes dela?
2. As partes intervenientes pertinentes consideram a organização imparcial, independente e não discriminatória?
3. Os processos de trabalho incluem mecanismos para, de forma consistente, coletar dados desagregados por sexo, idade, deficiência ou outras características relevantes?
4. Esses dados são usados habitualmente para orientar a idealização 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 faz regularmente pesquisa de mercado para definir as formas de ajuda apropriadas?

Compromisso 2. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias têm acesso à ajuda humanitária de que precisam na hora certa.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

1. As limitações, como barreiras físicas ou discriminação e riscos, são regularmente identificadas e analisadas, e os planos são devidamente adaptados em conformidade com a população afetada?
2. O planejamento observa o momento ideal para as atividades, tendo em vista fatores como clima, estação do ano, fatores sociais, facilidade de acesso ou conflitos?
3. Os atrasos na implementação dos planos e das atividades são monitorados e resolvidos?
4. São usados 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 do monitoramento são utilizados para adaptar os programas?

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

1. Há processos claros para avaliar se a organização dispõe de capacidade suficiente, financiamento e pessoal adequado disponível antes de assumir compromissos de programação?
2. Há diretrizes claras, processos e recursos para respaldar o monitoramento e a avaliação, cujos resultados são usados para a gestão e a tomada de decisões? Eles são conhecidos pela equipe?
3. Há processos claros para definir responsabilidades e prazos para a tomada de decisões quanto à alocação de recursos?

Compromisso 3. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias não são afetadas negativamente e estão mais preparadas, resilientes e menos em risco como resultado da ação humanitária.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

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

4. As estratégias e as ações para reduzir riscos e desenvolver resiliência são idealizadas por meio de consultas às pessoas e comunidades afetadas ou são orientadas por elas?
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 equipe dá apoio suficiente às iniciativas locais, inclusive às de autoajuda da comunidade, em particular de grupos minoritários e marginalizados, primeira resposta e desenvolvimento de capacidades para respostas futuras?
7. A resposta é desenhada 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 em consulta às pessoas afetadas e às outras partes intervenientes relevantes?

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

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

Compromisso 4. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias conhecem os seus direitos e prerrogativas, têm acesso a informações e participam nas decisões que lhes afetam.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

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



3. As opiniões das pessoas afetadas, inclusive as das mais vulneráveis e marginalizadas, são solicitadas e utilizadas para orientar a concepção e a implementação dos programas?
4. Todos 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 em 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. Existem canais de feedback disponíveis para as pessoas quando a ajuda é prestada por meio de transferências eletrônicas, mesmo que não haja contato direto com a equipe?

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

1. As políticas e os planos dos programas possuem disposições sobre o compartilhamento de informações com critérios sobre quais informações devem ser compartilhadas e quais não devem? Elas são conhecidas pelos funcionários?
2. As políticas e os planos dos programas possuem disposições sobre proteção de dados? Existem critérios para o armazenamento seguro de dados (em armários que podem ser trancados, para cópias impressas e em arquivos protegidos por senha, para cópias eletrônicas), com acesso restrito, destruição de dados em caso de saída e protocolos de compartilhamento de informações? Esses protocolos detalham que informações devem ser compartilhadas, com quem e em quais situações? Lembre-se de que as informações devem ser compartilhadas 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 informações confidenciais ou delicadas ou com informações que poderiam colocar os funcionários ou as pessoas afetadas em risco? Elas 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 captação de recursos? Eles são conhecidos pelos funcionários?

Compromisso 5. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias têm acesso a mecanismos seguros e ágeis para lidar com reclamações.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

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

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

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

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

Compromisso 6. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias recebem apoio coordenado e complementar.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

1. As informações sobre as competências, os recursos, as áreas geográficas e os setores de trabalho da organização são compartilhadas em tempo hábil 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 de autoridades locais e nacionais, são acessadas e utilizadas?
3. As estruturas de coordenação existentes foram identificadas e apoiadas?
4. Os programas de outras organizações e autoridades foram considerados na concepção, no planejamento e na implementação dos programas?
5. As lacunas e as sobreposições relativas à abrangência foram identificadas e resolvidas?

Perguntas de orientação para monitorar 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 os princípios humanitários?

Compromisso 7. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias podem esperar melhoras no apoio na medida em que as organizações aprendem com experiência e reflexão.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

1. As avaliações e revisões das respostas a crises similares são consultadas e incorporadas, conforme sua pertinência, ao desenho do programa?
2. Os processos de monitoramento, avaliação, feedback e tratamento de reclamações estão suscitando mudanças e/ou inovações na concepção e na implementação do programa?
3. A aprendizagem é sistematicamente documentada?
4. São usados sistemas específicos para compartilhar aprendizagem com as partes intervenientes pertinentes, inclusive com as pessoas afetadas e parceiros?

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

1. Há políticas e recursos para avaliações e aprendizagem? Eles são conhecidos pelos funcionários?
2. Há orientação clara para o registro 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 a organização contribui para os fóruns?

Compromisso 8. Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias recebem a assistência de que precisam de equipes e voluntários bem gerenciados.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

1. A missão e os valores da organização são comunicados aos novos membros da equipe?
2. O desempenho dos funcionários é administrado, o desempenho insuficiente é tratado e o bom desempenho é reconhecido?
3. Os funcionários assinam um código de conduta ou outro documento vinculatório similar? Em caso afirmativo, sua compreensão do regulamento está calcada na formação sobre ele 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? Eles o utilizam?

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

1. Há procedimentos para avaliar as necessidades de recursos humanos em relação à extensão e ao escopo do programa?
2. O planejamento 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 trabalhista local e seguem as boas práticas reconhecidas na gestão de pessoal?
4. As políticas de segurança e bem-estar da equipe abrangem necessidades práticas e psicossociais dos funcionários locais que possam ter sido pessoalmente afetados pela crise?
5. No recrutamento, no treinamento e na avaliação dos funcionários, são consideradas as habilidades interpessoais que auxiliam a capacidade da equipe de ouvir e responder ao feedback das pessoas afetadas por 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 contratantes) assinem um código de conduta (que abranja a prevenção da exploração e do abuso sexual) e eles recebem a devida formação sobre o código?
10. Há alguma estipulação, cláusula ou código de conduta incluso 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 sensíveis à localização para um mecanismo interno de tratamento de reclamações? Essas diretrizes são conhecidas pela equipe?
12. Os membros da equipe entendem, reconhecem e respondem à discriminação em seus próprios programas e em suas atividades?

Compromisso 9 Comunidades e pessoas afetadas por crises humanitárias podem esperar que as organizações que estão lhes ajudando utilizem os recursos de maneira efetiva, eficiente e ética.

Perguntas de orientação para monitorar as ações-chave

1. A equipe segue os protocolos organizacionais em decisões referentes a despesas?
2. As despesas são regularmente monitoradas e os relatórios são compartilhados ao longo da gestão do programa?
3. Os bens e 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 monitorados e medidas são tomadas para mitigá-los?



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

Perguntas de orientação para monitorar as responsabilidades organizacionais

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

Referências e leitura complementar

Recursos adicionais para a 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>

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. Grootenhuis, 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

Desenho 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

<http://www.planalto.gov.br>

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 em 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, monitoramento 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/transparencyminternational/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

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/>

Desenho 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 em 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, monitoramento 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 de Higiene



Carta
Humanitária



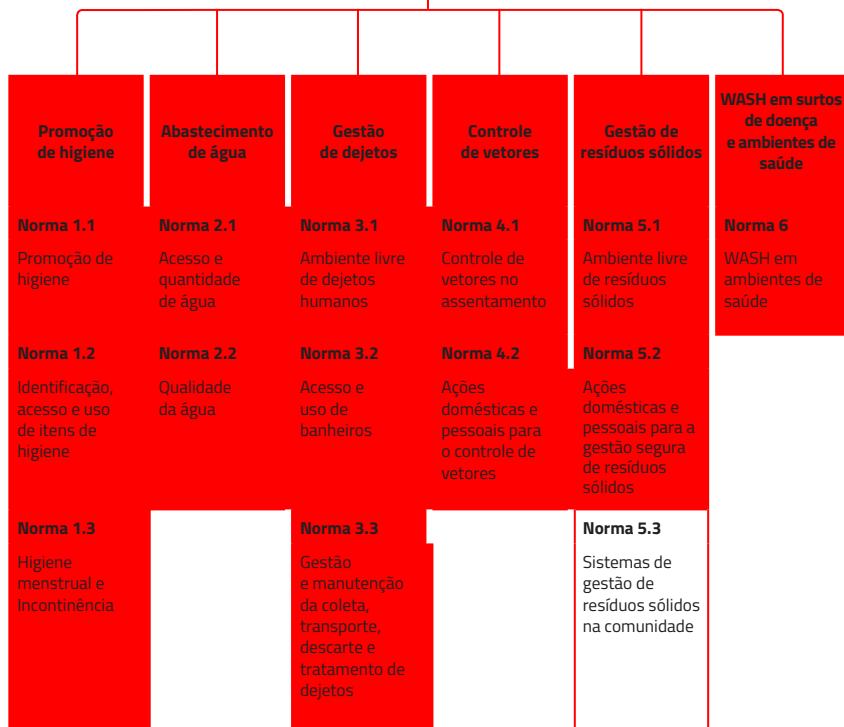
Princípios
de Proteção



Norma
Humanitária
Essencial



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



Lista de verificação para avaliação das necessidades iniciais de abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene

O diagrama F: transmissão fecal-oral de doenças diarreicas

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

Número mínimo de banheiros: comunidade, locais públicos e instituições

Doenças relacionadas à água e ao saneamento

Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água

Sumário

Conceitos essenciais relativos ao abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene	96
Normas de abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene:	
1. Promoção de higiene.....	101
2. Abastecimento de água.....	111
3. Gestão de dejetos	119
4. Controle 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 avaliação das necessidades iniciais de abastecimento de água, saneamento e promoção de 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 banheiros: comunidade, locais públicos e instituições	153
Apêndice 5: Doenças relacionadas à água e ao 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 de higiene

Todos têm direito à água e ao saneamento

As Normas Mínimas Esfera para abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene (WASH, sigla em inglês) manifestam, na prática, o direito ao acesso à água e ao saneamento em contextos humanitários. As normas estão calcadas 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 com base na 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 e à morte em decorrência delas, principalmente as diarreicas e as infecciosas. Tais doenças estão intimamente relacionadas a um saneamento e abastecimento de água inadequados e a higiene precária. Os programas de abastecimento, saneamento e promoção de saúde visam a reduzir os riscos à saúde pública.

As principais vias de infecção humana por patógenos são fezes, fluidos, dedos, moscas e alimentos. O principal objetivo dos programas WASH em resposta humanitária é reduzir os riscos à saúde pública criando barreiras a essas vias de contato, ⊕ *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 riscos à saúde; e
- assegurar condições que permitam às pessoas viverem com boa saúde, dignidade, conforto e segurança.

Nos programas WASH, é importante:

- gerenciar toda a cadeia da água: abastecimento, tratamento, distribuição, coleta, armazenamento e consumo domiciliar;
- gerenciar toda a cadeia de saneamento de forma integrada;
- possibilitar comportamentos saudáveis positivos; e
- assegurar o acesso a itens de higiene.

A participação da comunidade é crucial

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

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

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



Análise

Programa

Participação externa

Participação da comunidade em programas WASH (figura 4)



Os Programas WASH requerem considerações 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, a mídia e a tecnologia podem oferecer oportunidade para um diálogo mais amplo e eficiente. A propriedade diversificada de bens (moradias em áreas rurais, combinação do público-privado em áreas urbanas) influencia a escolha de opções de resposta e os métodos de entrega.

É necessária uma combinação de abordagens

A assistência baseada no mercado pode atender de forma eficiente e eficaz às necessidades de abastecimento de água, saneamento e higiene (WASH) assim como pode assegurar o acesso a itens de higiene. A ajuda em dinheiro (dinheiro vivo ou vales) deve ser complementada por outras atividades WASH, como assistência técnica e envolvimento da comunidade. Para a implementação, as opções variam da construção da infraestrutura à promoção de higiene e à mobilização da comunidade. Geradores ou banheiros temporários podem ser fornecidos imediatamente, enquanto a revisão dos serviços de tratamento de água é um projeto de longo prazo. O controle de qualidade e a assistência técnica são essenciais para assegurar saúde e segurança. A assistência técnica deve ser adequada e realizada em tempo hábil; 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 de água e saneamento deve atender às necessidades humanas e proteger o ecossistema. Isso pode influir na escolha da tecnologia, no cronograma e 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 a alojamento, alimentação e saúde. O progresso efetivo no cumprimento das Normas Mínimas em uma 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 sejam atendidas, que não haja sobreposição de iniciativas e que a qualidade das respostas WASH seja otimizada. Por exemplo, quando as normas relativas à nutrição não são atendidas, a urgência de cumprir as normas de água e saneamento é maior, porque a vulnerabilidade das pessoas a doenças aumentou. O mesmo se aplica às populações onde a prevalência de HIV é alta. As referências cruzadas do Manual sugerem prováveis vínculos.

Quando as normas nacionais estão aquém das Normas Mínimas Esfera, as organizações humanitárias devem trabalhar junto com o governo para melhorá-las progressivamente.

O direito internacional protege especificamente o direito à água e ao saneamento

O direito inclui o acesso a um suprimento de água suficiente, seguro e acessível para uso pessoal e domiciliar e a instalações de saneamento 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 à água, ao saneamento e à higiene; e
- atender adequadamente às necessidades de consumir, cozinhar e de 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 tornar inúteis as instalações de água ou as obras de irrigação.

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 do abastecimento de água para indivíduos e grupos. As múltiplas demandas por 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 nas respostas de abastecimento de água, saneamento e higiene costuma ser encarada a partir da perspectiva da proteção e da segurança pessoal, reconhecendo-se que há vulnerabilidade, em especial, durante a coleta 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 trancas nas portas dos banheiros, iluminação adequada e separação das instalações, podem reduzir o risco de abuso ou violência.

Para evitar discriminação, reduzir possíveis riscos e melhorar o uso 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 de indivíduos e comunidades em todas as fases da resposta pode ajudar a incorporar questões relativas à proteção nos programas WASH.

Todas as pessoas envolvidas nas ações humanitárias 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 conflitos. A percepção de neutralidade e de imparcialidade pode influir na aceitação por parte da comunidade. As organizações humanitárias talvez precisem aceitar ajuda militar em algumas situações, como, por exemplo, as relacionadas a transporte e a distribuição.



No entanto, é necessário analisar com cuidado o impacto sobre os princípios humanitários e todos os esforços devem ser feitos para mitigar os riscos à proteção; ⊕ *ver Carta Humanitária e Cenários com a presença de forças militares domésticas ou internacionais em O que é a Esfera?*

Ao se aplicarem as Normas Mínimas, todos 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 de higiene responsável.

1. Promoção de higiene

Doenças relacionadas à água, saneamento e higiene, em crises humanitárias, são a causa de enfermidades importantes e de mortes que poderiam ser evitadas. A promoção de higiene que favorece comportamentos, participação da comunidade e ações para reduzir o risco de doenças é fundamental para uma resposta de abastecimento de água, saneamento e higiene (WASH, sigla em inglês) bem sucedida.

É improvável que uma abordagem padronizada, apoiada principalmente em mensagens educativas e na distribuição de itens de higiene, seja muito eficaz. Os riscos — e a percepção deles — variam entre os contextos. As pessoas têm experiências de vida, estratégias de enfrentamento e normas culturais e comportamentais distintas. É importante adaptar o enfoque com base na análise desses fatores assim como no contexto. A promoção eficaz de 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; e
- do acesso e do uso de instalações WASH, de serviços e produtos.

A promoção de higiene deve aproveitar o próprio conhecimento das pessoas sobre prevenção de riscos e de doenças para fomentar comportamentos positivos em matéria de saúde.

Monitore regularmente as atividades e os resultados para garantir que os programas de abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene evoluam. Coordene, junto com os agentes de saúde, o monitoramento da incidência de doenças relacionadas a WASH, como doença diarreica, cólera, tifo, tracoma, vermes intestinais e esquistossomose; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde; Doenças transmissíveis – Normas 2.1.1 a 2.1.4 e Sistemas de saúde – Norma 1.5.*

As pessoas estão cientes dos principais riscos à saúde pública relacionados a água, saneamento e higiene e podem adotar medidas individuais, domésticas e comunitárias para reduzi-los.

Ações-chave

- 1 Identificar os principais riscos à saúde pública e as práticas de higiene atuais que contribuem para esses riscos.
 - Desenvolver um perfil da comunidade para determinar quais indivíduos e grupos são vulneráveis, a quais riscos relacionados a WASH e por quê.
 - Identificar fatores que podem motivar comportamentos positivos e ações preventivas.
- 2 Trabalhar com a população afetada para projetar e gerenciar uma promoção de higiene e uma resposta WASH mais ampla.



- Desenvolver uma estratégia de comunicação utilizando meios de comunicação de massa e diálogo com a comunidade para partilhar informações práticas.
- Identificar e treinar indivíduos influentes, grupos comunitários e trabalhadores de extensão.
- 3 Utilizar o feedback da comunidade e os dados da vigilância sanitária para adaptar e melhorar a promoção de higiene.
- Monitorar o acesso e o uso das instalações WASH e o modo como as atividades de promoção de higiene afetam o comportamento e as práticas.
- Adaptar atividades e identificar necessidades não atendidas.

Indicadores-chave

Porcentagem de famílias afetadas que descrevem corretamente três medidas para prevenir doenças relacionadas a WASH

Porcentagem da população-alvo que cita corretamente dois momentos cruciais para a lavagem das mãos

Porcentagem da população-alvo observada ao usar pontos de lavagem de mãos na saída de banheiros comunitários

Porcentagem de domicílios afetados nos quais sabão e água estão disponíveis para a lavagem das mãos

Porcentagem da população afetada que obtém água de fontes de água melhorada

Porcentagem de domicílios que armazenam água potável em recipientes limpos e cobertos

Porcentagem de cuidadores que relatam descartar os dejetos das crianças com segurança

Porcentagem de família que usam material de incontinência (absorventes, papagaios, comadres, cadeiras sanitárias) e que relatam descartar os dejetos de incontinência adulta com segurança

Porcentagem de famílias afetadas que descartam resíduos sólidos adequadamente

Porcentagem de pessoas que deram feedback e disseram que ele foi utilizado para adaptar e melhorar instalações e serviços WASH

O local está livre de fezes humanas e de animais

Notas de orientação

Entendendo e gerenciando os riscos WASH: priorizar e reduzir os riscos ao abastecimento de água, saneamento e higiene na fase inicial de uma crise pode ser desafiador. Concentre-se no uso da água potável, na gestão de dejetos e na lavagem das mãos, pois é provável que tenham maior impacto na prevenção de transmissão de doenças. Para avaliar os riscos à saúde pública relacionados a WASH e as medidas para reduzi-los, será necessário compreender os seguintes aspectos:

- o uso atual de instalações e serviços WASH;
- o acesso a itens essenciais de higiene doméstica; ⊕ *ver Normas de promoção de 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 lugar 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 a 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; e
- as condições ambientais e as tendências a doenças sazonais.

Para manter a motivação, a mudança de comportamento e a prática precisam ser fáceis. As instalações devem ser convenientes e acessíveis a todos os usuários, seguras, dignas, limpas e culturalmente adequadas. Inclua homens e mulheres nas atividades de promoção de higiene, pois o apoio ativo nas atividades de higiene por parte dos homens pode ter uma influência decisiva sobre o comportamento da família.

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, trabalhadores de extensão e colaboradores locais confiáveis, como grupos de mulheres ou de jovens, podem facilitar a mobilização e a ação preventiva.

É comum alocar dois trabalhadores de extensão para cada 1.000 pessoas. Os trabalhadores e voluntários de extensão devem ter boas habilidades 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 aos agentes de extensão, por meio de um fórum da coordenação local para promover a igualdade e evitar transtornos.

Os agentes comunitários de saúde podem ter funções semelhantes às dos trabalhadores de extensão WASH, mas diferentes responsabilidades; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2: Força de trabalho de saúde.*

Trabalhando com crianças: as crianças podem promover comportamentos saudáveis entre 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 chefiadas por crianças e entre as crianças que vivem na rua. Envolver as crianças na elaboração de mensagens; ⊕ *ver Manual INEE (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução) e CPMS Handbook.*

Canais e formas de comunicação: veicule informações em múltiplos formatos (escritos, gráficos, áudios) e idiomas para torná-los o mais acessível possível. Adapte-os para crianças e pessoas com deficiência; desenvolva e teste as mensagens para



garantir que elas sejam compreensíveis em que pesem as diferenças de idade, sexo, nível educacional e idioma.

O diálogo com a comunidade é útil para a resolução de problemas e o planejamento de ações. A mídia de massa pode reforçar as informações gerais com um alcance mais amplo. Ambos são úteis se direcionados a públicos específicos. Crie com os usuários mecanismos de feedback adequados e monitore 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 suprimento regular de água e sabão bem como de drenagem segura. Posicione as instalações de modo 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 contato com dejetos (depois de usar o banheiro ou de limpar uma criança); ⊕ *ver Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da água.*

Promover o uso de banheiros: uma questão fundamental para a equipe de promoção de higiene é o uso inclusivo de instalações e materiais de descarte de dejetos. Além das preocupações com a limpeza e o odor, os principais impedimentos para que as pessoas usem banheiros são o constrangimento, os tabus culturais, a acessibilidade física e as preocupações com privacidade e segurança; ⊕ *ver Controle de dejetos – Norma 3.2: Acesso e uso de banheiros.*

Coletar, transportar e armazenar água potável com segurança é fundamental para reduzir os riscos de contaminação. As famílias precisam de recipientes separados para coletar e armazenar água potável; ⊕ *ver Promoção de higiene – Norma 1.2 e Normas de fornecimento de água 2.1 e 2.2.*

Pessoas em trânsito: encontre oportunidades de interagir com pessoas em trânsito, seja viajando com elas temporariamente, seja encontrando-as em áreas de descanso. Utilize canais de comunicação como rádio, SMS, redes sociais e linhas diretas gratuitas para informar sobre higiene e solicitar feedback. Para auxiliar, crie pacotes de “itens domésticos” com telefones celulares ou carregadores solares, que também vão possibilitar que as pessoas se comuniquem com seus familiares, acessem as informações e deem feedback.

Os itens apropriados para higiene, saúde, dignidade e bem-estar estão disponíveis e são utilizados pelas pessoas afetadas.

Ações-chave

- 1 Identificar os itens essenciais de higiene de que necessitam os indivíduos, as famílias e as comunidades.
 - Considerar as distintas necessidades de homens, mulheres, idosos, crianças e pessoas com deficiência.

- Identificar e fornecer itens comunitários adicionais para a manutenção da higiene ambiental, tais como recipientes para resíduos sólidos e materiais de limpeza.
- 2 Propiciar o acesso a itens essenciais em tempo hábil.
- Avaliar a disponibilidade dos itens 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 itens de higiene.
- Dar informações sobre horário, local, conteúdo e destinatários da ajuda em dinheiro e/ou itens de higiene.
- Coordenar-se com outros setores para prestar ajuda em dinheiro e/ou itens de higiene e decidir sobre os mecanismos de distribuição.
- 4 Buscar feedback das pessoas afetadas sobre a adequação dos itens de higiene escolhidos e sua satisfação com o método de acesso a eles.

Indicadores-chave

Todos os domicílios afetados têm acesso à quantidade mínima de itens essenciais de higiene:

- 2 recipientes de água por domicílio (10 a 20 l; um para coleta, 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 em um ponto de lavagem de mãos (um ponto por banheiro compartilhado ou um por domicílio);
- Urinol, puzinha ou fraldas para descartar as fezes das crianças.

Porcentagem de pessoas afetadas que relatam/são observadas usando regularmente itens de higiene após a distribuição

Porcentagem da renda familiar utilizada na compra de itens de higiene para necessidades prioritárias identificadas

Notas de orientação

Identifique itens essenciais: adapte itens e kits de higiene à cultura e ao contexto. Priorize itens essenciais na fase inicial (como sabão, recipientes para água e produtos para menstruação e incontinência) sobre os itens “bom ter” (como escova de cabelo, xampu, creme dental, escova de dentes). Alguns grupos terão necessidades específicas; ⊕ ver *Notas de orientação – Grupos de risco* (a seguir).

Recipientes para água: identificar recipientes para água de 10 a 20 l para coleta e armazenamento de água potável e domiciliar. O tamanho e o tipo dos recipientes devem ser adequados à idade e à capacidade de transporte das pessoas que costumam coletar água.



Os recipientes devem ter tampas, estar limpos e cobertos. Os recipientes para armazenamento devem ter um gargalo ou torneira para que a coleta, o armazenamento e o consumo de água potável sejam seguros.

Se o suprimento de água for intermitente, forneça recipientes maiores para armazenamento. Em ambientes urbanos ou quando os suprimentos são centralizados, o armazenamento domiciliar deve ser suficiente para o consumo normal (incluindo o consumo máximo, quando pertinente) entre as recargas.

Grupos de risco: algumas pessoas vão precisar de quantidades diferentes ou maiores de itens de higiene pessoal devido à idade, condição de saúde, deficiência, mobilidade ou incontinência. Pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção podem precisar de itens adicionais. Isso inclui sabão extra, itens para incontinência, recipientes de água, comedores, cadeira higiênica ou capas plásticas para colchões. Pergunte às pessoas ou aos seus cuidadores se eles precisam de ajuda para coletar e descartar os resíduos de modo que seja respeitada sua dignidade. Consulte as pessoas e suas famílias ou cuidadores sobre o tipo de ajuda mais adequada.

Programação de itens de higiene baseada no mercado: o fornecimento de itens de higiene deve apoiar os mercados locais sempre que possível (pela disponibilização de dinheiro ou vales, ou melhorando a infraestrutura do armazém, por exemplo). Os planos de acesso e uso de itens de higiene devem estar embasados em uma avaliação do mercado e em uma análise da renda familiar, inclusive dos papéis dos gêneros nas decisões sobre despesas. Monitore o mercado para verificar se ele está fornecendo ou não produtos na quantidade e na qualidade esperada e faça ajustes se necessário; ➕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Distribuição: priorize a segurança e a proteção da população ao organizar qualquer distribuição; ➕ *ver Princípio de Proteção 1.*

Monte uma equipe própria para a distribuição. Informe as pessoas com antecedência sobre o horário, o local, a lista de itens 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.

Reabastecimento de itens de consumo: estabeleça um suprimento regular e confiável de itens de consumo, tais como sabão e produtos para menstruação e incontinência.

Coordenação de distribuições conjuntas: planeje consultas compartilhadas à comunidade para compreender as necessidades e os mecanismos de enfrentamento em todos os setores. Atenda 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 possam transportar para casa, com segurança, todos os seus itens.

Pessoas em trânsito: quando as pessoas estiverem em trânsito, confirme a capacidade de transporte de itens de higiene (como sabão para viagem). Deixe que elas selecionem os itens que desejam em vez de distribuir kits padronizados; estabeleça um sistema para coletar e descartar os resíduos das embalagens.

Mulheres e meninas em idade menstrual e homens e 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 suprimentos e instalações de higiene.
- 2 Consultar mulheres, meninas e pessoas com incontinência sobre o projeto, a localização e a gestão de instalações (sanitários, banheiros, lavanderia, descarte e abastecimento de água).
- 3 Fornecer acesso a produtos adequados à higiene menstrual e à incontinência (para banho, lavagem de roupas e das mãos) e outros itens de higiene.
 - Nas distribuições, fornecer os suprimentos em locais discretos para assegurar a dignidade e reduzir o estigma. Demonstrar o uso adequado de eventuais itens 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 higiene menstrual

Porcentagem de pessoas com incontinência que utilizam produtos e instalações para incontinência adequados

Porcentagem de beneficiários satisfeitos com os produtos e instalações para incontinência



Notas de orientação

Tratando da higiene menstrual e da incontinência em uma crise: o cuidado adequado com a higiene menstrual e com a incontinência ajuda as pessoas a viver com dignidade e a participar das atividades diárias. Além de proporcionar acesso a itens de higiene, é importante consultar os usuários sobre os mecanismos de descarte 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, ⊕ *ver Gestão de dejetos – Normas 3.1 e 3.2.*

Tabus sobre a menstruação: as crenças, as normas e os tabus sobre a menstruação terão influência sobre o 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 amplamente utilizado 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. Ela pode levar a um nível alto de preconceito, de isolamento social e de estresse e à impossibilidade de acessar serviços, oportunidades de ensino e de trabalho. A prevalência pode parecer baixa, já que muitas pessoas a mantêm em segredo, mas um grande número de pessoas pode ter incontinência, entre elas:

- pessoas mais velhas;
- pessoas com deficiência e as que têm dificuldade de locomoção;
- mulheres que deram à luz — incluindo meninas, que correm mais risco de desenvolver fístulas;
- pessoas com enfermidades crônicas, como asma, diabetes, derrame cerebral ou câncer;
- meninas e mulheres que sofreram violência de gênero ou foram submetidas à mutilação genital;
- pessoas que se submeteram a cirurgia, como a de retirada da próstata;
- mulheres na menopausa; e
- crianças pequenas e crianças psicologicamente afetadas por um conflito ou tragédia.

A higiene mal feita em situações de incontinência pode ser uma importante fonte de transmissão de doenças em emergências. O acesso a quantidades muito maiores de água e sabão é fundamental. As pessoas com incontinência e seus cuidadores precisam de cinco vezes mais sabão e água do que as outras pessoas. Pessoas incontinentes e sem mobilidade precisam consultar especialistas em saúde ou em deficiência para aprender como prevenir e cuidar de infecções e escaras, que podem ser fatais.

Suprimentos e instalações: analise as opções com as pessoas afetadas para entender suas preferências quanto a: produtos descartáveis ou reutilizáveis; mecanismos de descarte em residências, escolas, centros de saúde e instalações comunitárias; instalações de lavagem de roupas e secagem; instalações sanitárias e de banho. Leve em consideração as normas e as preferências específicas da idade, pois o tipo e a quantidade de suprimentos podem mudar com o tempo. Faça a demonstração de uso dos produtos desconhecidos.

São necessários tipos distintos de absorventes para a incontinência fecal e urinária e para distintos graus de incontinência. O dimensionamento é importante para o uso seguro. Forneça vários tipos e tamanhos de absorventes para incontinência urinária e fecal.

Considere a proximidade dos banheiros para as pessoas com incontinência. Algumas pessoas conseguem evitar episódios de incontinência se puderem acessar o banheiro rapidamente. Pode ser necessário fornecer cadeira higiênica, comadre e/ou papagaio.

Suprimentos mínimos: *para higiene menstrual e incontinência:*

- um recipiente específico com tampa para colocar panos de molho e para guardar absorventes/panos; e
- corda e prendedores para secar.

Para higiene menstrual:

- material absorvente de algodão (4 m² por ano), absorventes descartáveis (15 por mês) ou absorventes sanitários reutilizáveis (6 por ano), conforme a preferência de mulheres e meninas;
- roupa íntima (6 por ano);
- sabão extra (250 g por mês); ⊕ *ver Promoção de higiene – Norma 1.2: Identificação, acesso e uso de itens de higiene.*

Para incontinência, os suprimentos vão depender da gravidade e tipo de incontinência e das preferências pessoais. O mínimo sugerido é:

- material absorvente de algodão macio (8 m² por ano), absorventes descartáveis para incontinência (150 por mês) ou roupas íntimas para incontinência reutilizáveis (12 por ano);
- roupa íntima (12 por ano);
- sabão extra (500 g para banho e 500 g para lavar roupas por mês);
- dois protetores de colchão laváveis à prova de vazamento;
- recipientes extras de água;
- alvejante ou produto de limpeza desinfetante similar (3 L de produto não diluído por ano);
- comadre e papagaios (masculinos e femininos), cadeira higiênica (se conveniente).

Reabastecimento de suprimentos: planeje como e quando reabastecer os materiais. A ajuda em dinheiro ou as distribuições em espécie podem ser utilizadas de diferentes maneiras ao longo do tempo. Pesquise opções para que pequenas empresas forneçam materiais ou para que as pessoas fabriquem seus próprios artigos de proteção; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Escolas, espaços seguros e centros de aprendizagem: o apoio ao abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene 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 descarte discreto, um recipiente com tampa, um sistema de coleta e descarte ou um conduto do vaso sanitário até um incinerador. Coloque instalações WASH bem conservadas e separadas por sexo, com ganchos e prateleiras para os materiais de higiene menstrual.

Incentive os professores a adotarem a educação sobre higiene menstrual como parte do currículo-padrão. Instrua as professoras e os professores para:

- 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; ⊕ *ver Manual INEE (Requisitos Mínimos para a Educação: Preparação, Resposta e Reconstrução).*

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 usados biombos ou áreas separadas para troca de roupa.

Pessoas em trânsito: ofereça materiais para higiene menstrual e 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. Pode não haver água suficiente disponível para atender às necessidades básicas; portanto, é essencial fornecer uma quantidade de água potável para a sobrevivência. A prioridade é fornecer uma quantidade adequada de água, mesmo que seja de qualidade intermediária, o que pode ser necessário até que as normas mínimas para a quantidade e a qualidade da água sejam cumpridas.

Devido aos conflitos, aos desastres naturais ou à falta de sistemas de manutenção, as torneiras, os poços e as tubulações 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 membros da comunidade e partes intervenientes pertinentes para entender como usam e acessam a água, se há restrições ao acesso e como elas podem variar conforme a estação do ano.

As pessoas têm acesso equitativo e de baixo custo a uma quantidade suficiente de água potável para atender às suas necessidades domésticas e de consumo.

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 demanda 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 residências.
- 2 Determinar a demanda de água e os sistemas necessários para fornecê-la.
 - 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 operação 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 residências e da comunidade.
- Procurar oportunidades de reutilizar a água, como hortas, fabricação de tijolos ou irrigação.

Indicadores-chave

Volume médio de água utilizada para beber e para 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 instalações de água

- 250 pessoas por torneira (com base em uma vazão de 7,5 L/min)
- 500 pessoas por bomba manual (com base em uma vazão de 17 L/min)
- 400 pessoas por poço aberto (com base em uma vazão de 12,5 L/min)
- 100 pessoas por lavanderia
- 50 pessoas por instalação de banho

Porcentagem da renda domiciliar usada para comprar água para beber e para higiene doméstica

- Meta 5% ou menos

Porcentagem de famílias beneficiárias que sabem onde e quando vão receber o próximo suprimento de água

Distância entre qualquer residência e o ponto de água mais próximo

- <500 m

Tempo de espera nas fontes de água

- <30 min

Porcentagem de pontos comunitários de distribuição de água livres de água parada

Porcentagem 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 em um volume grande, seja em um patamar doméstico; e
- os fatores sociais, políticos ou legais que afetam o controle de fontes de água (podem ser controversos, especialmente durante um conflito).

Na fase inicial de uma crise, muitas vezes, é necessária uma combinação de abordagens e de 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. Elas precisam de menos tratamento e o fluxo pela gravidade dispensa o bombeamento. Monitore regularmente todas as fontes para evitar a extração excessiva; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento.*

Necessidades: A quantidade de água necessária para beber, para higiene e para uso doméstico depende do contexto e da fase de uma resposta. Ela 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 de 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 um “máximo”, e talvez essa quantidade 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 período curto. Em um ambiente urbano de renda média, 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 ao Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção de Higiene (WASH, sigla em inglês). 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 de higiene – Apêndice 3. Para necessidades de água em emergência na pecuária, ⊕ *ver Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*



2,5 a 3	Clima e fisiologia individual
2 a 6	Normas sociais e culturais
3 a 6	Tipo de alimento e normas sociais e culturais
7,5 a 15	

Necessidades básicas mínimas de água para sobrevivência: as necessidades de água variam entre a população, principalmente entre pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção e entre grupos com diferentes práticas religiosas.

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 coletar 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 triangulação de relatórios do sistema de água com os relatórios sobre as pesquisas feitas com as famílias.

Acesso e equidade: os pontos de água incluem banheiros, instalações comunitárias para tomar banho, 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 por cerca de 8 h por dia, com um abastecimento constante de água. Use essas metas com cautela, pois elas 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 acolhida e das 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 residências para restringir a exposição a riscos de proteção.

Informe a população afetada sobre quando e onde esperar a entrega de água, seus direitos à distribuição equitativa e como dar feedback.

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 renda. O tempo de espera na fila também influi no risco de violência na área da torneira; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 1.*

Recipientes de água apropriados: ⊕ *ver Promoção de higiene – Norma 1.2: Identificação, acesso e uso de itens 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 agitador.

Programação de água baseada no mercado: analisar como as famílias tinham acesso à água e aos recipientes antes e depois da crise. Essa simples avaliação de mercado deve embasar as decisões sobre como fornecer acesso sustentável à água a curto e a longo prazo. Determine como usar, apoiar e desenvolver o mercado de água, considerando um método combinado de assistência domiciliar em dinheiro, subsídios e capacitação técnica com vendedores ou fornecedores, ou outros meios. Acompanhe os preços mensais do mercado (água, combustível) para despesas das famílias ao longo do tempo e use essa tendência para embasar as mudanças no desenho do programa; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Pagamento: as despesas de água não devem exceder de 3% a 5% da renda familiar. Informe-se sobre como as famílias estão cobrindo custos mais altos durante a crise

e tome medidas para combater os mecanismos negativos de enfrentamento; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1*. Certifique-se de que os sistemas financeiros sejam gerenciados com transparência.

Gestão dos sistemas e da infraestrutura de água: trabalhe com a comunidade e com outras partes intervenientes para decidir sobre a localização, o projeto e o uso dos pontos de água (projetos imediatos e de longo prazo). Isso engloba instalações para tomar banho, cozinhar e lavar roupa, banheiros e instituições como escolas, mercados e unidades de saúde. Use o feedback para adaptar e melhorar o acesso às instalações de água.

Considere as estruturas anteriores e atuais de governança 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 caminhão, especialmente em crises prolongadas em áreas urbanas e assentamentos comunitários.

Forneça às pessoas os meios para operar e manter os sistemas de água através de comitês WASH ou de parcerias com o setor privado ou público.

Uso de água engarrafada: a água tratada é mais econômica, mais adequada e tecnicamente mais correta do que a água engarrafada devido ao transporte, ao custo, à qualidade e à geração de resíduos. Exceções podem ser feitas a curto prazo (em casos de pessoas em trânsito, por exemplo). Estabeleça um sistema adequado de gestão de resíduos plásticos.

Instalações de lavanderia, lavagem e banho: se o banho privado nas moradias não for possível, providencie instalações separadas para homens e mulheres que garantam segurança, privacidade e dignidade.

Consulte os usuários, especialmente mulheres, meninas e pessoas com deficiência, para decidir a localização, o projeto e a segurança das instalações. Avalie a possibilidade de acesso a água quente para tomar banho e para lavar roupas em situações específicas, como nas respostas à sarna e durante variações climáticas.

Drenagem de pontos de água, lavanderias, instalações de banho e locais de lavagem de mãos: Ao construir e reabilitar pontos de distribuição e de uso de água, certifique-se de que as águas residuais não apresentem risco à saúde ou não favoreçam a reprodução de vetores-problema. 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 nos suportes da torneira, o tamanho do ponto de água e/ou da lavanderia e a altura da torneira até o fundo dos recipientes de água devem ser adequados; ⊕ *ver de Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento*.



A água é palatável e de qualidade suficiente para beber e cozinhar e para a higiene pessoal e doméstica, sem causar riscos à saúde.

Ações-chave

- 1 Identificar os riscos à saúde pública associados à água disponível e a forma mais adequada de reduzi-los.
 - Proteger as fontes de água e renovar regularmente as pesquisas sanitárias 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 uso.
 - As opções de tratamento incluem tratamento e distribuição de água a granel, com coleta 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 uso.
 - Equipar os domicílios com recipientes seguros para coletar 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 uso.

Indicadores-chave

Porcentagem de pessoas afetadas que coletam água potável de fontes de água protegidas

Porcentagem de domicílios observados que armazenam água com segurança em recipientes limpos e cobertos o tempo todo

Porcentagem de testes de qualidade que atendem aos padrões mínimos de qualidade da água

- <10 CFU/100 ml no ponto de entrega (água não clorada)
- ≥ 0.2 a 0.5mg/L CRL no ponto de entrega (água clorada)
- Turbidez de menos de 5 UNT

Notas de orientação

Manutenção de uma cadeia da água segura: as doenças relacionadas à 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 coletar e armazenar a água com segurança; ⊕ *ver Promoção de 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 o recipiente de armazenamento de água potável, envolve:

1. investigação sanitária do ponto de água;
2. observância do uso de recipientes separados para coleta e para armazenamento de água;
3. observância do uso de recipientes de água potável limpos e cobertos; e
4. testes de qualidade da água

Quando há uma probabilidade alta de a água não ser segura, essas ações podem evidenciar riscos aparentes sem a necessidade de se realizarem testes de qualidade da água nas residências, o que envolve um trabalho intensivo.

Uma pesquisa sanitária avalia as condições e as práticas que podem constituir risco à saúde pública no ponto de água. Ela 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 pesquisa também examina os recipientes de água do domicílio.

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 arsênico) 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 animais na água e a possível presença de outros patógenos nocivos. Se houver coliformes fecais, trate a água. Mesmo que o *E. coli* não seja encontrado, sem um desinfetante residual, a água está propensa à recontaminação.

Quando a água é clorada (antes da distribuição ou do tratamento doméstico), devem ser feitas verificações pontuais nos domicílios 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 moradias (dissipação de cloro).

Promoção de fontes protegidas: as pessoas podem preferir fontes de água desprotegidas como rios, lagos e poços por razões de paladar, de proximidade e de conveniência social. Procure compreender sua lógica e desenvolva mensagens e atividades que fomentem o uso de fontes de água protegidas.

Água palatável: se a água potável segura não tiver um sabor bom (devido ao nível de salinidade, sulfeto de hidrogênio ou cloro, aos quais as pessoas não estão acostumadas), os usuários podem beber água de fontes com melhor sabor, mas não seguras. Utilize atividades de participação da comunidade e de higiene para estimular o uso da água potável segura.



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 a entrega. O risco será determinado pela densidade populacional, pelos métodos de descarte de dejetos, pelas práticas de higiene e pela prevalência de doenças diarreicas. A turbidez deve estar abaixo de 5 UNT. Se for maior, ensine os usuários 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 a cloração em dose dupla por um tempo curto. Esteja ciente de que a dissipação de cloro varia segundo o tempo de armazenamento e a faixa de temperatura; portanto, esses fatores devem ser considerados na dosagem e no tempo de contato; ⊕ *ver Apêndice 6: Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água.*

Quantidade versus 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 intermediária pode ser usada para evitar desidratação, diminuir o estresse e prevenir doenças diarreicas.

Contaminação após a entrega: a água que é segura no ponto de entrega pode ser contaminada durante a coleta, o armazenamento e a captação de água potável. Reduza essa possibilidade através de práticas seguras de coleta e armazenamento. Limpe regularmente os tanques de armazenamento dos domicílios e dos assentamentos e ensine a comunidade como fazê-lo; ⊕ *ver Promoção de higiene – Normas 1.1 e 1.2.*

Tratamento e armazenamento doméstico seguro de água (TADSA): utilize essa alternativa quando não for possível operar um sistema de tratamento de água centralizado. As opções de tratamento e armazenamento doméstico que reduzem a diarreia e melhoram a qualidade microbiológica da água domiciliar armazenada incluem fervura, cloração, 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 obtê-lo. Em crises e epidemias, evite introduzir uma opção desconhecida de tratamento de água. O uso efetivo das opções de tratamento e armazenamento doméstico seguro de água (TADSA) requer acompanhamento, apoio e monitoramento regulares e é um pré-requisito para adotar o TADSA como um método alternativo de tratamento; ⊕ *ver Apêndice 6: Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água.*

Qualidade da água para instituições: trate todos os suprimentos de água para escolas, hospitais, centros de saúde e centros de alimentação com cloro ou outro desinfetante residual; ⊕ *ver Apêndice 3: Quantidades mínimas de água: índices de sobrevivência e quantificação das necessidades de água.*

Contaminação química e radiológica: quando os registros 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 usar 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

É essencial para a dignidade, a segurança, a saúde e o bem-estar das pessoas um ambiente livre de dejetos humanos. Isso 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 higiene (WASH). Em situações de crise, ela é tão importante quanto um abastecimento de água seguro.

Todas as pessoas devem ter acesso a banheiros adequados, seguros, limpos e confiáveis. Defecar com dignidade é uma questão muito pessoal. Sua adequação é determinada por meio de práticas culturais, costumes e hábitos diários das pessoas, pelas percepções e pelo fato de já terem usado ou não instalações sanitárias anteriormente. A defecação humana descontrolada constitui um grande risco para a saúde, particularmente em situações nas quais a densidade populacional é alta, as pessoas são deslocadas e os ambientes são molhados ou úmidos.

No setor WASH, são usados diferentes termos para definir instalações de gestão de dejetos. Neste Manual, “sanitário” 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 “sanitário” 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 a dejetos reduzindo as vias diretas e indiretas de transmissão de doenças; ⊕ ver *Apêndice 2: O diagrama F*. Ela deve ser integrada ao sistema de coleta, transporte, tratamento e descarte para reduzir os riscos à saúde pública e o impacto ambiental.

A presença de fezes humanas nos ambientes onde as pessoas vivem, estudam e trabalham pode indicar problemas relativos à proteção. As pessoas podem não se sentir seguras usando 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 seção abrangem toda a cadeia dos dejetos, desde a contenção inicial até o tratamento final.



Todos os dejetos são contidos com segurança no local para evitar 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 os dejetos desde logo.

- 2 Descontaminar imediatamente todos os espaços contaminados por fezes (de habitação, estudo ou trabalho) e as fontes de água superficial.
- 3 Projetar e construir todas as instalações de gestão de dejetos com base em uma avaliação do risco de possível contaminação de qualquer fonte de água superficial ou subterrânea próxima.
 - Avaliar a topografia local, as condições do solo, as águas subterrâneas e as águas superficiais (inclusive variações sazonais) para evitar a contaminação das fontes de água e para subsidiar as escolhas técnicas.
- 4 Conter e descartar as fezes de crianças e de bebês com segurança.
- 5 Projetar e construir todas as instalações de gestão de dejetos para restringir o acesso aos dejetos por vetores-problema.

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 satisfatória de qualquer fonte de água superficial ou subterrânea.

Notas de orientação

Etapas: imediatamente após uma crise, a defecação a céu aberto e indiscriminada deve ser controlada com urgência. Estabeleça áreas de defecação, localize e construa banheiros comunitários e inicie uma campanha de higiene coordenada. Evite a defecação próxima às fontes de água (usadas para beber ou não) e às instalações de armazenamento e tratamento de água. Não coloque áreas de defecação em subidas ou contra o vento em relação ao assentamento, ao longo de vias públicas, perto de instalações comunitárias (especialmente instalações de saúde e nutrição) ou próximas a áreas de armazenamento e preparação de alimentos.

Realize uma campanha de promoção de higiene que incentive o descarte seguro de dejetos e crie uma demanda por mais banheiros.

Nas crises urbanas, avalie a extensão dos danos aos sistemas de esgoto existentes. Considere a instalação de sanitários portáteis ou use fossas sépticas ou de contenção que possam ser deslodadas/removidas regularmente.

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 de saúde pública — a menos que a fonte de água seja consumida — mas os danos ambientais devem ser evitados.

Sempre que possível, faça testes de permeabilidade do solo para calcular a velocidade com que os resíduos se movem através dele (taxa de infiltração). Use 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 1,5 m acima do lençol freático. Aumente essas distâncias em caso de rochas e de calcários fissurados 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. Alternativamente, podem-se construir sanitários elevados ou fossas sépticas para conter os dejetos e impedir que contaminem o meio ambiente. Evite que a drenagem ou o vazamento 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 a cloração. No entanto, a fonte de contaminantes, como os nitratos, precisa ser identificada e controlada. A metahemoglobinemia é uma condição aguda, porém reversível, associada a altos níveis de nitrato na água potável, por exemplo; ⊕ *ver Abastecimento de água – Norma 2.2: Qualidade da água.*

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 alta em crianças, pois elas podem não ter desenvolvido anticorpos para infecções. Forneça aos pais e aos cuidadores informações sobre o descarte seguro das fezes dos bebês, práticas de lavagem e uso de fraldas, urinóis ou pás para fazer o descarte com segurança.



As pessoas têm banheiros adequados e aceitáveis para possibilitar o acesso rápido, seguro e protegido em todos os momentos.

Ações-chave

- 1 Determinar as opções técnicas mais adequadas para os banheiros.
 - Projetar e construir banheiros para reduzir as ameaças à segurança e à proteção dos usuários, dos encarregados da manutenção e especialmente de mulheres e meninas, de crianças, de idosos e de pessoas com deficiência.
 - Separar por sexo e idade todos os banheiros comunitários ou compartilhados, quando conveniente.

- 2 Quantificar as necessidades de banheiros da população afetada com base nos riscos à saúde pública, nos hábitos culturais e na coleta e armazenamento de água.
- 3 Consultar as partes intervenientes representativas sobre a localização, o projeto e a implementação de banheiros compartilhados ou comunitários.
 - Considerar o acesso e o uso por idade, sexo e deficiência, pessoas com dificuldade de locomoção, pessoas com HIV, pessoas com incontinência e minorias sexuais ou de gênero.
 - Posicionar os banheiros comunitários próximos o suficiente das moradias para possibilitar o acesso seguro e distantes o suficiente para que as famílias não sejam estigmatizadas em razão da proximidade dos banheiros.
- 4 Fornecer instalações adequadas dentro dos banheiros para lavar e secar ou descartar materiais de higiene menstrual e de incontinência.
- 5 Certificar-se de que seja viável atender às necessidades de abastecimento de água das opções técnicas.
 - Incluir o abastecimento adequado de água para a lavagem das mãos com sabão, para a limpeza anal e para dispositivos de descarga ou de selo higiênico, se for a opção escolhida.

Indicadores-chave

Proporção de banheiros compartilhados

- Mínimo de 1 por 20 pessoas

Distância entre a habitação e o banheiro compartilhado

- Máximo de 50 m

Porcentagem de banheiros com fechaduras internas e iluminação adequada

Porcentagem de banheiros considerados seguros por mulheres e meninas

Porcentagem de mulheres e meninas satisfeitas com as opções de higiene menstrual nos banheiros que normalmente usam

Notas de orientação

O que é adequado, conveniente e aceitável? O tipo de banheiros adotado dependerá da fase da resposta, das preferências dos usuários, da infraestrutura existente, da disponibilidade de água para descarga e selo hídrico, da formação do solo e da disponibilidade dos materiais de construção.

Geralmente, os banheiros são adequados, convenientes e aceitáveis se:

- são seguros para o uso de toda a população incluindo crianças, idosos, gestantes e pessoas com deficiência;

- estão localizados de modo a reduzir ameaças à segurança dos usuários, especialmente de mulheres e meninas e pessoas com outras questões específicas de proteção;
- não estão a mais de 50 m das habitações;
- oferecem privacidade de acordo com as expectativas dos usuários;
- são fáceis de usar e de manter limpos (geralmente, banheiros limpos são usados com mais frequência);
- não apresentam riscos ao meio ambiente;
- têm espaço adequado para diferentes usuários;
- têm fechaduras internas;
- dispõem de fácil acesso à água para lavagem das mãos, limpeza anal e descarga;
- permitem a limpeza, a secagem e o descarte adequados dos materiais de higiene menstrual das mulheres e de incontinência de crianças e adultos;
- reduzem a reprodução de moscas e mosquitos; e
- reduzem o odor.

As pessoas com doenças crônicas como HIV devem ter acesso fácil a um banheiro. Elas frequentemente sofrem de diarreia crônica e têm a mobilidade reduzida.

Monitore o uso e a porcentagem de pessoas que relatam que os banheiros atendem às suas necessidades. Utilize essas informações para saber quais grupos não estão satisfeitos e como melhorar a situação. Considere o acesso e o uso, tendo em vista sexo e idade, pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção, pessoas com HIV e pessoas com incontinência.

Acessibilidade: a opção técnica escolhida deve respeitar o direito de todas as pessoas, inclusive das pessoas com deficiência, de acessar as instalações sanitárias com segurança. Pode ser necessário construir, adaptar ou comprar banheiros acessíveis ou acrescentar complementos aos já existentes para crianças, idosos e pessoas com deficiência ou incontinência. É aconselhável disponibilizar também banheiros de uso comum, neutros em relação ao gênero, com rampas ou entradas planas, com melhor acessibilidade dentro da superestrutura, **em uma proporção mínima de 1 para 250 pessoas.**

Instalações seguras e protegidas: a localização inadequada dos banheiros pode deixar as mulheres e as meninas mais vulneráveis a ataques, principalmente à noite. Certifique-se de que todos os grupos de risco — entre eles os de mulheres e meninas, meninos, idosos e outras pessoas que suscitam preocupação específica em relação à proteção — sintam-se e estejam efetivamente seguros ao usar os banheiros durante o dia e à noite. Ilumine adequadamente as instalações e verifique a possibilidade de dar lanternas aos grupos de risco. Pergunte à comunidade, especialmente às pessoas de maior risco, como melhorar sua segurança. Consulte as partes intervenientes de escolas, centros de saúde e clínicas, espaços infantis, mercados e centros de alimentação nutricional.



Observe que não basta consultar apenas mulheres e crianças sobre instalações seguras e dignas de abastecimento de água, saneamento e higiene, pois em muitos contextos os homens controlam o que as mulheres e as crianças podem fazer. Esteja ciente da hierarquia social e da dinâmica de poder e procure interagir com quem toma as decisões para reforçar o direito de as mulheres e as crianças terem acesso a banheiros e chuveiros com segurança.

A iluminação em instalações comunitárias pode melhorar o acesso, mas também pode atrair pessoas que usam a iluminação para outros fins. Trabalhe com a comunidade, especialmente com as pessoas mais vulneráveis quanto à segurança, para encontrar outros meios de reduzir sua exposição a riscos.

Quantificar as necessidades de banheiros: estude como adaptar as necessidades de banheiros ao contexto para que reflitam as mudanças no ambiente habitacional, antes e depois da crise, as necessidades das áreas públicas e os riscos específicos à saúde pública. Durante as primeiras fases de uma crise súbita, os **banheiros comunitários são uma solução imediata com uma proporção mínima 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 banheiros femininos e masculinos. Para estimativas de planejamento e número de banheiros, ⊕ *ver Apêndice 4.*

Doméstico, compartilhado ou comunitário? Os banheiros domésticos são considerados ideais em termos de segurança, proteção, conveniência e dignidade do usuário e pela relação verificada entre propriedade e manutenção. Às vezes, a regra é o compartilhamento de instalações entre um pequeno grupo de residências. Os banheiros comunitários ou compartilhados podem ser planejados e construídos com o objetivo de disponibilizar banheiros domésticos no futuro. Por exemplo, deixando corredores de saneamento nos assentamentos, haverá espaço para construir instalações comunitárias próximas aos alojamentos e depois construir instalações domésticas conforme o orçamento permitir. Os corredores de saneamento garantem acesso para remoção de lodo, manutenção e desativação.

Os banheiros comunitários também serão necessários 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 banheiros: comunidade, locais públicos e instituições.*

As instalações sanitárias comunitárias construídas durante uma resposta rápida terão requisitos específicos de operação e de manutenção. Como medida temporária, com uma clara estratégia de saída, pode-se estabelecer um acordo com as comunidades sobre a remuneração de pessoas para limparem os banheiros.

Água e produtos de higiene anal: ao planejar a instalação, verifique se há água, papel higiênico ou outro produto de higiene anal suficiente. Consulte os usuários sobre o produtos de higiene mais adequados e providencie o descarte seguro e a continuidade do suprimento.

Lavagem das mãos: a instalação deve dispor de meios para lavar as mãos com água e sabão (ou uma alternativa como cinzas) após usar o banheiro, limpar uma criança que defecou e antes de comer e de preparar alimentos.

Higiene menstrual: os banheiros devem ter recipientes adequados para o descarte de materiais de menstruação, a fim de evitar o entupimento das tubulações de esgoto ou dificuldades em deslodar fossas ou fossas sépticas. Consulte mulheres e meninas sobre a concepção dos banheiros quanto ao espaço, ao acesso à água para se lavar e às áreas para se enxugarem.

As instalações, a infraestrutura e os sistemas de gestão de dejetos são gerenciados e mantidos com segurança para propiciar a prestação de serviços com um impacto mínimo no meio ambiente.

Ações-chave

- 1 Estabelecer sistemas de coleta, transporte, tratamento e descarte 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 autoridades locais e proprietários de terras sobre o uso do solo para tratamento e descarte fora do local da resposta
- 2 Definir sistemas para gestão de banheiros a curto e a longo prazo, especialmente subestruturas (fossas, depósitos, fossas sépticas, fossas-filtro).
 - Projetar e dimensionar subestruturas para assegurar que todos os dejetos possam ser contidos com segurança e que as fossas sejam deslodadas.
 - Estabelecer funções e responsabilidades claras e definir os meios de financiamento para operações e manutenção futuras.
- 3 Extrair o lodo da instalação de contenção com segurança, considerando tanto as pessoas que fazem a coleta quanto quem está ao redor.
- 4 Certificar-se de que as pessoas tenham informações, meios, ferramentas e materiais para construir, limpar, reparar e manter seus banheiros.
 - Realizar campanhas de promoção de higiene quanto ao uso, à limpeza e à manutenção dos banheiros.
- 5 Confirmar que se pode obter água para o transporte dos dejetos a partir das fontes de água disponíveis sem colocá-las em risco desnecessário.



Indicador-chave

Todo o dejetos humano é descartado 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 descarte fora do local da resposta. Se for necessária a remoção de lodo, ela deve ser prevista nos processos de operação e manutenção e no orçamento, desde o início.

As águas cinzas 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.

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 dos banheiros são utilizados água e outros produtos e que dieta os usuários adotam. 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 para ser removida. Deixe 0,5 m na parte superior da fossa para aterro.

Para situações específicas de saúde pública, como surtos de cólera, ⊕ ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.

Mercados locais: na construção de banheiros, use materiais e mão de obra disponíveis no local, quando conveniente. Isso melhora a participação no uso e na manutenção das instalações.

Contenção de dejetos em ambientes difíceis: em enchentes ou crises urbanas, pode ser especialmente difícil fornecer instalações apropriadas de contenção de dejetos. Nessas situações, avalie o uso de sanitários elevados, sanitários com separação de urina, tanques de contenção de esgoto e sacos plásticos descartáveis temporários com sistemas adequados de coleta e descarte. Defenda esses diferentes métodos nas atividades de promoção de 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 usado como condicionador de solo ou fertilizante para hortas domésticas.

4. Controle de vetores

Um vetor é um agente portador de doenças. Os vetores criam um caminho desde a origem de uma doença até as 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 roedores também podem ser vetores. Alguns também podem dar mordidas doloridas. 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, e para solucionar problemas relativos a vetores pode-se necessitar de aconselhamento de um especialista. Contudo, é possível impedir a propagação de tais doenças por meio de medidas simples e eficazes.

Os programas de controle de vetores podem não ter nenhum impacto se atingirem o vetor errado, usarem métodos ineficazes, ou atingirem o vetor certo no lugar errado ou na hora errada. Os controles devem ser direcionados e baseados nos ciclos de vida e na ecologia dos vetores.

Os programas de controle devem visar a reduzir a densidade populacional dos vetores, os focos de reprodução, e o contato entre humanos e vetores. Ao desenvolver programas de controle, 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 seção têm como foco a redução ou a eliminação de vetores-problema com a finalidade de prevenir as doenças transmitidas por vetores e reduzir incômodos. É necessário fazer o controle dos vetores por meio 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.



As pessoas vivem em um ambiente onde os locais de reprodução e de alimentação de vetores são direcionados de modo a reduzir os riscos dos problemas relacionados a vetores.

Ações-chave

- 1 Analisar o risco de doenças transmitidas por vetores em uma 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.

- Saber 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 controle de vetores com os planos ou sistemas locais de controle 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 controle químico ou não químico fora das moradias é pertinente.
 - Informar a população sobre possíveis riscos decorrentes do controle 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

Porcentagem de focos de reprodução identificados onde o ciclo de vida do vetor é modificado

Notas de orientação

Assentamentos comunitários: a escolha do local é importante para reduzir a exposição da população afetada ao risco de doenças transmitidas por vetores. Esse 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-problema nas comunidades de acolhimento vizinhas; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento.*

Avaliação dos fatores de risco: baseie as decisões sobre as respostas de controle de vetores em uma análise de doenças prováveis e de outros riscos, assim como em evidências clínicas e epidemiológicas dos problemas causados por doenças transmitidas por vetores. Revise os casos suspeitos e confirmados na área definida, ocorridos nos dois anos anteriores. Outros fatores que implicam esse risco são:

- situação de imunidade da população, inclusive a exposição prévia e estresse nutricional e outros;
- trânsito de pessoas de uma área não endêmica para uma endêmica durante o deslocamento;
- prevalência e tipo de patógeno tanto nos vetores quanto nos humanos;
- espécies de vetores, números, comportamentos e ecologia (estação, focos de reprodução) e o modo como eles possivelmente interagem; e
- aumento da exposição a vetores resultante de proximidade, padrão de assentamento, tipo de alojamento, medidas de prevenção e de proteção individual.

Remoção ou modificação dos focos de reprodução e de alimentação de vetores: muitas atividades de abastecimento de água, saneamento e promoção de 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 lavanderias;
- gerenciar o armazenamento doméstico de resíduos sólidos durante a coleta e o transporte, e nos locais de tratamento e descarte;
- fornecer tampas para recipientes de água;
- controlar dejetos;
- limpar lajes e superestruturas de banheiros para dissuadir a presença do vetor;
- vedar fossas sanitárias para garantir que não entrem fezes no ambiente e os vetores-problema não entrem nas fossas;
- realizar programas de promoção de higiene sobre limpeza em geral; e
- 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 estagnada com matéria orgânica como é o caso dos banheiros;
- *Anopheles* (malária e filariose), que se reproduz em águas superficiais relativamente não poluídas, como poças, córregos de fluxo lento e poços; e
- *Aedes* (dengue, febre amarela, chikungunya e zika vírus), que se reproduz em recipientes de água, como garrafas, baldes e pneus.

Controle biológico e não químico: o controle 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 controle biológico tem sido eficaz em certos ambientes operacionais, e as evidências apontam para sua eficácia em escala.

Ainda que o controle biológico evite a contaminação química do meio ambiente, pode haver limitações operacionais e consequências ecológicas indesejáveis. Os métodos de controle biológico são eficazes somente na fase imatura dos mosquitos vetores e geralmente estão restritos ao uso em grandes recipientes ou poços de armazenamento de água de concreto 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 controle e no monitoramento e reabastecimento de recipientes quando necessário.

Respostas da engenharia ambiental: respostas da engenharia ambiental: diversas medidas básicas da engenharia ambiental reduzem a proliferação de vetores, inclusive:



- o descarte apropriado de dejetos humanos e de animais, banheiros em bom funcionamento e tamponamento da abertura dos sanitários de fossa;
- o descarte apropriado dos resíduos sólidos para controlar insetos e roedores;
- a boa drenagem nos assentamentos; e
- a drenagem da água parada e a limpeza da vegetação ao redor de canais 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 infectados pode reduzir o número de moscas adultas e prevenir uma epidemia de diarreia ou ajudar a reduzir a incidência da doença, se empregada durante uma epidemia. A pulverização residual interna vai reduzir a densidade de mosquitos adultos transmissores de malária ou dengue; as iscas tóxicas vão reduzir as populações de roedores.

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 de treinamento. 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 persuadir a autoridade nacional competente a autorizar a adesão aos padrões internacionais.

Proteja todo o pessoal que manuseia produtos químicos fornecendo treinamento, 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 produtos antimalária; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.1: Prevenção.*

Todas as pessoas afetadas têm conhecimento e meios para proteger a si mesmas e suas famílias dos vetores que possam causar risco significativo para a saúde e o bem-estar.

Ações-chave

- 1 Avaliar as práticas correntes de prevenção ou profilaxia de vetores no ambiente doméstico como parte de um programa geral de higiene.

- Identificar os obstáculos existentes para a adoção de comportamentos e de motivadores mais eficazes.
- 2 Usar campanhas de conscientização participativas e acessíveis para informar as pessoas sobre vetores-problema, 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 itens para o controle de vetores em colaboração com a comunidade, autoridades locais e outros setores se os mercados locais não conseguirem atender à demanda.
- 4 Treinar as comunidades para monitorar, relatar e dar feedback sobre os vetores-problema e o programa de controle de vetores.

Indicadores-chave

Porcentagem de pessoas afetadas que conseguem descrever corretamente modos de transmissão e medidas eficazes de controle de vetores no âmbito doméstico.

Porcentagem de pessoas que tomam medidas adequadas para se protegerem de doenças importantes transmitidas por vetores.

Porcentagem de famílias que dispõem de proteção adequada para alimentos armazenados.

Notas de orientação

Medidas individuais de proteção à malária: medidas oportunas, de proteção sistemática, como tendas para capturar insetos, cortinas e mosquiteiros, ajudam a proteger contra a malária. Mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração também protegem contra piolhos de corpo e de cabeça, pulgas, carrapatos, baratas e percevejos. Use também outros métodos de proteção como roupa de manga comprida, fumigantes domésticos, serpentinas, aerossóis e repelentes contra mosquitos. Facilite o uso de tais métodos para as pessoas de maior risco, como crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência imunológica e grávidas.

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 tome medidas específicas para reduzir o risco. Tenha cuidado para evitar a estigmatização.



Comunicação e mobilização social: é necessária uma mudança comportamental no âmbito individual e comunitário para reduzir tanto os habitat de larvas como os da população de vetores adultos. As atividades de mobilização e de comunicação social devem ser totalmente integradas às iniciativas de prevenção e controle de vetores por meio do uso de uma ampla variedade de canais.

Medidas de proteção individual para outros vetores: boa higiene pessoal e lavagem regular das roupas de uso pessoal e das roupas de cama são a proteção mais eficaz contra o piolho de corpo. Controle infestações por meio do tratamento pessoal (pulverização), de lavagem em massa ou de campanhas de despiolhamento. Desenvolva e use protocolos de tratamento para recém-chegados ao assentamento. Um ambiente domiciliar limpo, o descarte eficaz de resíduos e o armazenamento apropriado de alimentos cozidos e não cozidos impedirão que ratos, outros roedores e insetos (como baratas) entrem nas casas ou nos alojamentos; ⊕ *ver Promoção de Higiene – Norma 1.1.*

5 Gestão de resíduos sólidos

A gestão de resíduos sólidos consiste no processo de manusear e descartar resíduos sólidos orgânicos e não orgânicos que envolve:

- planejamento de sistemas de gestão de resíduos sólidos;
- manuseio, separação, armazenamento, triagem e processamento de resíduos na fonte;
- transferência para um ponto de coleta; e
- transporte e descarte final, reutilização, reaproveitamento ou reciclagem.

Os resíduos podem ser gerados em 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 à saúde pública, pois pode criar habitat favoráveis para insetos, roedores e outros vetores de doenças; ⊕ *ver Controle de vetores – Norma 4.1: Controle 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 catadores de resíduos, que ganham dinheiro coletando materiais reutilizáveis dos lixões, podem correr o risco de lesões ou doenças infecciosas.

Os resíduos sólidos podem bloquear os sistemas de drenagem, gerando água estagnada e poluída na superfície, a qual pode servir de habitat para vetores, além de criar outros riscos à saúde pública.

Estas normas não abrangem o tratamento ou o descarte de efluentes químicos ou lixiviados. Para orientações sobre 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*.



Os resíduos sólidos são acondicionados com segurança para evitar poluição do meio ambiente, dos ambientes para morar, estudar, trabalhar e dos ambientes comunitários.

Ações-chave

- 1 Elaborar o programa de descarte de resíduos sólidos com base nos riscos à saúde pública, na avaliação dos resíduos produzidos em moradias e instituições e nas práticas existentes.
- Analisar a capacidade de reutilização, reaproveitamento, reciclagem e compostagem locais.

- Compreender os papéis das mulheres, homens, meninas e meninos na gestão de resíduos sólidos para evitar criar mais riscos relacionados à 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 descarte novas e existentes fora do local possam ser utilizadas por todos.
- Estabelecer um cronograma para cumprir, assim que possível, as normas ou as políticas sanitárias locais sobre gestão de resíduos sólidos.
- 3 Organizar campanhas periódicas ou seletivas de limpeza de resíduos sólidos com o apoio necessário de infraestrutura.
- 4 Fornecer roupas de proteção e imunizar as pessoas que coletam e descartam os resíduos sólidos e aquelas envolvidas na reutilização ou no reaproveitamento dos resíduos.
- 5 Assegurar-se de que os centros de tratamento sejam geridos de modo conveniente, adequado e seguro.
 - Usar métodos de tratamento e descarte 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 o uso de embalagens e reduzir a carga de resíduos sólidos trabalhando com as organizações responsáveis pela distribuição de alimentos e de itens domésticos.

Indicador-chave

Não há acúmulo de resíduos sólidos em torno dos bairros ou dos pontos comunitários designados para coleta pública.

Notas de orientação

As pessoas em trânsito deverão descartar itens pesados ou não mais necessários. A produção de resíduos sólidos nos pontos de distribuição pode aumentar as tensões com as populações de acolhida. 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 descartados de maneira diferente.

Áreas urbanas: a infraestrutura de gestão urbana de resíduos sólidos pode ser integrada a outros sistemas de serviços. Trabalhe com os sistemas e as autoridades existentes para acomodar a carga extra de resíduos sólidos.

Proteção das pessoas que manipulam 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 tétano e hepatite B. Cuide para que água e sabão estejam disponíveis para lavar as mãos e o rosto. Informe e treine os profissionais sobre a maneira correta de transportar e descartar 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 resíduos podem ser tachadas de sujas ou pobres. A consulta comunitária pode ajudar a mudar atitudes. É útil também providenciar que as pessoas que manipulam os resíduos tenham equipamentos apropriados e sejam capazes de manter a limpeza.

Assentamentos comunitários e áreas rurais: o descarte doméstico 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 moradias e na avaliação do fluxo de resíduos. As fossas domésticas devem ser adequadamente cercadas para evitar que crianças e animais tenham acesso a elas e, de preferência, devem estar localizadas a pelo menos 15 m das moradias.

Para os pontos de coleta dos bairros e das comunidades, inicialmente forneça um recipiente de 100 L para cada 40 moradias. A longo prazo, forneça um recipiente para cada 10 moradias, pois a produção de resíduos domésticos provavelmente aumentará com o tempo. Como referência, deve-se disponibilizar uma equipe de manutenção de 2 a 5 pessoas por 1.000 pessoas.

Reutilização, reaproveitamento e reciclagem: estimule a reutilização, o reaproveitamento ou a reciclagem de resíduos sólidos pela comunidade, a não ser que isso represente um risco significativo à saúde pública. Avalie as oportunidades de negócios de pequenas empresas ou de geração de renda complementar com a reciclagem de resíduos e a possibilidade de compostagem doméstica ou comunitária de resíduos orgânicos.



As pessoas podem coletar com segurança e eventualmente tratar os resíduos sólidos em 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 coleta nos bairros, que sejam claramente demarcados e cercados 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 coleta pública.
- 4 Assegurar que o enterramento de resíduos sólidos ou as fossas de incineração domésticas ou comunitárias sejam gerenciados com segurança.

Indicadores-chave

Porcentagem de famílias com acesso a um ponto designado de coleta de resíduos sólidos no bairro ou na comunidade a uma distância aceitável de suas moradias

Porcentagem de famílias que relatam que o armazenamento doméstico de resíduos é adequado

Notas de orientação

Planejamento: a quantidade de resíduos sólidos que as pessoas geram depende do modo como a comida é obtida e cozida, bem como de que atividades são realizadas dentro ou perto da moradia. As variações podem ser sazonais e geralmente refletem as agendas de distribuição ou de mercados. Calcule que uma pessoa gera 0,5 kg de resíduos sólidos por dia. Isto equivale a uma quantidade entre 1L e 3 L por pessoa por dia, com base em uma densidade normal de resíduos sólidos de 200 a 400 kg/m³.

Os pontos designados de coleta pública não transbordam com resíduos, e o tratamento e descarte final dos resíduos são seguros.

Ações-chave

- 1 Garantir que instituições como escolas e espaços de aprendizagem, espaços de convivência infantil e escritórios tenham um armazenamento bem demarcado, adequado e coberto para os resíduos produzidos nesses locais.
- 2 Providenciar um armazenamento bem demarcado e cercado para resíduos produzidos em áreas comunitárias, especialmente em mercados formais e informais, centros de trânsito e centros de inscrições.

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 gerenciados com segurança

Notas de orientação

Resíduos de mercados: os mercados precisam de atenção especial, pois as áreas comunitárias geralmente carecem de uma unidade designada com responsabilidade de gerenciar os resíduos sólidos. Trate da maioria dos resíduos de mercados da mesma maneira que os resíduos sólidos domésticos.

Resíduos de matadouros: assegure-se de que o abatimento 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 seus resíduos líquidos. Se for conveniente, descarte esses resíduos em uma 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 canaleta coberta por lajes 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 de higiene e os agentes de saúde trabalham para reduzir os riscos à saúde pública, para impedir 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 à saúde pública na comunidade e nos ambientes de saúde. Esta norma está calcada nas normas 1 a 5 WASH e 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. Ela é crucial para o paciente, 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 de abastecimento de água, saneamento e higiene aplicadas sistematicamente tanto na comunidade quanto 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 mais intenso em uma situação de surto.

Resposta da comunidade a surtos

Nem sempre é prático responder a todos os componentes do abastecimento de água, saneamento e higiene. Tenha como foco o risco imediato à 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 oral-fecal); no impacto esperado de cada intervenção e nos recursos disponíveis.

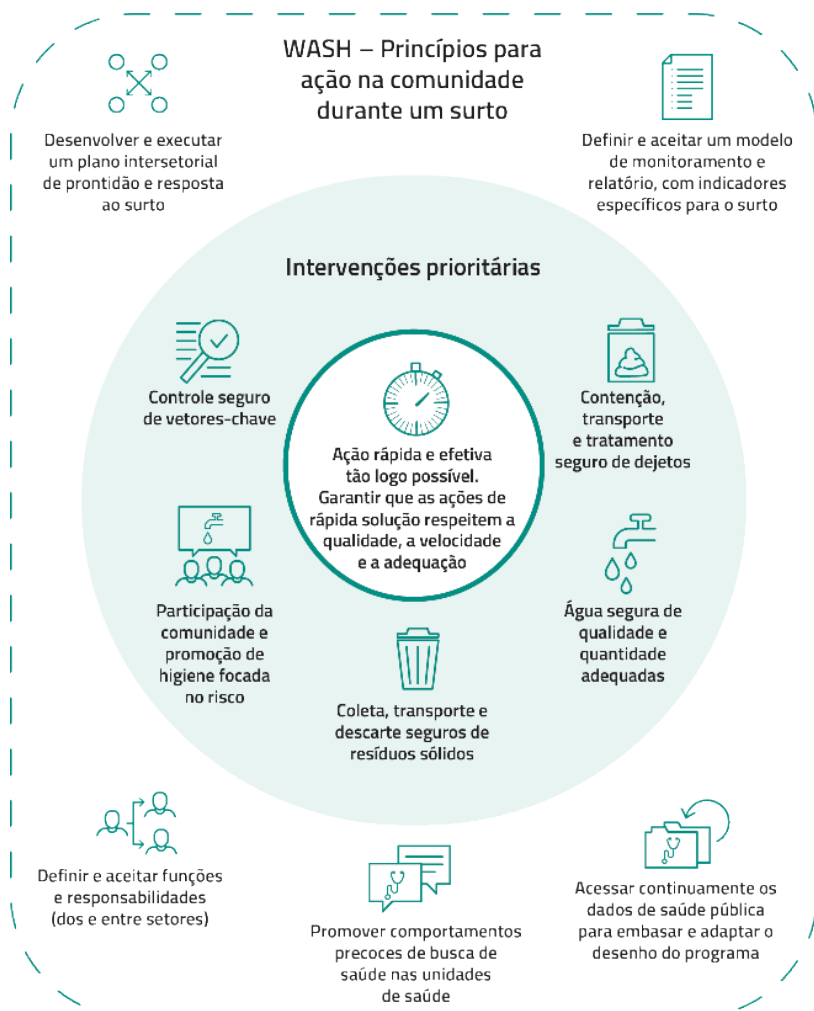
A participação da comunidade permanece sendo um componente primordial de uma resposta a surtos destinada a prevenir a propagação de doenças. As percepções e as crenças existentes na comunidade podem ajudar ou dificultar a resposta; assim, é importante compreendê-las e saber lidar com elas. Talvez seja necessário modificar algumas normas 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 de sais de reidratação oral e zinco (para crianças) para diarreia.

Se os trabalhadores de extensão da comunidade se dedicam ativamente a detectar casos ou fazem tarefas relacionadas, eles devem receber treinamento. Integre todos os dados na atividade geral de investigação e resposta ao surto. É crucial para uma resposta em tempo hábil fazer um rastreamento rápido da propagação do surto e a quem ele afeta. A integração dos dados em um sistema comum evita que sejam computados em

duplicidade 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, sempre siga as orientações técnicas atualizadas, pois as doenças emergentes terão riscos e impactos distintos. Há muitas orientações sobre prevenção e controle de infecções (PCI) específicas, e elas devem ser observadas com 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 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 ação na comunidade durante surtos (Figura 5)

Todos os ambientes de saúde mantêm as normas mínimas WASH para prevenção e 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 o ambiente de saúde.
 - Armazenar água potável para uso, 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 descarte de dejetos para restringir a transmissão de doenças.
 - Fornecer cadeiras e baldes sanitários para pessoas com dificuldade de locomoção.
 - Limpar as instalações sanitárias (banheiros, chuveiros e área de lavagem) com água e detergente. Evitar o uso de detergentes fortes nos banheiros.
 - **Surtos:** providenciar instalações de descarte 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 extras de precaução extras necessárias para limpeza, desativação e extração de lodo das instalações e dos equipamentos para dejetos.
- 3 Fornecer materiais e equipamentos de limpeza suficientes aos profissionais de saúde, aos pacientes e aos visitantes para que mantenham a higiene.
 - Instalar pontos de lavagem das mãos em locais estratégicos com água limpa, sabão ou álcool em 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 pacientes, antes da alta, itens específicos de higiene e orientações sobre como usá-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, antes de cada uso, aparelhos médicos reutilizáveis dependendo do risco.
- Desinfetar toda a roupa de cama com solução de cloro a 0.1% após imersão, se visivelmente suja; esterilizar toda a roupa de cama das salas de cirurgia.
- **Surtos:** utilizar desinfetante mais forte para limpeza de pisos e de superfícies contaminadas. Considerar métodos especiais para desinfetar as roupas.

5 Manusear, tratar e descartar corretamente os resíduos.

- Separar os resíduos de saúde no ponto de geração usando o método de três compartimentos.
- Treinar todos os profissionais de saúde na separação e gestão de resíduos.
- Fazer com que as equipes designadas usem EPIs para coletar, tratar e descartar resíduos (pelo menos luvas e botas)
- **Surtos:** aumentar as medidas de precaução no manuseio de resíduos usando EPIs completos de acordo com o tipo de doença.

6 Assegurar que todos os trabalhadores de saúde, pacientes e cuidadores usem EPIs apropriados.

- Fornecer EPIs conforme o tipo de exposição e a categoria das precauções de isolamento.
- Treinar os trabalhadores de saúde, os pacientes e outras pessoas da unidade para selecionar, usar e remover EPIs.
- **Surtos:** analisar o tipo de exposição prevista e adaptar o EPI ao tipo de transmissão.

7 Tratar 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 de retorno dos falecidos às famílias.
- **Surtos:** identificar alternativas com a comunidade se as práticas usuais não se mostrarem seguras.
- **Surtos:** treinar e dar às equipes EPIs adequados para fazer sepultamentos.

Indicadores-chave

Todos os profissionais de saúde limpam as mãos usando sabão ou álcool em gel antes e depois de cada contato com os pacientes

Todos os pacientes e cuidadores lavam as mãos antes de manusear ou ingerir alimentos e após ir ao banheiro

Todos os pontos de lavagem de mãos têm sabão ou álcool em gel (ou solução de cloro a 0.05% em surtos)



Número de pontos de lavagem de mãos

- Mínimo: um ponto para cada 10 pacientes

Qualidade da água potável no ponto de entrega

- Mínimo: 0,5 a 1mg/l CRL

Quantidade de água potável disponível

- Mínimo: 5 L por ambulatório por dia
- Mínimo: 60 L por paciente por dia em centros de tratamento de cólera
- Mínimo: 300 a 400 L por paciente por dia em centros de tratamento de febre hemorrágica viral.

Número de banheiros acessíveis

- Mínimo: 4 em unidades ambulatoriais (separados para homens, mulheres, crianças e profissionais de saúde)
- Mínimo: 1 para cada 20 pacientes internados (separados para homens, mulheres, crianças e profissionais de saúde)

Notas de orientação

Prevenção e controle de infecções: a programação é essencial nos ambientes de saúde, incluindo ambulâncias e programas de saúde comunitária. É necessário formular diretrizes sobre normas de precaução, precauções em função da transmissão e técnicas clínicas de assepsia. Disponha de uma equipe dedicada ao controle e à prevenção de infecções em cada ambiente e em cada treinamento para profissionais de saúde. As infecções associadas a cuidados de saúde e resistência microbiana devem ser monitoradas por meio de sistemas de vigilância sanitária. Os ambientes devem ter pessoal e carga de trabalho adequados; os leitos devem ser ocupados somente por um paciente; os serviços de saúde devem ser prestados em um ambiente seguro e apropriado, construído com infraestrutura de abastecimento de água, saneamento e higiene (WASH) e equipamentos suficientes para manter práticas seguras de higiene; ⊕ *ver Sistema de saúde – Normas 1.1 e 1.2.*

Quantidade e 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 banheiros e fontes de água potável. Assegure pelo menos um abastecimento (e armazenamento) de 48 h por unidade. Para surtos como Ebola 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 os diversos usos nos ambientes de saúde.

Lavar as mãos
 Lavar roupas (após a limpeza)
 Secar superfícies horizontais de trabalho após limpeza (só para cólera)
 Limpar materiais, aventais, botas, utensílios de cozinha e pratos
 Enxaguar comadres e baldes
 Limpar as superfícies contaminadas com líquidos corpóreos
 Preparar cadáveres (Ebola)
 Preparar cadáveres (cólera)
 Adicionar a baldes de dejetos e vômitos (cólera)
 Solução-mãe para água clorada

Gestão de dejetos: ⊕ ver *Gestão de dejetos – Normas 3.1 a 3.3* para orientações gerais sobre gestão de dejetos e *Promoção de 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 banheiros fechados e bem iluminados e com espaço suficiente para os cuidadores ajudarem os pacientes. Todas as instalações sanitárias (banheiros, chuveiros, área de lavagem) devem ser limpas com água e detergente. Evite usar desinfetantes fortes dentro dos banheiros (principalmente para tanques sépticos), pois isso interrompe os processos naturais de biodegradação de alguns patógenos.

Durante os surtos, adote precauções adicionais quando limpar, desativar ou extrair lodo dos equipamentos e das instalações de dejetos (utilize solução de cloro para limpeza e tratamento com cal viva ou cloro, por exemplo).

Águas Cinzas: no mínimo, elimine as águas cinzas usando uma caixa de gordura e um poço de imersão. Assegure-se de que ele seja vedado para evitar violações pelo público.

Os resíduos de cuidados de saúde contêm organismos infecciosos, como os de HIV e de hepatite B, que também podem contaminar o solo e as fontes de água. Utilize pelo menos o método de três recipientes para coletar e separar resíduos assim que sejam produzidos:



Papel	Preto
Agulhas, bisturis, conjuntos de infusão, vidro quebrado, frascos vazios	Amarelo, rotulado "PERFUROCORTANTES", à prova de vazamento e de perfuração
Materiais contaminados com líquidos corpóreos, como cotonetes, curativos, suturas, culturas de laboratório	Amarelo, rotulado e à prova de vazamento

Pode ser necessária uma outra separação para resíduos patológicos (tecido humano), farmacêuticos e químicos (reagentes laboratoriais). Colete os resíduos separados da

área médica pelo menos uma vez ao dia, e, se forem altamente infecciosos, imediatamente. Utilize um carrinho para transportar os resíduos por um trajeto fixo até as áreas indicadas com acesso restrito ao público. Os recipientes de resíduos, os carrinhos e as áreas de armazenamento devem ser desinfetados regularmente. Vacine todas as pessoas que manipulam resíduos de saúde contra hepatite B e tétano.

Trate e descarte os resíduos conforme as instalações disponíveis:

Reciclar, incinerar ou enterrar
 Aterro municipal
 Coletor de materiais perfurocortantes
 Encapsular e enterrar em aterros
 Incinerar (não os frascos) e depois enterrar na fossa de cinzas
 (com cuidado, pois os materiais cortantes podem não ter sido despontados)
 Cova (cobrir os resíduos com cal viva)
 Incinerar e depois enterrar em poço de cinzas
 Autoclave ou tratamento químico
 Depende de normas socioculturais:
 Covas (por exemplo, covas de placenta) ou cemitérios
 Cremação
 Siga as diretrizes nacionais, se possível, ou retorne ao fornecedor.
 Encapsular e descartar em aterro sanitário.
 Incineradores especiais ($> 1.200^{\circ}\text{C}$)
 Siga as diretrizes nacionais, se possível, ou retorne ao fornecedor.
 Pequenas quantidades podem ser incineradas ou encapsuladas.
 Tratar em usina 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. Todos os fossos e incineradores devem ser construídos conforme as normas nacionais e internacionais vigentes e ser operados, mantidos e desativados com toda a segurança.

Os equipamentos de proteção individual (EPI) são obrigatórios em conformidade com os protocolos de prevenção e controle de infecções e para assegurar que os pacientes, as famílias e os funcionários não fiquem sujeitos a riscos adicionais.

Avalie o tipo de exposição prevista (respingos, aerossol, contato ou toque) e a categoria das doenças contagiosas. Utilize equipamentos que sejam bem encaixados, duráveis e adequados (como os resistentes a fluidos ou à prova de fluidos).

Os EPIs básicos protegem os usuários da exposição a sangue, a líquidos corpóreos, a secreções ou a dejetos. Eles são compostos de: luvas para tocar material infeccioso; batas/aventais quando as roupas ou a pele exposta estão em contato com material infeccioso; proteção facial, como máscaras, óculos ou protetor facial para proteger de respingos, gotículas ou aerossóis. Os EPIs extra (ou EPI básico em outros momentos)

podem também ter de ser usados dependendo do tipo de transmissão da doença: por contato (por exemplo, batas e luvas quando no ambiente do paciente); por gotículas (máscaras cirúrgicas quando a uma distância menor do que 1 m do paciente).

Coloque os EPIs descartáveis em lixeiras (como tambores de 220 L) na entrada da área de troca de roupa. Recolha e leve as lixeiras à área designada para o manejo dos resíduos. Coloque os EPIs reutilizáveis, como óculos e luvas para tarefas pesadas, em lixeiras contendo uma solução de cloro a 0,5%. Limpe, lave, conserte e armazene adequadamente os EPIs.

Deve ser disponibilizada uma solução de cloro a 0,5% para lavar as mãos com luvas após cada passo do procedimento de retirada das roupas. Providencie um lavatório separado para lavar as mãos com solução de cloro a 0,05%, na etapa final do procedimento.

Gestão de cadáveres: promova um enterro seguro, digno e segundo a cultura das pessoas falecidas, identificando todas elas. Deixe as pessoas identificarem seus familiares e conduzirem os funerais. Não descarte os corpos sem funeral em valas comuns. Os enterros coletivos podem obstaculizar 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 surtos, precauções especiais como preparar o cadáver com solução de cloro, dependendo do patógeno e de sua transmissão. Os rituais para limpar e cuidar do cadáver podem aumentar a possibilidade de transmissão da doença, mas o desrespeito a suscetibilidades culturais pode provocar a realização de enterros em segredo, os quais não são notificados.

Os profissionais de saúde e as equipes de sepultamento devem usar EPIs o tempo todo. Dê apoio psicossocial aos agentes funerários da comunidade. Trabalhe junto aos líderes comunitários para evitar o preconceito contra as pessoas que desempenham essa função.

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 de higiene

Esta lista de perguntas é útil principalmente para analisar as necessidades, identificar os recursos e descrever as condições locais. Ela não inclui perguntas que identifiquem os recursos externos necessários para complementar aqueles disponíveis no local e imediatamente.

Geral

- Quantas pessoas estão infectadas e onde elas 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 a abastecimento de água, saneamento e higiene?
- Quais são as pessoas-chave para consultar ou contatar?
- Quais são as pessoas vulneráveis na população e por quê?
- Há acesso igualitário a todas as instalações existentes, inclusive nos lugares públicos, nos centros de saúde e nas escolas?
- Quais os riscos à segurança específicos para mulheres, meninas, meninos e homens e grupos de risco?
- A que práticas de água, saneamento e higiene a população estava acostumada antes da crise?
- Quais as estruturas de poder formais e informais (por exemplo, líderes comunitários, anciãos, grupos de mulheres)?
- Como as decisões são tomadas em família e na comunidade?
- Há acesso a mercados locais? Que produtos e serviços essenciais de WASH eram acessíveis no mercado antes da crise e são acessíveis durante a crise?
- As pessoas têm acesso a dinheiro e/ou crédito?
- Há variações sazonais que possam restringir o acesso ou aumentar a demanda de mão de obra durante o período de colheita, por exemplo?
- Com quem as autoridades-chave devem manter contato 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?

Promoção de Higiene

- A quais práticas de água, saneamento e higiene as pessoas estavam acostumadas 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 mídia de massa há na região (por exemplo: rádio, televisão, vídeo, jornais)?
- Que organizações de mídia locais e/ou organizações não-governamentais (ONGs) 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 para abastecimento de água, saneamento e higiene) para mobilização tanto imediata quanto a médio prazo?
- Quais são as necessidades de aprendizagem da equipe de higiene e dos agentes de extensão comunitária?
- Que itens não comestíveis estão disponíveis e quais os mais urgentes segundo as preferências e necessidades?
- Onde as pessoas acessam os mercados para comprar os itens essenciais de higiene? O acesso (custo, diversidade, qualidade) mudou desde a crise?
- Como as famílias têm acesso aos seus itens essenciais de higiene? Quem toma as decisões com relação a quais itens comprar e priorizar?
- 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?

Abastecimento de água

- Qual a fonte atual de fornecimento de água e quem são os atuais usuários?
- 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 coleta de água estão perto o suficiente de onde as pessoas vivem?
- Eles são seguros?
- O abastecimento de água usual é confiável? Quanto tempo durará?
- As pessoas têm recipientes de água suficientes de tamanho e tipo apropriados (para coleta e armazenamento)?
- A fonte de água está contaminada ou sob 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 palatabilidade e aceitação da água relacionados ao gosto e ao odor de cloro?
- Há fontes alternativas de água por perto?
- Quais as práticas e crenças tradicionais relativas a coleta, armazenamento e uso da água?
- Há obstáculos para usar 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?
- Há crenças e práticas tradicionais relacionadas à higiene? (por exemplo, durante o surto de cólera no Haiti a doença foi associada à cultura vodu). 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 entrega) mudou?
- As pessoas têm meios para usar 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?
- No deslocamento rural, qual é a fonte usual de água para o gado?
- Haverá algum efeito ambiental devido a possível intervenção no abastecimento de água, na captação e no uso das fontes de água?
- Que outros usuários estão atualmente utilizando 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 na provisão de água? Quais as dificuldades e as oportunidades que poderiam subsidiar as análises e as recomendações de respostas?
- Que tarefas de operação e 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 operação e manutenção?
- Como a população de acolhimento tem acesso à água e se certifica de que sua água seja potável no ponto de uso?

Descarte de dejetos

- O ambiente é livre de fezes?
- Se há defecação a céu aberto, há uma área designada?
- Há instalações? Em caso afirmativo, elas são utilizadas? São suficientes?
- Elas estão funcionando 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 aos banheiros durante o dia e à noite? Se não à noite, quais são as alternativas?

- Quais as práticas de gestão de dejetos que a população de acolhida realmente adota?
- A prática usual de defecação é uma ameaça ao abastecimento de água (água de superfície e subterrânea) ou a áreas habitacionais e ao meio ambiente em geral?
- Existem normas socioculturais a considerar no projeto de banheiros?
- As pessoas estão familiarizadas com o projeto, a construção e o uso de banheiros?
- Quais os materiais locais disponíveis para a construção de banheiros?
- Há aceitação e prática de compostagem?
- A partir de que idade as crianças começam a usar o banheiro?
- O que acontece com as fezes dos bebês e das crianças pequenas?
- Qual a inclinação do terreno?
- Qual o nível do lençol freático?
- As condições do solo são adequadas para o descarte de dejetos no local?
- Os procedimentos usuais de descarte de dejetos favorecem os vetores?
- Há produtos ou água disponível para limpeza anal? Como as pessoas normalmente descartam esses produtos?
- As pessoas lavam as mãos após a defecação e antes de cozinhar e comer? Água e sabão ou outros produtos de limpeza estão disponíveis junto ao banheiro ou dentro de casa?
- Como as mulheres e as meninas lidam com a menstruação? Existem produtos apropriados ou instalações disponíveis para a higiene menstrual?
- Há instalações específicas ou equipamentos disponíveis nas unidades médicas para tornar o saneamento acessível às pessoas com deficiência, com HIV, com incontinência ou às pessoas sem mobilidade?
- Foram avaliadas questões ambientais como, por exemplo, a extração de matéria prima, como areia e cascalho para fins de construção e proteção do meio ambiente contra a matéria fecal?
- Há trabalhadores qualificados na comunidade, como pedreiros ou carpinteiros, e trabalhadores não qualificados?
- Há esvaziadores de fossa ou caminhões de remoção de lodo? Em geral, os resíduos fecais coletados são descartados de forma apropriada e segura?
- Qual a estratégia adequada para a gestão de dejetos — inclusive contenção, esvaziamento, tratamento e descarte?

Doenças transmitidas por vetores

- Quais são os riscos de doenças transmitidas por vetores e quão sérias elas são?
- Que padrões diários ou sazonais os vetores locais seguem 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?

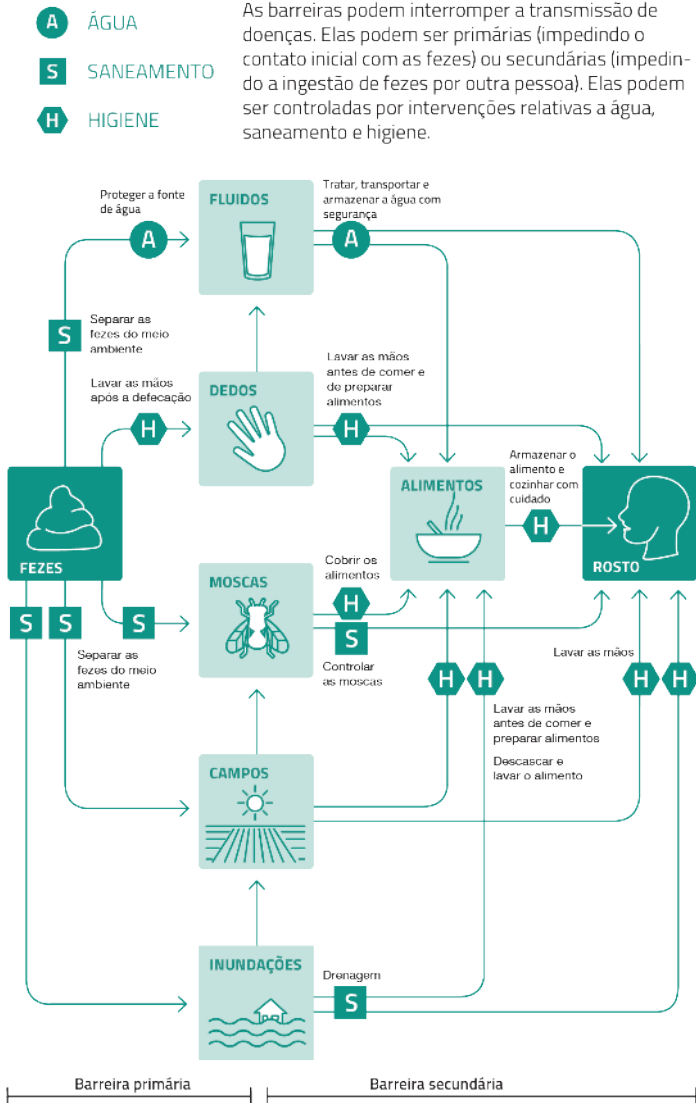
- É possível fazer mudanças no ambiente local (especialmente, por exemplo, por meio de drenagem, remoção de mato, descarte de dejetos, descarte de resíduos sólidos) para inibir a proliferação de vetores?
- É necessário o controle químico de vetores? Que programas, regulamentos e recursos existem em relação ao uso de produtos químicos para o controle de vetores?
- Que informações e precauções relativas à segurança precisam ser fornecidas às famílias?

Gestão de resíduos sólidos

- Os resíduos sólidos acumulados são um problema?
- Como as pessoas descartam seus resíduos? Que tipo e quantidade de resíduos é produzida?
- Os resíduos sólidos podem ser descartados no local ou precisam ser coletados e descartados fora?
- Qual é a prática normal de descarte dos resíduos sólidos das pessoas afetadas (por exemplo, fossa de compostagem e/ou lixo, sistema de coleta, lixeiras)?
- Há unidades e atividades médicas produzindo resíduos? Como eles são descartados? Quem é o responsável?
- Onde são descartados os materiais sanitários descartáveis (por exemplo, fraldas infantis, produtos de higiene menstrual e de incontinência)? Seu descarte é discreto e eficaz?
- Qual o efeito do método atual de descarte de resíduos sólidos no meio ambiente?
- Qual a capacidade de gestão de resíduos sólidos dos setores privados e públicos?

Apêndice 2

O diagrama F: transmissão fecal-oral de doenças diarreicas



nota: O diagrama é um resumo do fluxo; pode haver outras etapas associadas que sejam importantes. Por exemplo: a água potável pode ser contaminada por recipientes sujos, ou os alimentos podem ser infectados por utensílios de cozinha sujos. © WEDC

Os 5 Fs: fezes, fluidos, dedos, moscas, alimentos (Figura 6)

Fonte: Water, Engineering and Development Centre (WEDC)

Apêndice 3

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

2,5 a 3 L por pessoa por dia (dependendo do clima e da fisiologia individual)

2 a 6 L por pessoa por dia (dependendo das normas sociais e culturais)

3 a 6 L por pessoa por dia (dependendo do tipo de alimento, normas sociais e culturais)

5 L por paciente ambulatorial

40 a 60 L por paciente internado por dia

100 L por intervenção cirúrgica e parto

Podem ser necessárias quantidades adicionais para equipamentos de lavanderia, descarga de vasos sanitários e assim por diante

60 L por paciente por dia

15 L por cuidador por dia

300 a 400 L por paciente por dia

30 L por paciente internado por dia

15 L por cuidador por dia

1 L por paciente por dia

5 L por paciente por dia

10 L por paciente por dia

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

3 L por aluno por dia para beber e lavar as mãos
(Uso em banheiros não incluído: ver Banheiros públicos abaixo)

2 a 5 L por pessoa por dia para lavar e beber

1 a 2 L por usuário por dia para lavar as mãos

2 a 8 L por box por dia para a limpeza de banheiros

20 a 40 L por usuário por dia para banheiros com
descarga convencional conectados a um esgoto

3 a 5 L por usuário por dia para banheiros com descarga
simples

1 a 2 L por pessoa por dia

20 a 30 L por animal grande ou médio por dia

5 L por animal pequeno por dia

Apêndice 4

Número mínimo de banheiros: comunitários, locais e em instituições públicas

1 banheiro para 50 pessoas (comunitário)	1 banheiro para 20 pessoas (compartilhado entre famílias) 1 banheiro para 5 pessoas ou 1 família
1 banheiro para 50 bancas	1 banheiro para 20 bancas
1 banheiro para 20 leitos ou 50 pacientes ambulatoriais	1 banheiro para 10 leitos ou 20 pacientes ambulatoriais
1 banheiro para 50 adultos	1 banheiro para 20 adultos
1 banheiro para 20 crianças	1 banheiro para 10 crianças
1 banheiro para 50 indivíduos 3:1 relação feminino/masculino	
1 banheiro para 30 meninas	1 banheiro para 30 meninas
1 banheiro para 60 meninos	1 banheiro para 60 meninos
	1 banheiro para 20 funcionários

Fonte: Adaptado de Harvey, Baghri and Reed (2002)

Nota: Quando o contexto permitir, tente banheiros familiares compartilhados ou, melhor ainda, banheiros domésticos desde o início, a fim de criar aceitação, sentimento de propriedade e intervenções de saneamento culturalmente apropriadas.

Na comunidade deve-se adotar a mesma proporção de instalações para banho que aquela dos banheiros, ou seja: 1 para 50 pessoas a curto prazo ou 1 para 20 pessoas a longo prazo.

Apêndice 5

Doenças relacionadas à água e ao saneamento

1. Classificação ambiental das infecções relacionadas à água

Disenteria amebiana	Protozoário
Balantidíase	Protozoário
Enterite por <i>Campylobacter</i>	Bactéria
Cólera	Bactéria
Criptosporidiose	Protozoário
Diarreia por <i>E. coli</i>	Bactéria
Giardíase	Protozoário
Diarreia por rotavírus	Vírus
Salmonelose	Bactéria
Shigelose	Bactéria
Yersiníose	Bactéria
Tifóide	Bactéria
Paratifóide	Bactéria
Poliomielite	Vírus
Hepatite A	Vírus
Leptospirose	Spirochaete
Ascaridíase	Helmintos
Tricuríase	Helmintos
Doenças infecciosas de pele	Diversos
Doenças infecciosas dos olhos	Diversos
Tifo transmitido pelo piolho	Rickettsia
Febre recorrente causada pelo piolho	Spirochaete
Esquistossomose	Helmintos
Verme da Guiné	Helmintos
Clonorquíase	Helmintos
Difilobotríase	Helmintos
Paragonimíase	Helmintos
Outras	Helmintos
Doença do sono	Protozoário
Filarirose	Helmintos
Malária	Protozoário
Cegueira do rio	Helmintos
Vírus transmitidos por mosquitos	Vírus
Febre amarela	Vírus
Dengue	Vírus
Outros	

Fonte: *Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Annex 5, page 675*

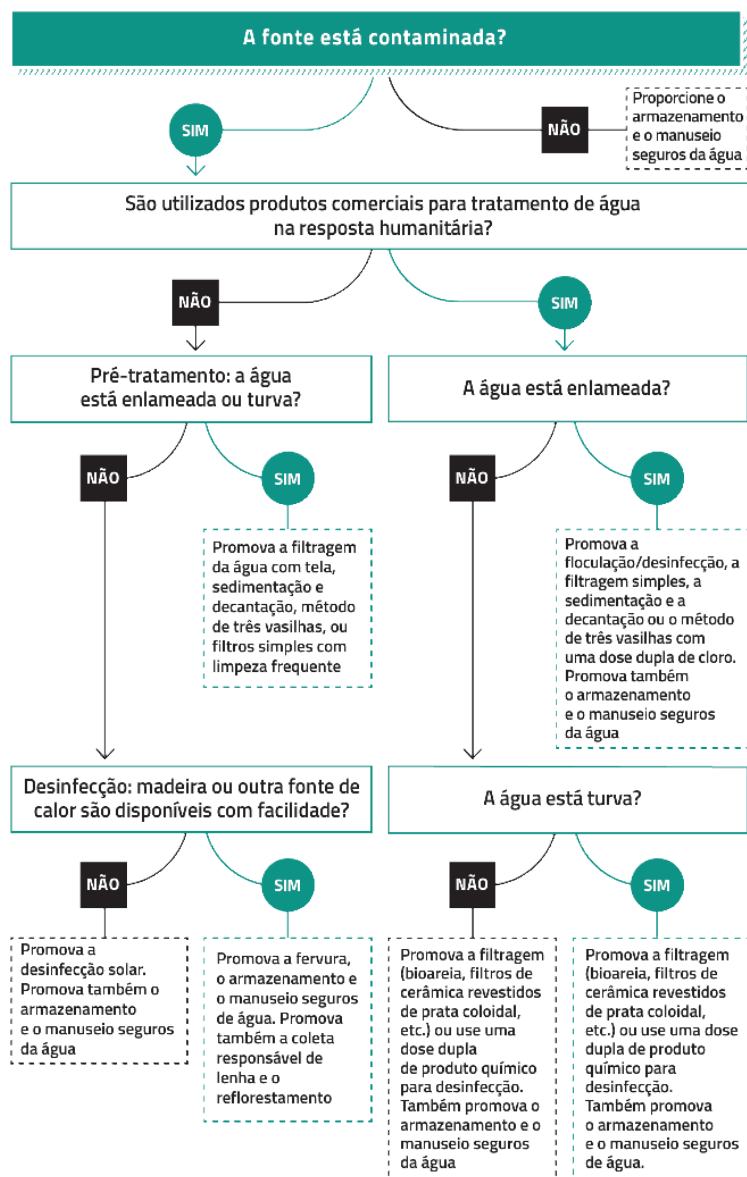
2. Classificação ambiental de infecções relacionadas a dejetos

Latente e persistente com hospedeiros aquáticos intermediários	Poliomielite	Vírus	Contato pessoa a pessoa	Abastecimento doméstico de água
	Hepatite A	Vírus	Contaminação doméstica	Melhoria da habitação
	Diarreia por rotavírus	Vírus		Fornecimento de banheiros
	Disenteria amebiana	Protozoário		Educação em saúde
	Giardíase	Protozoário		
	Balantidíase	Protozoário		
	Enterobiase	Helmintos		
	Himenolepiase	Helmintos		
	Diarreias e disenteria		Contato pessoa a pessoa	Abastecimento de água doméstica
	Enterite	Bactéria	Contaminação doméstica	Melhoria da habitação
	<i>Campylobacter</i>			Fornecimento de banheiros
	Cólera	Bactéria	Contaminação da água	Tratamento de dejetos antes de reutilizar ou descartar
	Diarreia por <i>E. coli</i>	Bactéria	Contaminação da colheita	Educação em saúde
	Salmonelose	Bactéria		
	Shigelose	Bactéria		
	Yersiniose	Bactéria		
	Febre entérica			
	Tifóide	Bactéria		
	Paratifóide	Bactéria		
	Ascaridíase (lombriga)	Helmintos	Contaminação do pátio	Instalação de banheiros com pisos limpos
	Tricuriase(verme)	Helmintos	Contaminação da terra	Tratamento de dejetos antes de sua aplicação à terra
	Ancilóstomo	Helmintos	em área de defecação comunitária	
	Estrongiloidíase	Helmintos	Contaminação da colheita	
	Tênia	Helmintos	Contaminação do pátio	Fornecimento de banheiros
			Contaminação do campo	Tratamento de dejetos antes de sua aplicação à terra
			Contaminação da forragem	Inspeção do preparo de alimentos e da carne
	Esquistossomose	Helmintos	Contaminação da água	Instalação de banheiros
	Clonorquíase	Helmintos		Tratamento de dejetos antes do descarte
	Difilobotríase	Helmintos		Controle de animais que albergam a infecção
	Paragonimíase	Helmintos		Cozimento

Doenças transmitidas por insetos			
Filariose (transmitida por infecções dos mosquitos <i>Culex pipiens</i>)	Helmintos	Insetos se reproduzem em vários lugares contaminados por fezes	Identificação e eliminação de possíveis focos de reprodução
Infecções de categoria 1 a 4, especialmente I e II que podem ser transmitidas por moscas e baratas	Diversos		Uso de mosquiteiros

Apêndice 6

Árvore de decisão para tratamento e armazenamento doméstico da água



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 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 de 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 de 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.unicefemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicefemergencies.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=document&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>

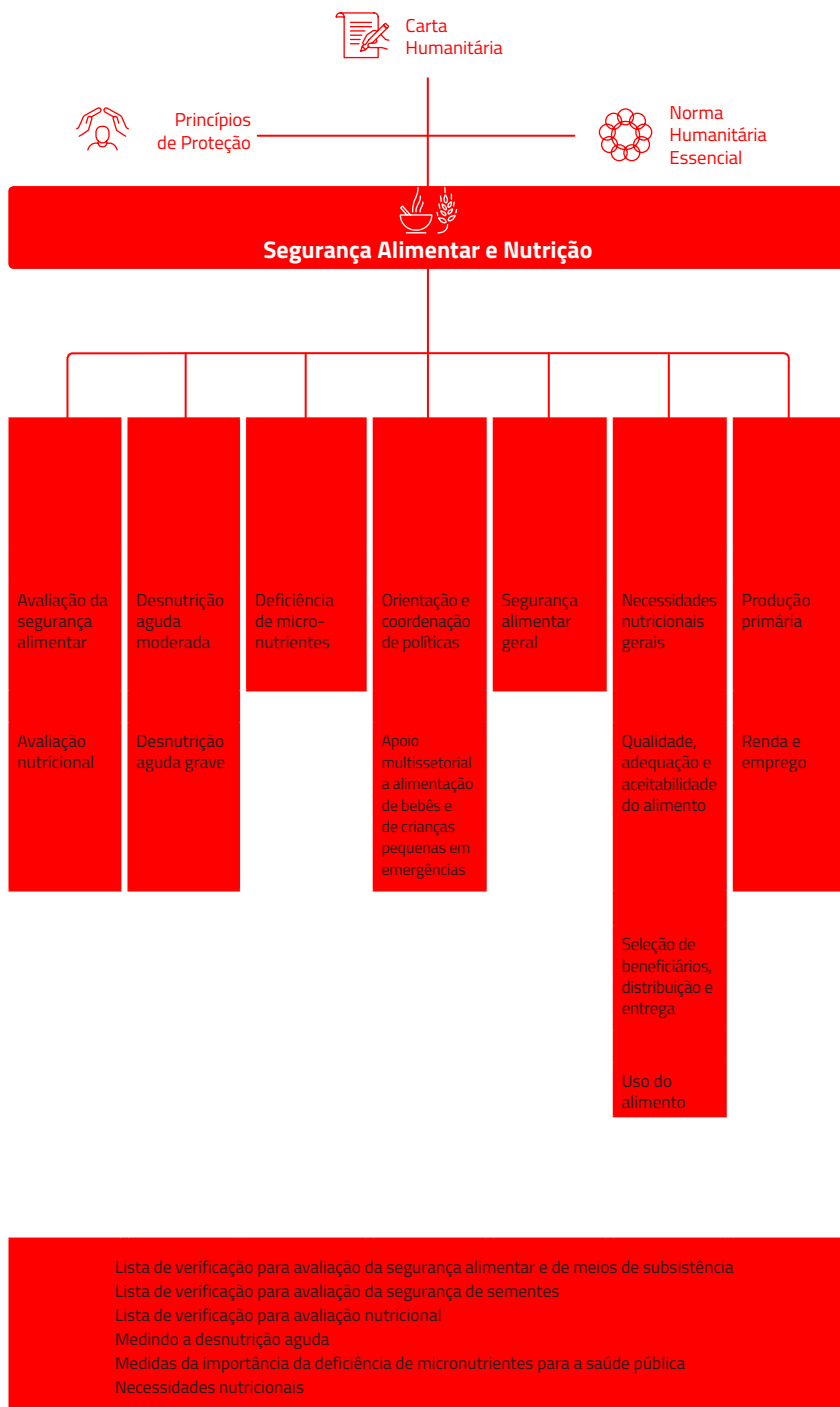
WASH, dinheiro e mercados

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



Sumário

Conceitos essenciais relativos a 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 bebês 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 de meios de subsistência.....	231
Apêndice 2: Lista de verificação para avaliação da segurança de sementes	233
Apêndice 3: Lista de verificação para avaliação nutricional.....	235
Apêndice 4: Medindo a desnutrição aguda.....	237
Apêndice 5: Medidas da importância da deficiência de micronutrientes para a saúde pública	241
Apêndice 6: Necessidades nutricionais	244
Referências e leitura complementar	246



Conceitos essenciais relativos a segurança alimentar e nutrição

Todo mundo tem o direito de estar livre da fome e de ter uma alimentação adequada

As Normas Mínimas Esfera para segurança alimentar e nutrição constituem uma expressão prática do direito a 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 e o direito de receber ajuda humanitária conforme a necessidade.

Para uma lista de documentos jurídicos essenciais e das políticas que informam a Carta Humanitária com comentários explicativos para trabalhadores humanitários, [!\[\]\(c3d993ca47bfe2a953c700506ce31fa0_img.jpg\) ver Anexo 1](#).

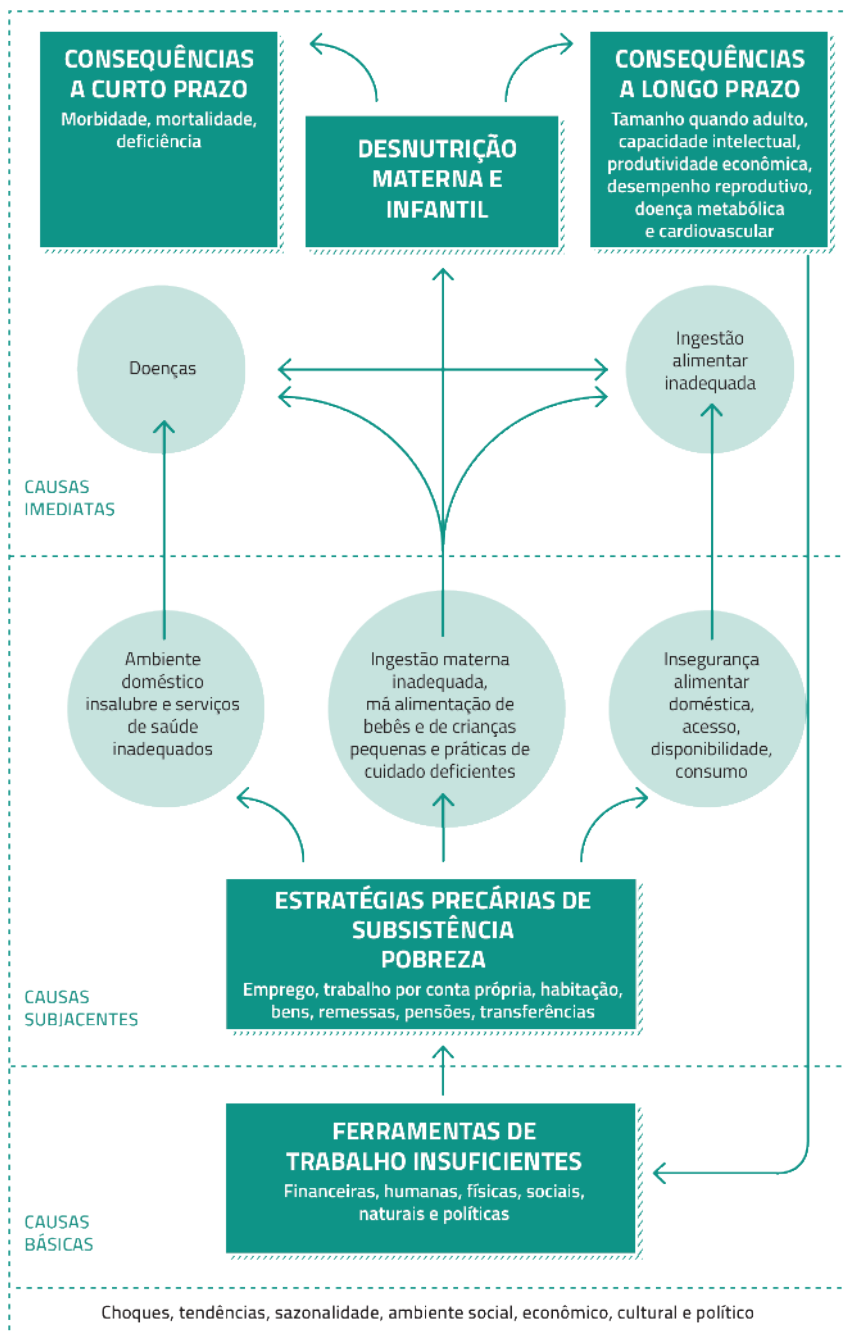
A subnutrição reduz a capacidade das pessoas de se recuperarem após uma crise. Prejudica as funções cognitivas; reduz a imunidade a doenças; aumenta a suscetibilidade a doenças crônicas; limita as oportunidades de trabalhar pela subsistência e reduz a capacidade de participação na comunidade. Ela mina a resiliência e pode aumentar a dependência de apoio continuado.

As causas da subnutrição são complexas

As causas imediatas da subnutrição são uma inadequada ingestão de alimentos e doenças recorrentes; [!\[\]\(003082e50e3009141f59bd5df831749f_img.jpg\) ver Figura 7](#). As causas subjacentes são insegurança alimentar doméstica, práticas alimentares e de cuidados deficientes, 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 lide com outras causas ao mesmo tempo. Em uma abordagem coordenada, as respostas relativas a alimentação e nutrição devem andar juntas com respostas WASH, com respostas referentes a alojamento e 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 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 com a saúde, é mais provável que se alcance uma condição nutricional melhor. Isso, por sua vez, aumenta a capacidade da pessoa de buscar oportunidades de subsistência.

O controle das causas subjacentes vai prevenir e reduzir a subnutrição. Para tanto, é fundamental que as pessoas retenham suas ferramentas de trabalho, pois isso aumenta sua capacidade de gerenciar outras possíveis causas da subnutrição.



Segurança alimentar e nutrição: causas da subnutrição (Figura 7)

As ferramentas de trabalho incluem equipamento e maquinário, matérias primas, terra, conhecimento e acesso a 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, econômicas, culturais e políticas no ambiente pós-crise afetam as estratégias de enfrentamento da família e o acesso aos meios de subsistência ou às ferramentas de trabalho. Estabilizar esses fatores externos contribuirá com a renda 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 criando novos desafios para o setor de segurança alimentar e nutrição. Os ambientes urbanos podem oferecer mais oportunidades de emprego e de geração de renda. No entanto, à medida que as populações urbanas crescem, também cresce a demanda por moradia e serviços naquelas áreas. Em muitos casos, as políticas e as estratégias existentes para o planejamento do uso da terra não conseguem atender à demanda imprevista. O excesso de população, a poluição do ar, a má gestão de resíduos e a falta de instalações sanitárias nas favelas aumentam a chance de se contraírem doenças agudas. Isso diminui a capacidade das pessoas de aproveitar 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 bebês e crianças, de idosos e de pessoas com deficiência. Para melhorar a segurança alimentar nos lares, também é necessário um entendimento dos diferentes papéis que as pessoas exercem. As mulheres, por exemplo, costumam ter uma participação maior no planejamento e na preparação do alimento para suas famílias. É importante desagregar os dados pelo menos por sexo, idade e deficiência. Esse procedimento mostra quem precisa de que tipo de alimento e quem pode estar com falta de elementos nutricionais importantes. Desagregue do mesmo modo os dados do monitoramento pós-distribuição, para confirmar se as intervenções do programa estão fornecendo acesso equitativo aos alimentos e nutrição adequada e conveniente.

Prevenir a subnutrição é tão importante quanto tratar a desnutrição aguda. As intervenções de segurança alimentar e nutrição podem determinar a condição de nutrição e de saúde no curto prazo e a sobrevivência e o bem-estar no longo prazo.

Estas Normas Mínimas não devem ser aplicadas isoladamente

As Normas Mínimas deste capítulo refletem o conteúdo essencial do direito a alimentação e contribuem para uma progressiva concretização desse direito em escala mundial.

O direito a alimentação adequada é ligado aos direitos à água e higienização, a saúde e alojamento. O progresso no alcance das Normas Mínimas Esfera em

uma área influencia o progresso em outras áreas. Portanto, uma resposta efetiva requer coordenação e colaboração estreita com outros setores, com as autoridades locais e com outras agências de resposta. 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 nutrição. As referências cruzadas ao longo do Manual sugerem possíveis correspondências.

Por exemplo: se as necessidades nutricionais não estão sendo atendidas, a necessidade de WASH (abastecimento de água, saneamento e promoção de higiene) é maior, pois a vulnerabilidade das pessoas a doenças aumenta. O mesmo se aplica a populações nas quais o HIV 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 compartilhadas entre os setores e revise-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 a alimentação adequada

O direito de estar livre da fome e de ter uma alimentação adequada é protegido pelo Direito Internacional. Isso requer permanente acesso físico e econômico a uma alimentação adequada. Os Estados são obrigados a assegurar esse direito quando indivíduos ou grupos, inclusive refugiados e pessoas deslocadas internamente, não conseguem obter alimentos adequados, mesmo em situações de crise; ➕ ver Anexo 1.

Os Estados podem solicitar ajuda internacional caso seus recursos sejam insuficientes. Ao fazê-lo, devem:

- respeitar o acesso existente a alimentos adequados e permitir acesso continuado;
- proteger o acesso das pessoas a alimentos adequados assegurando que nenhuma organização ou indivíduo prive-as de tal acesso; e
- apoiar ativamente as pessoas para garantir meios de subsistência e segurança alimentar fornecendo-lhes os recursos de que necessitam.

Negar alimento adequado 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, trabalho de irrigação, instalações e reservas de água potável, bem como áreas que produzem bens comestíveis.

No caso de ocupação, o Direito Internacional Humanitário obriga o poder ocupante a garantir alimentação adequada à população, inclusive importando suprimentos caso aqueles existentes no território ocupado sejam inadequados.

Vínculos com os Princípios de Proteção e a Norma Humanitária Essencial

A ajuda alimentar e nutricional pode levar a sérias violações de direitos se for mal utilizada, particularmente se for utilizada para exploração ou abuso de participantes do programa. Os programas devem ser desenhados com a população atingida



e implementados de maneira que contribuam para 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 sua aplicação a todos os envolvidos na execução de programas de ajuda. 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 usar os sistemas de encaminhamento para casos suspeitos de violência, abuso ou 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 a Esfera e Princípios de Proteção.*

Ao se aplicarem as Normas Mínimas, todos os nove compromissos presentes na Norma Humanitária Essencial devem ser respeitados como base para se possa fornecer 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. Elas 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 elas 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 a princípios amplamente aceitos, usar métodos aceitos internacionalmente e ser 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 um corte transversal da população atingida, com particular atenção aos grupos de risco. As avaliações multissetoriais podem ajudar a avaliar crises de grandes proporções e extensas áreas geográficas.

O objetivo das avaliações da segurança alimentar e da nutrição pode ser:

- compreender a situação, as necessidades atuais e como atender a tais necessidades;
- estimar quantas pessoas precisam de ajuda;
- identificar grupos de maior risco; e/ou
- fornecer uma base de referência para monitorar o impacto da resposta humanitária.

As avaliações podem ser realizadas em vários estágios de uma crise. Por exemplo:

- uma avaliação inicial dentro dos primeiros dois a três dias para começar a imediata distribuição de ajuda alimentar.
- uma avaliação rápida dentro de duas a três semanas, com base em suposições e estimativas para fornecer uma base para o desenho dos programas;
- uma avaliação detalhada dentro de 3 a 12 meses se a situação parecer que está se deteriorando ou se mais informações forem necessárias para desenvolver programas de recuperação.

As avaliações detalhadas da segurança alimentar identificam estratégias de subsistência, ferramentas de trabalho e estratégias de enfrentamento. Elas levam em conta como esses elementos mudaram em decorrência da crise e quais foram 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 coleta e 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 planejamento, na implementação e no monitoramento de 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 a *Minimum Standard for Market Analysis (MISMA)* e/ou aos padrões de Avaliação e Análise do *Minimum Economic Recovery Standard (MERS)*; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados*.

As normas a seguir sobre avaliações da segurança alimentar e da nutrição baseiam-se na Norma Humanitária Essencial, Compromisso 1, para desenhar 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*.

Quando há pessoas sob risco de insegurança alimentar, realizam-se avaliações para determinar seu grau e extensão, identificar as pessoas mais afetadas e definir a resposta mais adequada.

Ações-chave

- 1 Coletar e analisar informações sobre segurança alimentar no estágio inicial e durante a crise.
 - Fazer uma análise de questões críticas relacionadas à segurança alimentar, tais como degradação ambiental, segurança e acesso a mercados.
- 2 Analisar o impacto da segurança alimentar na situação nutricional da população afetada.
 - Revisar as causas subjacentes à subnutrição inclusive cuidados inadequados, ambientes domésticos insalubres, falta de cuidados de saúde ou de acesso a sistemas de proteção social.
 - Coletar 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 capazes de ajudar a salvar vidas e de proteger e fomentar os meios de subsistência.
 - Incluir avaliações de mercado e capacidades do governo e de outros agentes para atender às necessidades.

- 4 Analisar recursos e métodos de cozinhar disponíveis, inclusive o tipo de fogão e de seu combustível e a disponibilidade de panelas e utensílios.
 - Analisar como as pessoas obtinham e guardavam comida e combustível para cozinhar antes da crise, qual era sua renda e como lidam com a situação agora.
 - Prestar atenção aos direitos e às necessidades de proteção de mulheres e meninas, que costumam ser as responsáveis pela coleta de combustível e pela preparação da comida.

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 conclusões, incluindo a metodologia de avaliação e as limitações encontradas

Notas de orientação

Os dados anteriores à crise, combinados com dados de 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 permitir uma imagem clara de uma situação urbana.

Fontes e ferramentas de análise e sistemas de informação: as fontes de informação incluem análises de cultivos, imagens de satélites, avaliações domiciliares, discussões de grupos temáticos e entrevistas com informantes-chave. Para uma rápida mensuração da segurança alimentar doméstica são ferramentas úteis o *Food Consumption Score*, o *Household Dietary Diversity Score* e o *Reduced Coping Strategies Index*. Há muitos sistemas locais e regionais de informação sobre segurança alimentar, inclusive sistemas de alerta precoce da fome. Use o *Quadro integrado de classificação da segurança alimentar* quando disponível e protocolos padronizados para classificar a severidade e as causas da insegurança alimentar aguda nas áreas de interesse. O desenho de programas de segurança alimentar deve estar embasado em uma 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 coleta de lenha e a produção tradicional de carvão possibilitam cozinhar e gerar renda a partir da venda da comida preparada. No entanto, isso pode também resultar em desmatamento. As respostas devem proteger e apoiar a segurança alimentar ao mesmo tempo em que limitam o impacto ambiental negativo.

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 à segurança



alimentar, à preparação de alimentos e aos recursos domésticos. Saiba que os idosos e as pessoas com deficiência podem ser excluídas da distribuição intradomiciliar de ajuda alimentar.

Inclua as meninas e os meninos, especialmente casas dirigidas por menores, crianças separadas ou desacompanhadas, crianças com deficiência ou vivendo sob cuidados alternativos. Atente para as 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, sua eficácia e quaisquer efeitos negativos. Algumas estratégias de enfrentamento, como a venda de terra, a migração de famílias inteiras ou o desmatamento podem prejudicar permanentemente a futura segurança alimentar. Algumas estratégias de enfrentamento usadas por mulheres, meninas e meninos, ou as que lhes são impostas, podem impactar sua saúde, bem-estar psicológico e integração social. Essas estratégias de enfrentamento incluem sexo transacional ou “por sobrevivência”, casamento das filhas em troca de dote, discriminação das mulheres e meninas — que comem por último e menos do que todos —, trabalho infantil, migração arriscada, venda e tráfico de crianças.

Medidas de representação: o consumo de alimentos reflete a ingestão de energia e nutrientes dos indivíduos nas famílias. Não é prático medir a ingestão real de energia e nutrientes durante as avaliações iniciais, portanto use indicadores de representação. Por exemplo: o número de grupos de alimentos consumidos por um indivíduo ou família e a frequência de 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.

São instrumentos para medir padrões de consumo de alimentos o *Household Dietary Diversity Score*, a *Household Food Insecurity Access Scale*, e o Escore de Consumo Alimentar. O *Household Hunger Scale* é outro bom indicador de representação da insegurança alimentar. Alguns indicadores comumente usados, como o Escore de Consumo Alimentar, podem não refletir adequadamente a insegurança alimentar em um contexto urbano. Faça a triangulação das medidas selecionadas com as medidas de estratégia de enfrentamento para entender os distintos obstáculos ao acesso aos alimentos.

A *Food Expenditure Share* e os parâmetros que estabelece podem ser complexos demais para se implementarem em famílias urbanas. Isto se deve a que várias pessoas podem ser responsáveis pela cesta de alimentos; membros da família podem consumir alimentos oriundos de fora da casa, e muitas pessoas podem contribuir para a renda familiar.

Análise de Mercados e custo da dieta: capte informações sobre acesso a mercados, capital financeiro, meios de subsistência e vulnerabilidade econômica. Esses elementos estão vinculados aos preços de bens, às oportunidades de geração de renda e aos níveis salariais, os quais afetam a segurança alimentar. Os sistemas de mercado, formais e informais, podem proteger a subsistência fornecendo itens produtivos tais como sementes e ferramentas; ⊕ *ver Segurança alimentar e nutrição: meios de subsistência – Normas 7.1 e 7.2.*

Inclua uma análise de mercado como parte das avaliações de contexto iniciais e subsequentes. As análises de mercado devem aferir se os mercados locais podem fazer frente às necessidades nutricionais e estabelecer o custo mínimo e a viabilidade econômica de alimentos que atendam às necessidades de nutrientes de uma família típica; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Cada vez mais nas áreas rurais e normalmente em áreas urbanas, as respostas são baseadas em mercados. Elas usam fornecedores, espaços dos mercados, produtos alimentícios locais e serviços de transporte para atender às necessidades das pessoas atingidas. Portanto, é importante entender o acesso a mercados para os grupos de risco; ⊕ *ver Minimum Standard for Market Analysis (MISMA).*

As avaliações nutricionais usam métodos aceitos 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 capacidade nacional e local de liderar ou apoiar uma resposta, assim como a outros agentes de nutrição.
- 2 Realizar uma rápida triagem da circunferência do braço no ponto médio (CBPM) e avaliações da alimentação de bebês 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, prestando atenção à idade, sexo, deficiência, 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 revisando as tendências da condição nutricional ao longo do tempo, e não o predomínio da desnutrição em um momento específico.
- Considerar as opções tanto de prevenção quanto de tratamento.

Indicadores-chave

Utilizam-se protocolos normatizados para avaliar a desnutrição e identificar suas causas

Porcentagem de relatórios de avaliação que incluem a metodologia utilizada e as limitações encontradas

Notas de orientação

Informação contextual: informações sobre as causas da subnutrição podem ser obtidas de fontes primárias e secundárias incluindo perfis de saúde e nutrição, relatórios de pesquisa, informações de alerta precoce, registros de unidades de saúde, relatórios de segurança alimentar e outras fontes, por exemplo:

- pesquisas demográficas de saúde;
- análise de agrupamentos com múltiplos indicadores;
- bancos de dados nacionais de informação nutricional;
- outras pesquisas nacionais de saúde e nutrição;
- sistemas nacionais de monitoramento da nutrição;
- taxas de admissão e cobertura dos programas existentes para a gestão da desnutrição; e
- prevalência de HIV, dados de incidência e mortalidade, inclusive grupos de maior risco ou que suportam maior carga; ➕ *ver Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: HIV.*

As próprias instituições e as comunidades locais devem contribuir ativamente para a análise interpretando resultados e planejando respostas sempre que possível.

Resposta rápida: na primeira fase de uma crise, as decisões sobre a distribuição geral de alimentos ou o tratamento imediato da desnutrição devem-se basear em uma rápida avaliação, nos resultados iniciais e na capacidade de resposta existente. Uma análise profunda deve ser realizada mais tarde, sem atrasar a resposta na fase aguda.

Escopo da análise: devem-se realizar avaliações em profundidade quando forem identificadas lacunas nas informações e se forem necessárias informações adicionais para o desenho do programa, para medir resultados de programas ou para a defesa de interesses humanitários. Determine se são necessárias avaliações qualitativas ou quantitativas em escala populacional para compreender a situação antropométrica, a situação de micronutrientes, a alimentação de bebês e de crianças pequenas, as práticas de cuidado materno e possíveis determinantes de subnutrição associados. Coordene-se com os setores de saúde, de WASH e de segurança alimentar para planejar e preparar as avaliações.

Pesquisas antropométricas: são usadas para examinar as proporções físicas do corpo e fornecer uma estimativa das taxas de desnutrição crônica e aguda. Podem- -se basear em amostragem aleatória ou em triagem específica. As pesquisas devem informar o escore Z de peso-por-altura conforme os padrões da Organização Mundial de Saúde. Use os escores Z de peso-por-altura obtidos em relação à referência do Centro Nacional para Estatísticas de Saúde (NCHS) dos Estados Unidos para comparar com pesquisas mais antigas. Inclua a emaciação e a emaciação grave medidas por dados da circunferência do braço no ponto médio. A prática mais amplamente aceita é a de se avaliarem os níveis de desnutrição em crianças entre 6 e 59 meses de idade como uma representação de toda a população. No entanto, quando há outros grupos que se defrontam com riscos nutricionais maiores, cogite incluí-los na avaliação; ⊕ ver Apêndice 4: *Medindo a desnutrição aguda*.

Estabeleça as taxas de edema de nutrição e registre-as separadamente. Documente intervalos de confiança para as taxas de desnutrição e demonstre a segurança da qualidade da pesquisa. Use 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*.

Avaliações da alimentação de bebês e de crianças pequenas (IYCF-E): avalie as necessidades e as prioridades de IYCF-E e monitore o impacto da ação e da inação humanitária sobre as práticas de alimentação de bebês e de 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 em outras avaliações setoriais e use os dados multissetoriais disponíveis para informar a avaliação; ⊕ ver Apêndice 3: *Lista de verificação para avaliação nutricional*.

Inclua o número de assessores de amamentação disponíveis, de trabalhadores de saúde treinados e de outros serviços de apoio, assim como sua capacidade. Para fazer uma avaliação mais aprofundada, utilize uma amostragem aleatória, sistemática ou por grupos. Isso pode ser feito através de uma pesquisa de IYCF-E independente ou de uma pesquisa integrada. No entanto, é possível que o uso de uma pesquisa integrada limite a amostra, reduzindo a representatividade da pesquisa.

Outros indicadores: podem-se levar em conta, com cuidado, informações adicionais para embasar a avaliação geral da situação nutricional. Entre elas, 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 em busca de saúde. As taxas brutas de mortalidade de bebês e de crianças menores de 5 anos, com a causa da morte, podem também ser consideradas quando disponíveis.

Interpretando 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 de recém-nascidos e crianças e Apêndice 5: Medidas da importância da deficiência de micronutrientes para a saúde pública.*

A maneira economicamente mais viável de monitorar tendências pode ser por uma combinação de sistemas de informações complementares. Pode ser conveniente utilizarem-se modelos para a tomada de decisões e abordagens que levem em conta diferentes variáveis, tais como segurança alimentar, meios de subsistência e saúde e 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 importantes elementos a serem levados em consideração durante as crises humanitárias. É possível evitar a desnutrição crônica, mas há pouca evidência de que ela 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 de nutrição são determinantes para reduzir a morbidade e a mortalidade em populações afetadas. No entanto, elas demandam uma compreensão das complexas causas subjacentes à desnutrição. É essencial adotar-se uma abordagem multissetorial para lidar com todas as causas e suas interações.

Gestão da desnutrição aguda moderada: durante uma crise, a alimentação suplementar normalmente é a principal estratégia para prevenir e tratar a desnutrição aguda moderada.

Dois tipos de alimentação suplementar são comuns: os programas genéricos de prevenção e os programas seletivos para o tratamento da desnutrição aguda moderada e para a 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 de aumento da desnutrição aguda.

Recomendam-se programas genéricos de alimentação suplementar quando a insegurança alimentar é alta e há necessidade de expandir as intervenções para além dos casos de desnutrição aguda moderada somente. Eles devem ser acompanhados de distribuições gerais de alimento seletivamente dirigidas às famílias afetadas. Não há indicadores de impacto definidos para os programas genéricos de alimentação suplementar, mas é importante monitorar 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 tornem-se severamente desnutridas, além de promover a reabilitação delas. Esse tipo de programa geralmente proporciona um suplemento alimentar à ração usual de indivíduos moderadamente desnutridos, grávidas e lactantes, e outros indivíduos de risco.

Gestão da desnutrição aguda grave: são usados diversos métodos terapêuticos. Quando as condições o permitirem, o método preferido é fazer uma gestão comunitária da desnutrição aguda, a qual inclui:

- hospitalização de pessoas com complicações médicas que apresentem desnutrição aguda grave;
- hospitalização de todos os bebês de menos de 6 meses de idade que apresentem desnutrição aguda grave;



- atendimento ambulatorial de pessoas com desnutrição aguda grave, mas sem complicações médicas;
- extensão e divulgação do serviço na comunidade; e
- outros serviços ou programas específicos do contexto para indivíduos com desnutrição aguda grave.

Os programas para tratar a desnutrição aguda grave devem ter o respaldo dos programas de alimentação suplementar e da mobilização da comunidade em apoio à sua projeção e à extensão de seu alcance e divulgação, à busca ativa de casos, ao encaminhamento e ao acompanhamento.

A desnutrição aguda moderada é evitada e administrada.

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 de sua participação desde o início.
 - Trabalhar com as partes intervenientes da comunidade para identificar indivíduos e famílias vulneráveis.
- 3 Estabelecer protocolos de admissão e baixa com base em critérios antropométricos aceitos 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 diante de 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, sejam prontas para consumir, a menos que haja uma justificativa 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 compartilhamento ao estabelecer o tamanho e a composição da ração.
 - Dar informações claras sobre como preparar e guardar a alimentação suplementar de modo higiênico e sobre como e quando consumi-la.

- 6 Priorizar a proteção, o apoio e o fomento 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 — da amamentação exclusiva, no caso de crianças de até 6 meses, e da amamentação continuada para crianças de 6 a 24 meses de idade.
 - Admitir mães que amamentam bebês com desnutrição aguda de menos de 6 meses em programas de alimentação suplementar, independentemente da situação nutricional materna.

Indicadores-chave

Porcentagem da população beneficiária que pode acessar os locais de distribuição de rações secas de alimentação suplementar em um dia de caminhada ida-e-volta (incluindo o tempo de tratamento)

- >90%

Porcentagem da população beneficiária que pode acessar os programas de alimentação no local em uma 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 de programas seletivos de alimentação suplementar por falecimento, recuperação ou abandono do tratamento

- Mortos: <3%
- Recuperados: >75%
- Abandonaram: <15%

Notas de orientação

Desenho do programa: desenhe programas que se baseiem na capacidade do sistema de saúde existente e a apoiem. Leve em consideração o acesso a unidades de saúde, a distribuição geográfica da população e a segurança. Mantenha vínculos com serviços terapêuticos hospitalares e ambulatoriais, cuidados pré-natais, prevenção da malária, doenças infantis e triagem, tratamentos de HIV e tuberculose e programas de segurança alimentar que incluam transferências de alimentos, dinheiro ou vales.

Os programas de alimentação suplementar não pretendem substituir a dieta, mas sim complementá-la. É essencial desenhar programas como parte de uma abordagem multisetorial envolvendo serviços complementares do tipo WASH, saúde, IYCF



e distribuição de alimentos em geral. Analise a disponibilidade de alimento suplementar nos mercados nacionais e internacionais e, ao planejar o programa, leve em consideração possíveis limitações na distribuição; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Prevenção ou 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 atingidas;
- risco de aumento de morbidade;
- risco de menos segurança alimentar;
- deslocamento e densidade populacional;
- capacidade de triar e monitorar a população atingida usando critérios antropométricos; e
- recursos disponíveis e acesso às pessoas afetadas.

A alimentação suplementar seletiva geralmente requer mais tempo e esforço para rastrear e monitorar indivíduos com desnutrição aguda, mas também requer menor quantidade de recursos alimentares especializados. Uma estratégia genérica usualmente demanda menos experiência técnica dos funcionários, porém mais recursos alimentares especializados.

Mobilização comunitária eficaz: a mobilização e a participação comunitária melhorarão o entendimento do programa por parte das pessoas e 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 de acessar esses locais. Compartilhe informações claras e abrangentes sobre o apoio disponível em idiomas acessíveis usando canais múltiplos de compartilhamento de informação, inclusive em formatos auditivo, visual e escrito.

A cobertura diz respeito ao número de indivíduos que estão recebendo tratamento em proporção ao número de pessoas que necessitam de tratamento. A cobertura pode ser afetada por:

- aceitabilidade do programa incluindo sua localização e a acessibilidade a ele;
- situação de segurança;
- frequência das distribuições;
- tempo de espera;
- extensão da mobilização, visitas domiciliares e triagem;
- disponibilidade de funcionários de nutrição masculinos e femininos;
- alinhamento dos critérios de admissão e da cobertura; e
- capacidade dos cuidadores de identificar sinais de desnutrição.

As metodologias de avaliação da cobertura são dispendiosas e requerem funcionários especialmente treinados. Se as pesquisas de cobertura não forem viáveis, busque orientação nacional ao decidir sobre métodos alternativos. Use 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 na área 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 de 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: Medindo a desnutrição aguda e Referências e leitura complementar.*

Os indivíduos soropositivos (ou suspeitos de o ser) ou que tenham tuberculose ou outra doença crônica não devem sofrer discriminação e devem ter o mesmo acesso à ajuda se atenderem aos critérios de admissão. Alguns indivíduos que não atendem aos critérios antropométricos de desnutrição aguda podem-se beneficiar de alimentação suplementar, por exemplo, pessoas com HIV, tuberculose ou outras doenças crônicas; pessoas que tiveram alta de tratamentos, mas que precisam de apoio terapêutico para evitar reincidência, ou pessoas com deficiência. Ajuste os sistemas de monitoramento e notificação se tais indivíduos não atendem aos critérios antropométricos.

As pessoas com HIV 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 suas famílias vários serviços, inclusive atendimento na comunidade e a domicílio, centros de tratamento da tuberculose e programas de prevenção da transmissão mãe-filho.

Critérios de baixa e monitoramento: o número de indivíduos aos quais foi dada baixa inclui aqueles que se recuperaram, morreram, abandonaram o tratamento ou não se recuperaram. Os que foram encaminhados para serviços complementares, como cuidados de saúde, não terminaram o tratamento e vão continuá-lo ou o retomarão mais tarde. Não inclua aqueles transferidos para outros lugares ou que não terminaram o tratamento.

Se ingressarem indivíduos em um programa de nutrição depois de terem tido alta de cuidados terapêuticos, informe-os em uma categoria separada para evitar resultados tendenciosos. Se um indivíduo desenvolve 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 gênero pode influenciar o acesso ao tratamento, seu abandono e a recuperação.

Calcule estatísticas de baixa como segue:

- Porcentagem de baixas por recuperação = número de indivíduos recuperados/número total de baixas x 100
- Porcentagem de baixas por falecimento = número de mortes/número total de baixas x 100
- Porcentagem de baixas por abandono do tratamento = número dos que abandonaram/número total de baixas x 100



- Porcentagem de baixas sem recuperação = número de indivíduos não recuperados/número total de baixas x 100

Ademais dos indicadores listados acima, os sistemas de monitoramento 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 a outros programas (especialmente os casos de crianças cuja situação nutricional está se deteriorando e levando à desnutrição aguda grave); e
- o número de indivíduos admitidos e em tratamento.

Leve em conta fatores externos, tais como:

- padrões de morbidade;
- 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); e
- capacidade dos sistemas existentes para a prestação de serviços;

Vínculos com o setor de 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. Ele pode, por exemplo, fornecer acesso à população beneficiária por meio de um registro de censo, triagem da comunidade e encaminhamento para a gestão de desnutrição aguda grave e moderada. Ele também pode permitir intervenções de sobrevivência infantil como:

- anti-helmínticos;
- suplementação de vitamina A;
- ferro e ácido fólico combinados com triagem de malária e seu tratamento;
- zinco para tratamento de diarreia; e
- 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 alta prevalência de HIV — e as pessoas com dificuldade de locomoção ou de alimentação podem precisar que os programas sejam adaptados para atender às suas necessidades. Isso pode incluir o ajuste da qualidade e da quantidade da ração suplementar de alimento; ⊕ *ver Alimentação de bebês e de crianças pequenas – Norma 4.1.*

A desnutrição aguda grave é tratada.

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, expertise e habilidades pertinentes.
- 2 Incluir atendimento hospitalar, atendimento ambulatorial, 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 e outros.
- 5 Investigar e atuar sobre as causas de abandono do tratamento e falta de resposta ou aumento de 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 de até 6 meses de idade, e da amamentação continuada para crianças de 6 a 24 meses.

Indicadores-chave

Porcentagem da população beneficiária que está a menos de um dia de caminhada ida-e-volta (incluindo o tempo de tratamento) até o 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% em um acampamento

Proporção de baixas de tratamento terapêutico por morte, recuperação ou abandono

- Morreram: <10%
- Recuperaram-se: >75%
- Abandonaram: <15%



Notas de orientação

Componentes do programa: podem-se prestar cuidados hospitalares diretamente ou por intermédio de encaminhamentos. Os programas devem disponibilizar atendimento ambulatorial descentralizado para crianças sem complicações médicas. Os locais de atendimento ambulatorial devem estar próximos à 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 de recém-nascidos e crianças.*

Vincule os programas a outros serviços pertinentes, tais como:

- alimentação suplementar;
- redes de HIV e tuberculose;
- reabilitação;
- serviços primários de saúde; e
- 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 de menos de 6 meses e para grupos cuja situação antropométrica seja difícil de determinar devem incluir a condição clínica e de amamentação; ⊕ *ver Apêndice 4: Medindo a desnutrição aguda e Referências e leitura complementar.*

Os indivíduos soropositivos (ou suspeitos de o ser) ou que tenham tuberculose ou outra doença crônica não devem sofrer discriminação. Caso atendam aos critérios de admissão, eles devem ter acesso a cuidados de saúde em igualdade de condições às outras pessoas. Alguns indivíduos que não atendem aos critérios antropométricos de desnutrição aguda podem-se beneficiar de alimentação suplementar, por exemplo, pessoas com HIV, tuberculose ou outras doenças crônicas; pessoas que tiveram alta de tratamentos, mas precisam de apoio terapêutico para evitar reincidência, ou pessoas com deficiência. Ajuste os sistemas de monitoramento e de notificação se tais indivíduos não atendem aos critérios antropométricos.

As pessoas com HIV 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 suas famílias vários serviços, inclusive atendimento na comunidade e a domicílio, centros de tratamento da tuberculose e programas de prevenção da transmissão mãe-filho.

Crítérios de alta e de recuperação: os indivíduos que tiveram alta devem estar livres de complicações médicas. Além disso, devem ter recuperado seu apetite e ter alcançado e mantido ganho adequado de peso sem edema relacionado a nutrição (ao longo de duas pesagens consecutivas, por exemplo). Calcule separadamente o ganho médio de peso dos indivíduos com e sem edema nutricional. A amamentação

é especialmente importante para bebês com menos de 6 meses, assim como para crianças de 6 a 24 meses. Bebês que não estão em amamentação precisarão de 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 tratamento e têm como objetivo encurtar os períodos de recuperação. Siga cuidadosamente as diretrizes nacionais existentes ao calcular o tempo médio de permanência, pois elas dependem do contexto. HIV, tuberculose e outras condições crônicas podem ter como resultado que alguns indivíduos desnutridos não respondam ao tratamento. Trabalhe com os serviços de saúde e com outros serviços de apoio social e comunitário para identificar opções de tratamento de longo prazo para aquelas pessoas; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: HIV.*

Indicadores de desempenho para gestão da desnutrição aguda grave: a população de indivíduos que receberam baixa da desnutrição aguda grave é composta por aqueles que se 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 ambulatorial sem contagem dupla dos pacientes que se transferem de um para o outro. Se isso não for possível, ajuste a interpretação dos resultados. Por exemplo: deve-se esperar um melhor desempenho dos programas quando estiverem provendo apenas atendimento ambulatorial. Quando estiverem provendo apenas atendimento hospitalar, os programas devem buscar atingir os resultados descritos para o atendimento combinado.

Os indivíduos encaminhados para outros serviços, como os de saúde, não terminaram o tratamento. Ao avaliar o desempenho do tratamento ambulatorial, 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 HIV. Esta complexidade afeta as taxas de mortalidade. Nessas situações, a interpretação do desempenho do programa deve levar isso em consideração.

Ao monitorar 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 falta de resposta continuada. Adapte a definição desses casos às diretrizes em uso.

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 tuberculose e AIDS. Em áreas



de alta prevalência de HIV, os programas contra a desnutrição devem levar em consideração as intervenções que procurem evitar a transmissão do vírus do HIV e que apoiem a sobrevivência materna e infantil. Em contextos em que a infecção pelo HIV é comum (prevalência de HIV maior que 1%), teste as crianças com desnutrição para verificar seu estado com relação ao HIV e para determinar se há necessidade de tratamento antirretroviral.

Apoio à amamentação: as mães de bebês hospitalizados necessitam de apoio especializado em amamentação como parte da reabilitação nutricional e da recuperação. Isso é especialmente importante no caso de crianças de menos de 6 meses de idade e de mães com deficiência. Dedique tempo e recursos suficientes, tais como uma área privada destinada à amamentação, para direcionar a assistência profissional e permitir apoio mútuo entre as mães. As que estão amamentando bebês de menos de 6 meses de idade com desnutrição grave devem receber uma ração suplementar de alimento, independentemente de sua condição nutricional. Se tais mães atendem aos critérios antropométricos para desnutrição aguda grave, admita-as de tratamento.

Suporte psicossocial: durante o período de reabilitação de crianças com desnutrição aguda grave, a estimulação emocional e física através do brincar é importante e promove apego e sentimento materno positivo. Quem cuida de tais crianças geralmente precisa de apoio social e psicossocial para levar suas crianças para o tratamento. Algumas mães também podem precisar de ajuda para acessar serviços de cuidados de saúde mental para depressão perinatal, o que pode ser alcançado através de programas de mobilização. Os programas devem enfatizar a importância do estímulo e da interação ao tratar e prevenir futura deficiência e comprometimento cognitivo das crianças. Facilite as condições para que todas as pessoas que cuidam de crianças gravemente desnutridas alimentem e atendam suas crianças durante o tratamento. Faça recomendações e demonstrações e dê a elas informações sobre saúde e nutrição. Observe o impacto do tratamento nos cuidadores, nos irmãos e irmãs para garantir que se prestem cuidados infantis adequados, se evite a separação das famílias, se minimize a angústia psicossocial e se maximize a adesão ao tratamento.

Vínculos com outros agentes: coordene-se com parceiros que atuam no setor de proteção à infância e de violência de gênero para estabelecer vias de encaminhamento e protocolos de compartilhamento de informações. Capacite os funcionários que trabalham com nutrição para que possam fazer um encaminhamento acolhedor e confidencial dos cuidadores de crianças expostas a violência, exploração ou abuso físico, sexual ou emocional.

3. Deficiência de Micronutrientes

A deficiência de micronutrientes é um entrave ao desenvolvimento socioeconômico em muitos países. Ela tem grande impacto na saúde das pessoas, assim como em sua capacidade de aprendizado e produtividade. Essa deficiência contribui para um círculo vicioso de desnutrição, subdesenvolvimento e pobreza, afetando grupos que mesmo antes já eram desprivilegiados.

Em muitos contextos, a deficiência de micronutrientes é difícil de identificar. Se, por um lado, os sinais clínicos de deficiências graves podem ser diagnosticados facilmente, por outro lado, o peso maior sobre a saúde e a sobrevivência das populações podem ser as deficiências subclínicas. Parta do princípio de que uma crise vai piorar qualquer deficiência de micronutrientes já existente em uma população. Enfrente essas deficiências por meio de intervenções em toda a população e de tratamentos individuais.

Existem três abordagens para controlar deficiências de micronutrientes:

- **Suplementação:** geralmente, a forma mais rápida de controlar problemas de micronutrientes de indivíduos ou de subgrupos selecionados de beneficiários dentre a população consiste em fornecer esses micronutrientes em formato altamente absorvível. Exemplos disso são os programas de suplementação contra anemia através da suplementação de ferro, a suplementação de ácido fólico a mulheres grávidas e a suplementação de vitamina A às crianças de menos de cinco anos.
- **Enriquecimento:** enriquecer os produtos alimentícios com micronutrientes pode ser uma estratégia eficaz para controlar a deficiência de micronutrientes. 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, de alimentos seguros e ricos em micronutrientes com variedade, quantidade e qualidade adequadas.

Embora todas as três abordagens sejam usadas em uma crise, a mais comum e mais amplamente usada é a suplementação.



As deficiências de micronutrientes são corrigidas.

Ações-chave

- 1 Coletar informações sobre a situação anterior à crise para determinar as deficiências mais comuns de micronutrientes.

- 2 Treinar profissionais de saúde na identificação e no tratamento da deficiência de micronutrientes.
- 3 Estabelecer procedimentos para responder aos riscos de deficiência de micronutrientes.
- 4 Vincular respostas de micronutrientes a respostas de saúde pública para reduzir doenças comumente associadas a crises, tais como vitamina A para tratar sarampo e zinco para tratar diarreia.

Indicadores-chave

Inexistência de casos de escorbuto, pelagra, beribéri ou deficiência de riboflavina

- ⊕ Ver Apêndice 5: Medidas da importância da deficiência de micronutrientes para a saúde pública, para uma definição da relevância para a saúde pública por grupo de idade e na população inteira.
- Use indicadores nacionais ou específicos do contexto quando houver.

As taxas de xerofthalmia, anemia e deficiência de iodo não são significativas para a saúde pública

- ⊕ Ver Apêndice 5: Medidas da importância da deficiência de micronutrientes para a saúde pública para uma definição da relevância para a saúde pública por grupo de idade e na população inteira.
- Use indicadores nacionais ou específicos do contexto quando houver.

Notas de orientação

Diagnosticando a deficiência clínica de micronutrientes: a deficiência clínica de micronutrientes sempre deve ser diagnosticada por uma equipe médica qualificada. Quando os indicadores clínicos dessa deficiência estiverem incorporados nos sistemas de monitoramento da saúde ou da nutrição, treine a equipe para realizar uma avaliação básica e encaminhar os casos correspondentes. Definições de casos são problemáticas; em crises, determine-as através da resposta à suplementação.

Deficiências subclínicas de micronutrientes são aquelas que não são graves o suficiente para apresentar sintomas prontamente identificáveis. No entanto, elas 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 de micronutrientes e determinar quando algum suplemento ou uma ingestão alimentar melhorada pode ser necessária. A avaliação indireta consiste em estimar a ingestão de nutrientes da população e reduzir o risco de deficiência. Para isso, revise os dados disponíveis sobre o acesso, a disponibilidade e a utilização de alimentos e avalie a adequação da ração alimentar.

Prevenção: as estratégias para a prevenção da deficiência de micronutrientes são tratadas na seção 6, a seguir (⊕ ver *Ajuda alimentar – Norma 6.1: Necessidades nutricionais gerais*). O controle de doenças é crucial para prevenir a deficiência de micronutrientes. A infecção respiratória aguda, o sarampo e as infecções parasitárias como malária e 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 tratamento, bem como sistemas para a detecção ativa de casos; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde – Saúde da criança – Normas 2.2.1 e 2.2.2*.

Tratamento da deficiência de micronutrientes: a detecção de 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. Escorbuto (deficiência de vitamina C), pelagra (deficiência de niacina), beribéri (deficiência de tiamina) e 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 vacinação de crianças entre 6 e 59 meses de idade;
- desparasitar todas as crianças entre 12 e 59 meses de idade;
- adicionar na cesta 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 de 6 a 59 meses;
- fornecer diariamente suplementos com múltiplos micronutrientes inclusive ferro e ácido fólico para mulheres grávidas e lactantes.

Se os produtos com múltiplos micronutrientes, inclusive ferro, não estão disponíveis, forneça suplementos de ferro e de ácido fólico diariamente a mulheres grávidas e àquelas que tenham dado à luz nos últimos 45 dias.

Use 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 do uso de suplementos. Por exemplo: os indicadores indiretos da deficiência de vitamina A podem ser baixo peso ao nascer, emaciamento ou atraso no crescimento; ⊕ ver *Avaliações da segurança alimentar e nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional*.



4. Alimentação de bebês e de crianças pequenas

O apoio adequado e prestado em tempo hábil à alimentação de bebês e de 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 de bebês e de crianças pequenas aumentam a vulnerabilidade à subnutrição, a doenças e à morte e debilitam a saúde materna. As crises aumentam esses riscos. Alguns bebês e crianças pequenas são particularmente vulneráveis, inclusive:

- bebês com baixo peso ao nascer;
- crianças separadas de suas famílias e crianças desacompanhadas;
- bebês e crianças pequenas, filhos de mães deprimidas;
- crianças de menos de 2 anos de idade que não são amamentadas;
- aquelas que fazem parte de populações em que há prevalência média ou elevada de HIV;
- crianças com deficiência, particularmente aquelas com dificuldades de alimentação; e
- bebês e crianças pequenas com desnutrição aguda, atraso no crescimento ou deficiência de micronutrientes.

A alimentação de bebês e de crianças pequenas em emergências (IYCF-E) engloba ações e intervenções para proteger e apoiar as necessidades nutricionais entre 0 e 23 meses de idade tanto das crianças que são amamentadas quanto as que não o são. As intervenções prioritárias abrangem:

- proteção e apoio à amamentação;
- alimentação complementar adequada e segura; e
- gestão da alimentação artificial para bebês sem possibilidade de amamentação.

O apoio a mulheres grávidas e lactantes é fundamental para o bem-estar de seus filhos. “Amamentação exclusiva” significa que um bebê não recebe quaisquer outros líquidos senão o leite materno e nenhum sólido exceto suplementos de micronutrientes ou medicamentos necessários. Isso garante a segurança do alimento e de líquidos para bebês nos primeiros seis meses e propicia uma proteção imune ativa. A amamentação proporciona um desenvolvimento cerebral ideal e continua a proteger a saúde dos bebês mais velhos e das crianças, especialmente em contextos onde faltam condições WASH (abastecimento de água, saneamento ou promoção de higiene). A amamentação protege a saúde materna ao atrasar a menstruação e também protege contra o câncer de mama. Promove bem-estar psicológico ao melhorar o vínculo e a receptividade.

As ações-chave desta seção 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 orientação concisa e prática sobre como assegurar adequada IYCF-E (alimentação de bebês e de crianças pequenas em emergências) e sobre o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (o “Código”).

A orientação e a coordenação de políticas garantem que a alimentação de bebês e de 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 forte, harmônica e realizada em tempo hábil sobre IYCF-E em todos os níveis da resposta.
 - Informar as organizações humanitárias, os doadores e a mídia, assim que possível, sobre as políticas e práticas de IYCF-E em vigor.
 - Comunicar-se com as pessoas afetadas a respeito de serviços disponíveis, práticas de IYCF-E e mecanismos de feedback.
- 4 Evitar aceitar ou solicitar doações de substitutivos do leite materno, outros produtos lácteos líquidos, mamadeiras e bicos.
 - As doações que chegam devem ser gerenciadas pela autoridade designada em conformidade com o Guia Operacional e o Código.
 - Zelar pela aplicação de métodos estritos de seleção dos destinatários e de uso, aquisição, gestão e distribuição de substitutivos do leite materno. Isso deve ser feito com base em uma 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

Porcentagem de violações do Código relacionadas a doações de substitutivos do leite materno (BMS), produtos lácteos líquidos, mamadeiras e bicos averiguadas em tempo hábil

Notas de orientação

Comunicação com as pessoas atingidas, com grupos de resposta e com a mídia: a comunicação sobre serviços disponíveis e práticas saudáveis de alimentação de bebês e de crianças pequenas necessitará de que as mensagens sejam adaptadas aos diferentes grupos que prestam assistência e ao público. Ao elaborar mensagens, leve em consideração a necessidade de apoiar cuidadores que são avós, pais solteiros e mães solteiras, famílias chefiadas por menores ou irmãos, assim como cuidadores com deficiência e pessoas com HIV.

Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno: o Código protege os bebês alimentados artificialmente ao garantir o uso seguro de substitutivos do leite materno. Ele se baseia 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 ou proíbe o uso de substitutivos do leite materno, de mamadeiras ou bicos. Ele só restringe seu marketing, aquisição e distribuição. As violações mais frequentes do Código em uma crise derivam de problemas de rotulagem e de distribuição não seletiva. Em situações de crises, monitore e informe as violações do Código à UNICEF, à OMS e às autoridades locais.

Use indicadores-padrão, quando eles existirem, e desenvolva indicadores contextualizados na ausência de indicadores-padrão. Defina padrões de referência sobre IYCF-E para determinar seu progresso e cumprimento, levando em consideração os prazos da intervenção. Incentive o uso consistente de indicadores de IYCF-E junto a todos os parceiros implementadores e em pesquisas. Repita as avaliações ou partes de uma avaliação de referência como etapa do monitoramento de intervenções de IYCF-E. Utilize pesquisas anuais para determinar o impacto dessas intervenções.

Alimentação artificial: todos os substitutivos do leite materno devem estar em conformidade com o Codex Alimentarius e com o Código. É essencial o acesso adequado a serviços WASH para mitigar os riscos da alimentação artificial em emergências. O sistema de distribuição de substitutivos do leite materno dependerá do contexto, inclusive da escala da intervenção. Não inclua fórmulas infantis e outros substitutivos do leite materno em distribuições gerais ou não seletivas de alimento. Não distribua produtos lácteos líquidos desidratados e leite líquido como se fossem um único produto. Indicações para a alimentação artificial e sua gestão devem ser feitas consoante o Guia Operacional e o Código, sob a orientação da autoridade coordenadora designada para a IYCF-E.

As mães e os cuidadores de bebês e de crianças pequenas têm acesso a apoio alimentar adequado, prestado em tempo hábil, que minimiza os riscos, é culturalmente sensível e otimiza a nutrição, a saúde e os resultados de sobrevivência.

Ações-chave

- 1 Dar prioridade a mulheres grávidas e lactantes no acesso ao alimento, nas transferências em dinheiro ou vales e em outras intervenções de apoio.
- 2 Proporcionar acesso a assessoria especializada em amamentação a 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 de bebês entre 0 e 5 meses de idade e a amamentação continuada de crianças entre 6 meses e 2 anos de idade.
 - Quando praticada a alimentação mista em bebês de 0 a 5 meses de idade, auxiliar a transição para a amamentação exclusiva.
- 4 Proporcionar substitutivos adequados do leite materno, equipamentos para alimentação e o correspondente apoio a mães e cuidadores cujos bebês necessitem de alimentação artificial.
 - Explorar a segurança e a viabilidade de relactação e de amas de leite quando os bebês não forem amamentados por suas mães. Levantar em conta o contexto cultural e a viabilidade do serviço em tais situações.
 - Se as únicas opções aceitáveis forem os substitutivos do leite materno, incluir um pacote essencial de ajuda, com equipamentos de cozinha e alimentação, fornecendo apoio WASH e acesso a 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 alimentação complementar.
 - Possibilitar o acesso a equipamentos de alimentação e a suprimentos de cozinha, considerando também as crianças com dificuldades de alimentação.
- 6 Proporcionar apoio alimentar a bebês e crianças pequenas particularmente vulneráveis.
 - Apoiar atividades de estímulo a bebês e práticas de cuidados para o desenvolvimento na primeira infância nos programas de nutrição.



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 de as mulheres estarem recebendo rações enriquecidas.
- Dar continuidade a suplementos de ferro e de ácido fólico quando já fornecidos.

Indicadores-chave

Porcentagem de lactantes com acesso a aconselhamento qualificado

Porcentagem de cuidadores que têm acesso a suprimentos de substitutivos do leite materno em conformidade com o Código e têm o apoio correspondente para bebês com necessidade de alimentação artificial

Porcentagem de cuidadores com acesso a alimentos complementares oportunos e apropriados, nutricionalmente adequados e seguros para crianças de 6 a 23 meses de idade

Notas de orientação

Avaliação e monitoramento de IYCF-E: avalie as necessidades e as prioridades para resposta de IYCF-E e monitore o impacto desse tipo de intervenção; ➕ *ver Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional.*

Colaboração multissetorial: os pontos de entrada setoriais para identificar e apoiar IYCF-E incluem:

- cuidados pré e pós-natal;
- pontos de imunização;
- monitoramento do crescimento;
- desenvolvimento na primeira infância;
- serviços de tratamento do HIV (incluindo a prevenção da transmissão de mãe para filho);
- tratamento da desnutrição aguda;
- apoio à saúde comunitária, à saúde mental e psicossocial;
- serviços WASH;
- locais de emprego; e
- trabalho de extensão agrícola.

Grupos beneficiários: todos os dados de avaliações e de programas para crianças de menos de 5 anos devem ser desagregados por sexo e idade: 0 a 5 meses, 6 a 11 meses, 12 a 23 meses e 24 a 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 de suas famílias e

das desacompanhadas. Encaminhe crianças separadas e desacompanhadas a parceiros que trabalhem na proteção à infância. Identifique a proporção de mulheres grávidas e de lactantes.

Leve em conta as populações com prevalência média ou alta de HIV, 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 crianças de mães com depressão tendem a correr maior risco de desnutrição.

Mulheres grávidas e lactantes: se as necessidades das mulheres grávidas e de lactantes não são atendidas nos programas de alimentação ou de ajuda em dinheiro ou vales, destine alimentos enriquecidos a elas. Dê suplementos de micronutrientes em conformidade com as recomendações da OMS.

Organize apoio psicossocial para mães angustiadas, incluindo o encaminhamento a serviços de saúde mental quando necessário. Providencie atendimento adequado para mães com deficiência. Crie lugares seguros em acampamentos ou em outros ambientes coletivos para as mulheres poderem amamentar, tais como espaços amigáveis ao bebê com áreas exclusivas de amamentação.

Bebês amamentados: o planejamento e a alocação de recursos devem admitir apoio qualificado à amamentação em situações difíceis. Isso pode incluir bebês entre 0 e 6 meses de idade com desnutrição aguda; populações em que a alimentação mista é comum e alimentação de bebês em contextos de HIV.

Bebês não amamentados: em todas as crises, proteja os bebês 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. Elas dependem do acesso a abastecimento garantido de substitutivos adequados do leite materno, a material combustível para o fogão, a equipamentos e condições WASH.

Fórmula infantil e outros substitutivos do leite materno: a fórmula infantil é o substitutivo adequado do leite materno para bebês entre 0 e 5 meses de idade. Dê preferência à fórmula infantil líquida pronta para usar, já que ela não necessita de preparação e tem menos riscos de segurança do que uma fórmula infantil em pó.

O uso apropriado, o armazenamento cuidadoso e a higiene dos utensílios de alimentação são essenciais para a utilização de fórmula infantil pronta para usar. Essa fórmula é volumosa e, portanto, cara para transportar e armazenar. Use leites líquidos alternativos para crianças de 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 de fórmula infantil para crianças com mais de 6 meses de idade dependerá das práticas anteriores à crise, dos recursos disponíveis, das fontes de leites líquidos alternativos, da adequação dos alimentos complementares e das políticas da organização



humanitária. As indicações para o uso de substitutivos do leite materno podem ser de curto ou longo prazo. Não são necessários, para idades subsequentes e na fase de crescimento, leites líquidos comercializados para crianças de mais de 6 meses.

Um trabalhador qualificado da área da saúde ou da nutrição pode determinar a necessidade de fórmula infantil mediante avaliação, acompanhamento e 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 fórmula infantil até que a criança passe a ser amamentada ou até que tenha pelo menos 6 meses de idade. Ao fornecer substitutivos do leite materno a crianças que necessitam deles, não incentive inadvertidamente as lactantes a usá-los também.

Não use mamadeiras; elas são difíceis de limpar. Incentive e apoie a alimentação em copo.

Mantenha vigilância sobre a morbidade individual e populacional com foco na 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 junto com o leite materno. Alimentos e líquidos complementares, sejam os produzidos industrialmente, sejam os preparados localmente devem ser fornecidos a crianças entre 6 e 23 meses de idade.

É fundamental detectar déficits de nutrientes existentes e preexistentes para determinar as opções de alimentação complementar. Outras considerações envolvem a viabilidade econômica e a disponibilidade de uma dieta nutritiva, a sazonalidade da oferta de alimentos e o acesso a alimentos complementares de boa qualidade disponíveis no próprio local. As opções de resposta para alimentação complementar incluem:

- ajuda em dinheiro para comprar alimentos enriquecidos e ricos em nutrientes e que sejam disponíveis no próprio local;
- distribuição de alimentos domésticos ricos em nutrientes ou de alimentos enriquecidos;
- fornecimento de alimentos enriquecidos com múltiplos micronutrientes a crianças de 6 a 23 meses de idade;
- enriquecimento feito em casa por meio de suplementos de micronutrientes, como micronutrientes em pó e outros;
- programas de meios de subsistência; e
- programas de rede de proteção.

Considere a possibilidade de dar treinamento ou enviar mensagens junto com a ajuda em dinheiro para garantir que as pessoas atingidas entendam como otimizar o uso do dinheiro para obter resultados nutricionais.

Suplementação de micronutrientes: as crianças entre 6 e 59 meses de idade que não estejam recebendo alimentos enriquecidos podem precisar de suplementos

de micronutrientes múltiplos para ter suas necessidades de nutrição atendidas. Recomendam-se os suplementos de vitamina A. Em áreas endêmicas de malária, dê ferro em qualquer forma, inclusive micronutrientes em pó, e sempre em conjunto com as estratégias de diagnóstico, prevenção e tratamento da malária. Exemplos de estratégias de prevenção da malária são o fornecimento de mosquiteiros tratados com inseticida e os programas de controle de vetores, o diagnóstico imediato da malária e o tratamento com terapia eficaz de remédios antimalária. Não dê ferro a crianças que não tenham acesso a estratégias de prevenção da malária. Dê ferro e ácido fólico ou vários suplementos de micronutrientes para mulheres grávidas e lactantes conforme a orientação mais atualizada.

O HIV e a alimentação de bebês: mães com HIV devem ter apoio para amamentar por pelo menos 12 meses e até 24 meses ou mais enquanto recebem terapia antirretroviral. Se os remédios antirretrovirais não estiverem disponíveis, escolha a estratégia que dê aos bebês a maior chance de sobrevivência livre de HIV. Isso significa equilibrar os riscos de transmissão do HIV com as causas de mortalidade infantil não relacionadas ao HIV. Apoie as mães e os cuidadores adequadamente. Dê prioridade ao acesso rápido a remédios antirretrovirais; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde – Saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: HIV.*

Aconselhe as lactantes não infectadas com HIV e as amas de leite — bem como aquelas mães cuja situação em relação ao HIV seja desconhecida — a amamentarem com exclusividade durante os primeiros 6 meses de vida do bebê. Depois disso, 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 subnacionais existentes e avalie se estão alinhadas com as recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde. Verifique se elas são adequadas ao novo contexto de crise, levando em conta a mudança da exposição ao risco a outras doenças contagiosas que não a AIDS; a duração provável da emergência; a possibilidade de uma alimentação substitutiva e a disponibilidade de remédios antirretrovirais. Pode ser necessário emitir orientação provisória atualizada e comunicá-la às mães e aos cuidadores.

Violência de gênero, proteção à criança e sua nutrição: violência de gênero, desigualdade de gênero e nutrição estão frequentemente interrelacionadas. A violência doméstica pode representar uma ameaça à saúde e ao bem-estar das mulheres e de seus filhos. A equipe de nutrição deve providenciar um encaminhamento solidário e confidencial dos cuidadores ou de crianças expostas a violência de gênero ou abuso infantil. Outros elementos a integrar são o aconselhamento, o trabalho para estabelecer locais de tratamento amigáveis para mulheres e crianças e o monitoramento regular das taxas de abandono e de insucesso na resposta ao tratamento. Pense na possibilidade de inclusão de assistentes sociais especializados em violência de gênero e proteção da criança como parte da equipe de nutrição; ⊕ *ver Princípios de Proteção 3 e 4.*



Emergências de saúde pública: em crises de saúde pública, tome medidas para prevenir quaisquer interrupções no acesso a 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 de doença através da amamentação quanto a doença e a morte materna. Busque orientação da Organização Mundial de Saúde sobre o cólera, e os vírus Ebola e Zika quando necessário.

5. Segurança Alimentar

Existe segurança alimentar quando todas as pessoas têm acesso físico e econômico a alimento suficiente, seguro e nutritivo que atenda a suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável.

A segurança alimentar é influenciada por fatores macroeconômicos, sociopolíticos e ambientais. As políticas nacionais e internacionais, os processos ou as instituições podem impactar o acesso a alimentos nutricionalmente adequados por parte de pessoas afetadas por 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.

Em uma crise humanitária, as respostas de segurança alimentar devem procurar atender às necessidades de curto prazo e evitar que a população atingida precise adotar estratégias de enfrentamento potencialmente danosas. 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 o meio ambiente.

A insegurança alimentar doméstica é uma das quatro causas subjacentes à subnutrição, juntamente com práticas alimentares e de cuidados deficientes, ambiente doméstico insalubre e cuidados de saúde inadequados.

As normas desta seção levam em conta os recursos para atender às necessidades de alimentação tanto da população em geral quanto das pessoas com maior risco nutricional, tais como crianças de menos de 5 anos de idade, pessoas com HIV ou AIDS, idosos, pessoas com doenças crônicas e pessoas com deficiência.

As respostas que visam a 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 de resposta a uma crise requer uma análise completa das necessidades, desagregadas por gênero, preferências domésticas, eficiência de custo e relação custo-benefício, riscos à proteção e mudanças sazonais. Também deve identificar o tipo específico e a quantidade de comida necessária, assim como a maneira ideal de distribuí-la.

A alimentação constitui o principal gasto de famílias vulneráveis. A ajuda em dinheiro pode habilitar as pessoas assistidas a administrar melhor seus recursos em geral, embora isso dependa do valor da transferência feita. 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 compras locais,



nacionais ou regionais devem estar embasadas no conhecimento dos mercados, o que abrange os prestadores de serviços financeiros e de mercados. O planejamento com base no mercado também pode apoiar os mercados como, por exemplo, através da subvenção a comerciantes para reabastecimento; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados e Minimum Economic Recovery Standards (MERS).*

As pessoas recebem ajuda alimentar que assegura sua sobrevivência, defende sua dignidade, previne o desgaste de seus bens e cria resiliência.

Ações-chave

- 1 Com base nos dados de avaliação da segurança alimentar, desenhar a resposta para atender a necessidades imediatas e pensar na possibilidade de tomar medidas para apoiar, proteger, promover e restaurar a segurança alimentar.
 - Levar em consideração opções tanto em espécie quanto em dinheiro para a cesta 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 seus desafios e apoiar sua subsistência.
- 4 Proteger, preservar e recuperar o meio ambiente evitando mais degradação.
 - Levar em conta o impacto ambiental da fonte de combustão usada na cozinha.
 - Considerar as estratégias de subsistência que não contribuam para o desmatamento ou para a erosão do solo.
- 5 Monitorar o nível de aceitação e de acesso de diferentes grupos e indivíduos às intervenções humanitárias de segurança alimentar.
- 6 Certificar-se de que as pessoas que recebem ajuda alimentar sejam consultadas sobre o desenho da resposta e sejam tratadas com respeito e dignidade.
 - Estabelecer um mecanismo de feedback.

Indicadores-chave

Porcentagem de famílias beneficiárias com Escore de Consumo de Alimento aceitável

- >35%; se fornecidos óleo e açúcar, >42%

Porcentagem de domicílios beneficiários com Escore da Diversidade da Dieta aceitável

- >5 principais grupos de alimentos consumidos regularmente

Porcentagem de famílias beneficiárias com Índice de Estratégia de Enfrentamento aceitável

Porcentagem de pessoas que recebem ajuda e têm queixas ou dão feedback negativo sobre o tratamento que recebem em relação à sua dignidade

- Todas as queixas são regularmente monitoradas e rapidamente respondidas.

Notas de orientação

Contexto: monitore a situação geral da segurança alimentar para avaliar se a resposta continua sendo 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, tome medidas para contextualizar os indicadores de despesas domésticas com alimentação, especialmente em assentamentos densos e de baixa renda. Por exemplo, o *Food Expenditure Share* e os parâmetros que ele estabelece podem ser menos precisos em contextos urbanos, porque as despesas não relacionadas à alimentação, como aluguel e aquecimento, são relativamente mais elevadas.

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 melhora ou de que outro agente pode assumir a responsabilidade. No caso de ajuda alimentar, isso pode significar compreender os sistemas existentes ou planejados de proteção social ou as redes de segurança de longo prazo.

Os programas de ajuda alimentar podem-se coordenar 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 crônica, com base numa análise da insegurança alimentar crônica quando disponível ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS)*.

Grupos de risco: use as avaliações de risco baseadas na comunidade e outras formas de monitoramento participativo 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 meninas. As transferências extras de dinheiro principalmente a famílias ou a indivíduos vulneráveis, como famílias chefiadas por mulheres ou por menores, ou famílias de pessoa com deficiência, podem reduzir o risco de exploração sexual e de trabalho infantil.



Estruturas comunitárias de apoio: projete estruturas comunitárias de apoio junto com os usuários para que sejam apropriadas e mantidas adequadamente tendo maior probabilidade de permanecer 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 o desenvolvimento de habilidades que se dão numa família; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 4.*

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 \(LEGS\)](#).*

Impacto Ambiental: as pessoas que vivem em acampamentos necessitam de fonte de calor para cozinhar, o que pode acelerar o desmatamento local. Leve em consideração opções como distribuição de combustível, fogões eficientes e energia alternativa. Considere os possíveis benefícios ambientais de fazer vales mais específicos para mercadorias e serviços ambientalmente sustentáveis. Procure oportunidades de mudar os costumes alimentares e culinários anteriores que podem ter causado degradação ambiental. Leve em conta as tendências de alterações climáticas. Priorize atividades que dão alívio no curto prazo e reduzem o risco de crise a médio e 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.*

Acesso e aceitabilidade: as pessoas são mais propensas a participar de um programa de fácil acesso e com atividades aceitáveis. Use um projeto participativo com todos os membros da população atingida para garantir 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 elas. Para superar restrições dos grupos de risco, trabalhe ativamente com eles ao planejar atividades e estabelecer estruturas adequadas de apoio.

6. Ajuda alimentar

A ajuda alimentar é necessária quando a qualidade e a quantidade de alimentos disponíveis ou o acesso a alimentos não são suficientes para evitar excessiva mortalidade, morbidade ou desnutrição. Isso inclui respostas humanitárias que melhoram a disponibilidade de alimento e o acesso a ele, práticas alimentares e conscientização sobre nutrição. Tais respostas devem também proteger e fortalecer os meios de subsistência das pessoas atingidas. São opções de resposta: ajuda em espécie, ajuda em dinheiro, apoio à produção e apoio a mercados. Embora o atendimento das necessidades imediatas seja uma prioridade nos estágios iniciais de uma crise, as respostas devem preservar e proteger os bens, ajudar a recuperar os bens perdidos devido a crises e aumentar a resiliência diante de ameaças futuras.

A ajuda alimentar também pode ser usada para evitar que as pessoas adotem mecanismos negativos de enfrentamento, como a venda de bens produtivos, superexploração ou destruição de recursos naturais ou acumulação de dívida.

Uma ampla gama de ferramentas pode ser usada em programas de ajuda alimentar, entre elas:

- as distribuições gerais de alimento (fornecimento de alimento em espécie, ajuda em dinheiro para compra de alimento);
- os programas de alimentação suplementar abrangendo toda a população;
- os programas seletivos de alimentação suplementar; e
- a prestação de serviços e de contribuições relevantes, inclusive a transferência de habilidades ou de conhecimento.

As distribuições genéricas de alimento dão apoio àqueles que mais necessitam. Descontinue essas distribuições quando as pessoas que recebem a ajuda puderem produzir ou acessar seu alimento de outras maneiras. Talvez sejam necessárias medidas transitórias incluindo ajuda condicional em dinheiro ou apoio à obtenção de meios de subsistência.

As pessoas com necessidades específicas de nutrientes podem necessitar de alimento suplementar ademais de qualquer ração geral. Isso abrange crianças de 6 a 59 meses de idade, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com HIV 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 alimentação escolar de emergência, embora as rações para levar para casa possam ser distribuídas por intermédio das escolas. Leve em conta que as crianças que não estão indo à escola não terão acesso a esse alimento; planeje mecanismos de extensão do alcance dessas distribuições para tais crianças.



A ajuda alimentar requer uma boa gestão da cadeia de suprimentos e capacidades logísticas para gerenciar os produtos com eficácia.

A gestão de qualquer sistema de entrega de dinheiro precisa ser sólida e responsável e contar com um monitoramento sistemático; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

As necessidades nutricionais básicas das pessoas atingidas, incluindo as mais vulneráveis, são atendidas.

Ações-chave

- 1 Medir os níveis de acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas.
 - Avaliar com frequência o nível de acesso para ver se é estável ou se há probabilidade de ele cair.
 - Avaliar o acesso a mercados por parte das pessoas atingidas.
- 2 Projetar ajuda alimentar e em dinheiro para atender aos requisitos-padrão de energia, proteína, gordura e micronutrientes previstos no planejamento inicial.
 - Planejar 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 a apoio nutricional.
 - Garantir que as crianças entre 6 e 24 meses de idade tenham acesso a alimentos complementares e que as mulheres grávidas e lactantes tenham acesso a apoio nutricional complementar.
 - Garantir que as famílias com membros que padecem de enfermidades crônicas, as pessoas com HIV e tuberculose, os idosos e as pessoas com deficiência tenham alimento nutritivo e apoio nutricional adequado.

Indicadores-chave

Prevalência de desnutrição entre crianças < 5 anos desagregada por sexo e por deficiência a partir dos 24 meses de idade

- Use o sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (MAD, MDD-W).
- Para a desagregação por deficiência, use o módulo da UNICEF/Grupo de Washington sobre Funcionamento Infantil.

Porcentagem de famílias beneficiárias com Escore de Consumo Alimentar aceitável

- >35%; se fornecidos óleo e açúcar, >42%

Porcentagem de famílias beneficiárias com Escore de Diversidade Alimentar aceitável

- 5 principais grupos de alimentos consumidos regularmente

Porcentagem 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

Monitorando o acesso a alimentos: leve em conta variáveis como níveis de segurança alimentar, acesso a mercados, meios de subsistência, saúde e nutrição. Isso ajudará a determinar se a situação é estável ou está em declínio e se há necessidade de intervenções alimentares. Use os indicadores de representação como o Escore de Consumo Alimentar ou as ferramentas de diversidade alimentar.

Formas de ajuda: utilize formas apropriadas de ajuda (dinheiro, vales ou em espécie) ou uma combinação delas para garantir a segurança alimentar. Quando a ajuda em dinheiro for usada, considere a possibilidade de fazer distribuições complementares ou distribuições suplementares de alimento para atender às necessidades de grupos específicos. Estude a adequação dos mercados para atender a necessidades nutricionais especiais e use metodologias específicas, inclusive a ferramenta de avaliação *the minimum cost of a healthy diet* ("o custo mínimo de uma dieta saudável").

Desenho de rações alimentares e qualidade nutricional: várias ferramentas de planejamento de ração estão disponíveis, por exemplo a NutVal. Para planejar rações genéricas, ⊕ ver *Apêndice 6: Necessidades nutricionais*. Se uma ração é planejada para fornecer todo o conteúdo energético da dieta, ela deve ter quantidades adequadas de todos os nutrientes. Se uma ração proporciona apenas parte da necessidade energética da dieta, então planeje-a a partir de uma dessas duas abordagens:

- Se o conteúdo de nutrientes dos outros alimentos disponíveis à população é desconhecido, planeje 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, planeje 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 planejar 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

de alimentos básicos, inclusive alimentos liquidificados enriquecidos, e o incentivo à compra de alimentos da produção local com o uso de vales podem ser opções para melhorar a qualidade nutricional da ração. Pense na possibilidade de usar produtos de suplementação como os de base lipídica, ricos em nutrientes e prontos para usar, e tabletes ou micronutrientes em pó. Divulgue mensagens de IYCF-E (alimentação de bebês e de crianças pequenas em situações de emergência) para estimular práticas ideais de amamentação e outros procedimentos complementares de alimentação; ⊕ *ver Alimentação de bebês e de 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 alimentos que não levem muito tempo cozinhando, caso haja escassez de combustível para cozinhar. Sempre que houver mudanças nas rações, compartilhe a informação com a comunidade inteira tão logo 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 administrar as expectativas, reduzir a ansiedade e possibilitar que as famílias tomem decisões pertinentes.

Faça 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 sarampo, malária e 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.*

Monitorando o uso do alimento: os indicadores-chave de ajuda alimentar medem o acesso ao alimento, mas não quantificam seu consumo. A medição direta da ingestão de nutrientes não é realista. A medição indireta é uma boa alternativa se feita mediante o uso de informações de várias fontes — como a disponibilidade e o uso dos alimentos em nível doméstico — e a avaliação, nos mercados locais, dos preços e da disponibilidade dos alimentos assim como das fontes de combustível para cozinhar. Outras opções consistem em examinar os planos e os registros da distribuição de ajuda alimentar, avaliar possível contribuição de alimentos silvestres e realizar avaliações de segurança alimentar.

Grupos de risco: ao estabelecer critérios de elegibilidade para ajuda alimentar, consulte diferentes grupos com a finalidade de identificar necessidades específicas que, de outra forma, poderiam passar despercebidas. Inclua alimentos adequados e aceitáveis na ração geral, como alimentos liquidificados e enriquecidos para crianças pequenas (idades entre 6 e 59 meses). Entre os grupos específicos da população que podem necessitar de atenção incluem-se os de idosos, pessoas com HIV, pessoas com deficiência e cuidadores.

Idosos: a ocorrência de doença crônica e deficiência, isolamento, famílias grandes, clima frio ou pobreza pode reduzir o acesso a 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 preparo e consumo e atender às necessidades adicionais de proteínas e micronutrientes dos idosos.

Pessoas com HIV: existe um alto risco de desnutrição em pessoas com HIV. Isso se deve a fatores como ingestão reduzida de alimentos, baixa absorção de nutrientes, alterações no metabolismo, infecções e doenças crônicas. As necessidades energéticas das pessoas com HIV variam conforme o estágio da infecção. 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 HIV que estejam desnutridas para programas alimentares seletivos, quando disponíveis.

Pessoas com deficiência, inclusive aquelas com deficiência psicossocial, durante uma crise, podem estar sob risco de ser separadas dos membros da família imediata e de seus cuidadores habituais. Podem também sofrer discriminação. Reduza esses riscos possibilitando acesso físico ao alimento, acesso a alimentos ricos em energia e nutrientes e mecanismos de ajuda alimentar. Isso pode incluir o fornecimento de batedeiras manuais, colheres e canudos ou o desenvolvimento de sistemas de visitas domiciliares ou outras formas de extensão do alcance do serviço. Além disso, leve em conta que crianças com deficiência têm menor probabilidade de estar matriculadas em escolas perdendo, assim, os programas de alimentação organizados por intermédio das escolas.

Cuidadores: é importante apoiar as pessoas que cuidam de indivíduos vulneráveis. Os cuidadores e aqueles de quem estão cuidando podem se deparar com barreiras nutricionais específicas. Por exemplo, podem ter menos tempo para acessar os alimentos por estarem doentes ou cuidando de doentes. Podem ter mais necessidade de manter práticas de higiene ou menos bens para trocar por comida, devido aos custos de tratamentos ou de funerais. Podem sofrer estigma social e ter menos acesso a mecanismos de suporte comunitário. Faça uso das redes sociais para treinar membros selecionados da população no apoio aos cuidadores.

Os itens alimentares fornecidos são de qualidade apropriada e aceitáveis e podem ser usados de modo eficiente e eficaz.



Ações-chave

- 1 Escolher alimentos que estejam em conformidade com as normas nacionais do governo de acolhida e com outras normas de qualidade aceitas internacionalmente.
- Fazer testes com amostras aleatórias de estoques de alimentos.
 - Compreender e respeitar a legislação nacional com relação ao recebimento e uso de alimentos geneticamente modificados ao planejar usar alimento importado.

- 2 Escolher embalagens adequadas para os alimentos.
 - Fornecer etiquetas em formatos acessíveis e na língua local, com a data de produção, país de origem, data de vencimento ou data de “melhor consumido antes de”, análise nutricional e instruções de cozimento, especialmente no caso de alimentos menos conhecidos ou utilizados com menos frequência.
- 3 Avaliar o acesso a água, a fogões e a suas fontes de aquecimento como também a instalações de armazenagem de alimentos.
 - Fornecer alimentos prontos para consumo quando a crise impedir o acesso a instalações de cozinha.
- 4 Proporcionar acesso a instalações adequadas de moagem e processamento quando fornecido cereal integral.
 - Cobrir os custos de moagem dos destinatários por meio de dinheiro ou vales, ou pelo método menos utilizado de fornecer grão adicional ou equipamento de moagem.
- 5 Transportar e armazenar os alimentos em condições adequadas.
 - Seguir as normas de gestão de estoque, com verificações sistemáticas da qualidade do alimento.
 - Medir as quantidades em unidades consistentes e evitar mudar as 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 itens alimentares recebidos foram fáceis de preparar e de armazenar

Porcentagem de pessoas que recebem ajuda e apresentam queixas ou feedback negativo com relação à qualidade do alimento

- Todas as queixas são regularmente monitoradas e rapidamente respondidas.

Porcentagem de perdas de alimento informada pelo programa

- Meta: <0.2% da tonelagem total

Notas de orientação

Qualidade do alimento: os alimentos devem estar em conformidade com as normas do governo do país de acolhida. O alimento também deve-se 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, ele é impróprio para seu propósito. Isso é verdadeiro mesmo se ele for próprio para consumo humano. Por exemplo, quando a qualidade da farinha não permita assá-la em casa, mesmo que seu consumo seja seguro. Certificados fitossanitários ou outros certificados de inspeção devem acompanhar os alimentos 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 sejam verificadas por inspetores de qualidade independentes e acione-os quando houver dúvidas ou controvérsias sobre a qualidade dos alimentos.

Assegure-se de que os governos de acolhida participem tanto quanto possível. Obtenha informações sobre a idade e a qualidade de remessas de alimentos através de certificados de fornecedores, relatórios de inspeção de controle de qualidade, rótulos de embalagens e relatórios de armazenagem. 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 de produtos alimentícios em mercados locais, nacionais ou internacionais. Se a ajuda alimentar é suprida localmente, ela deve ser sustentável e não forçar ainda mais os recursos naturais locais ou distorcer os mercados. No planejamento do programa, leve em consideração eventuais restrições na oferta de alimentos.

Embalagem de alimentos: é possível que haja perdas de alimentos nos armazéns e nos pontos finais de distribuição, as quais podem ser decorrentes do acondicionamento deficiente no ciclo de distribuição. As embalagens devem ser robustas e convenientes para manuseio, armazenagem e distribuição. Devem ser acessíveis a idosos, crianças e pessoas com deficiência. Se possível, as embalagens devem possibilitar a distribuição direta sem necessidade de medir novamente ou de reembalar os alimentos.

As embalagens de alimentos não devem conter nenhuma mensagem com temas políticos ou religiosos ou que, por 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 itens 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 embalagem. Forneça recipientes de alimentos que possam ser reutilizados, reciclados ou reaproveitados. Descarte os resíduos das embalagens de forma a evitar a degradação ambiental. As embalagens de alimentos prontos para o consumo, como as de alumínio, podem demandar controles específicos para um descarte seguro.

Quando o lixo se acumular, organize campanhas comunitárias regulares de limpeza. Essas campanhas devem fazer parte da mobilização e da sensibilização comunitárias, em vez de serem remuneradas; ⊕ ver *WASH: gestão de resíduos sólidos – Normas 5.1 a 5.3*.



Escolha do alimento: se, por um lado, o valor nutricional é a primeira coisa a ser levada em conta na prestação de ajuda alimentar, por outro, os seus beneficiários devem estar familiarizados com os produtos recebidos. Da mesma forma, esses itens devem ser consistentes com as tradições religiosas e culturais, inclusive com os tabus alimentares das mulheres grávidas ou lactantes. Consulte mulheres e meninas a respeito da escolha alimentar, já que em muitos contextos elas têm a responsabilidade principal pela preparação do alimento. Auxilie avós, homens solteiros que são chefes de família e jovens responsáveis por seus irmãos e irmãs e que não recebem apoio, pois o acesso dessas pessoas aos alimentos poderia 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.

Alimentação de bebês: fórmula infantil, leite líquido, leite em pó ou produtos infantis à base de leite líquido, doados ou subsidiados, não deveriam ser distribuídos como um item separado numa distribuição genérica de alimentos. Eles também não devem ser distribuídos em um programa alimentar suplementar do tipo leve-para-casa; ➕ *ver Alimentação de bebês e de crianças pequenas – Norma 4.2.*

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 suas alternativas e pode ter mais valor para os participantes do programa.

Forneça instalações para 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 logo antes do consumo. Um grão moído normalmente precisa de menos tempo de cozimento. A necessidade de moagem pode às vezes expor as mulheres ou as adolescentes a um maior risco de exploração. Trabalhe com mulheres e meninas para identificar riscos e soluções, como dar suporte a moinhos dirigidos por mulheres.

Armazenamento e preparo do alimento: a capacidade doméstica de armazenamento deve orientar a escolha dos alimentos oferecidos. Certifique-se de que as pessoas que recebem a ajuda entendem com evitar riscos de saúde pública associados ao preparo do alimento. 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 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 funcionários do Ministério da Saúde para verificar a qualidade do alimento fornecido por vendedores e comerciantes.

A seleção dos beneficiários e a distribuição da ajuda alimentar é sensível às necessidades, oportuna, transparente e segura.

Ações-chave

- 1 Identificar e selecionar beneficiários da ajuda alimentar com base na necessidade e em consultas às partes intervenientes adequadas.
 - Fornecer detalhes claros e públicos dos métodos de seleção que sejam aceitos tanto pela população beneficiária quanto pela não beneficiária para não criar tensões ou causar danos.
 - Iniciar o cadastramento formal das famílias para receberem alimentos assim que possível e atualizar os dados conforme a necessidade.
- 2 Desenhar métodos de distribuição alimentar ou mecanismos de entrega direta de dinheiro ou vales que sejam eficientes, equitativos, protegidos, seguros, acessíveis e eficazes.
 - Consultar mulheres e homens, inclusive adolescentes e jovens, e promover a participação de 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 às pessoas que vão a distribuições, monitorando regularmente os postos de controle ou as mudanças na situação da segurança.
- 4 Fornecer aos beneficiários detalhes antecipados do plano e do cronograma de distribuição, da qualidade e quantidade da ração alimentar ou do valor em dinheiro ou vale e o que ele se destina a cobrir.
 - Agendar as distribuições de modo que sejam respeitados os horários de traslado e de trabalho das pessoas e que sejam priorizados os grupos de risco conforme a conveniência.
 - Antes da distribuição, definir e estabelecer os mecanismos de feedback com a comunidade.



Indicadores-chave

Porcentagem minimizada de erros de inclusão e de exclusão na seleção dos destinatários

- Meta: <10%

Distância das moradias até os pontos finais de distribuição ou mercados (no caso de vales ou dinheiro)

- Meta: <5 km

Porcentagem de pessoas assistidas (desagregadas por sexo, idade e deficiência) que relatam ter tido problemas de segurança ao viajar aos locais dos programas e no retorno

Número de casos reportados de exploração sexual ou abuso de poder relacionados às práticas de distribuição ou de entrega

Porcentagem de casos de exploração sexual ou abuso de poder relacionados com as práticas de distribuição ou de entrega que são verificados

- 100%

Porcentagem de famílias beneficiárias que manifestam corretamente seu direito à ajuda alimentar

- Meta: >50% das famílias beneficiárias

Notas de orientação

Seleção de beneficiários: certifique-se de que as ferramentas e os métodos de seleção do público beneficiário sejam adaptados ao contexto. A seleção deve se desenvolver ao longo de toda a intervenção, não só na fase inicial. É complexo encontrar o equilíbrio correto entre erros de exclusão — que podem representar risco de vida — e 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 umas com as outras ou nas quais uma avaliação detalhada do processo de seleção não é possível devido à falta de acesso.

As crianças entre 6 e 59 meses de idade, as mulheres grávidas e lactantes, as pessoas com HIV e outros grupos vulneráveis podem ser selecionados para receber alimentos suplementares ou podem ser vinculados a tratamento nutricional e a estratégias de prevenção. Para pessoas com HIV, isso aumentará sua ingestão diária de calorias e auxiliará sua adesão à terapia antirretroviral.

Os programas seletivos devem ter o cuidado de evitar criar estigma ou discriminação. As pessoas com HIV podem ser incluídas nas distribuições para “pessoas com doenças crônicas”, por exemplo, e podem recebê-las através dos centros de saúde onde lhes são fornecidos também cuidados e tratamentos. Jamais devem ser divulgadas ou compartilhadas listas de pessoas com HIV, e, na maior parte dos contextos, os líderes comunitários não devem participar como agentes de seleção do programa para pessoas com HIV.

Agentes/comitês de seleção dos beneficiários: desenvolva contato direto com pessoas e grupos afetados da comunidade evitando, tanto quanto possível, aquelas pessoas que falam em nome da comunidade, mas ao mesmo tempo restringem o acesso direto a ela. 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 organizações humanitárias;
- ONGs locais e internacionais;
- organizações de jovens; e
- instituições governamentais locais.

Processo de cadastramento: o cadastramento pode ser algo desafiador 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 no desenho do processo de cadastramento. Inclua os indivíduos em situação de risco nas listas de distribuição, especialmente as pessoas com menos mobilidade.

Se o cadastramento não for possível nos estágios iniciais de uma crise, complete-o assim que a situação houver se estabilizado. Estabeleça um mecanismo de feedback para o processo de cadastramento 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 cadastradas sob seus próprios nomes. Quando possível, consulte tanto os homens quanto as mulheres, separadamente se necessário, sobre quem deve fazer fisicamente a coleta da ajuda ou receber ajuda em dinheiro em nome da família. Essa consulta deve estar informada por uma avaliação de risco.

Tome providências específicas com relação às famílias dirigidas por pessoas solteiras — sejam homens, sejam mulheres — assim como por crianças e jovens, e crianças separadas ou desacompanhadas de modo que possam fazer a coleta da ajuda em nome de suas famílias com segurança. Estabeleça serviços de cuidado às crianças adjacentes aos pontos de distribuição para permitir que as famílias de pais solteiros ou de mães solteiras e de mulheres com crianças pequenas possam fazer a coleta da ajuda sem deixar suas crianças sozinhas. Em contextos onde existam famílias poligâmicas, trate cada esposa e suas crianças como uma família em separado.

Distribuição de rações “secas”: as distribuições genéricas de alimento normalmente fornecem apenas rações secas que as pessoas depois cozinham em 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 apoio da comunidade. A frequência da distribuição deve levar em conta o peso da ração de alimento e os meios que os destinatários têm para carregá-la com segurança até suas casas. Pode ser necessário dar 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 coleta e preservar seu direito. Considere a possibilidade de que outros membros da comunidade os assistam ou forneça-lhes rações menores e mais frequentes.

Distribuição de rações “molhadas”: em circunstâncias excepcionais, como no início de uma crise súbita, refeições já cozidas ou alimento pronto para o 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 alimento para casa, estiverem sob risco de assalto, violência, abuso ou exploração. Use refeições escolares e incentivos alimentares para funcionários do setor de educação como um mecanismo de distribuição durante uma emergência.

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, banheiros, serviços de saúde, sombra, alojamento e lugares seguros para crianças e mulheres. A presença de postos de controle 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 e acessíveis e devem ser estradas usadas com frequência por outros membros da comunidade. Leve em consideração os aspectos práticos e os custos de transportar produtos; ⊕ *ver Princípio de Proteção 2.*

Desenvolva meios alternativos de distribuição para alcançar as pessoas que estão localizadas mais longe 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 populações em ambientes institucionais.

Agendando distribuições: agende as distribuições para momentos que permitam o traslado até os pontos de distribuição e a volta à luz do dia. Evite criar a necessidade de pernoite que o que implica riscos adicionais. Programe as distribuições de forma a minimizar as perturbações às 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 cadastrar as crianças desacompanhadas ou separadas. Dê informação prévia sobre o horário e a distribuição através de vários meios de comunicação.

Segurança durante as distribuições de alimento, vale e dinheiro: tome medidas para reduzir os riscos para quem participa da distribuição. Entre elas incluem-se: o controle adequado a grande concentração de pessoas, a supervisão das distribuições por equipes treinadas e a guarda 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 de alimentos. Planeje 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 equipes de distribuição de alimentos sobre a conduta adequada e esperada, inclusive sobre as penalidades por exploração e abuso sexual. Inclua guardiões do sexo feminino para supervisionar o descarregamento, o cadastramento, a distribuição e o monitoramento pós-distribuição do alimento; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 7.*

Dando informações: exiba com destaque a informação sobre rações nos pontos de distribuição, em línguas 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 plano de ração, especificando a quantidade e o tipo das rações alimentares, ou o valor em dinheiro/vale e o que este deve cobrir.
- as rações para quaisquer alterações de planos anteriores (hora, quantidade, itens, outros);
- o plano de distribuição;
- a qualidade nutricional do alimento e, se necessário, algum cuidado especial para que os beneficiários protejam seu valor nutricional;
- os requisitos para o manuseio e uso seguro dos alimentos;
- informações específicas sobre o uso ideal do alimento para crianças; e
- opções para obter mais informações ou para dar feedback.

No caso de 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 caixa ou onde os vales podem ser resgatados ou num folheto na língua local.

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, suas causas, a data e o plano para a retomada 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; ou
- adiar a distribuição (como último recurso).

Monitoramento da distribuição e entrega: monitore 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 — incluídos os adolescentes e os jovens —, de pessoas com deficiência e de idosos. Visitas aleatórias feitas por uma equipe 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 atendem ao critério de seleção, mas não estão recebendo ajuda alimentar; os alimentos recebidos de outros lugares, sua fonte e seu uso e o eventual uso da força para tomar posse de bens; a existência de recrutamentos forçados; exploração sexual ou de outra natureza; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*



O armazenamento, o preparo e o consumo dos alimentos é seguro e adequado tanto em nível doméstico quanto em nível comunitário.

Ações-chave

- 1 Proteger as pessoas que recebem ajuda em caso de manuseio ou preparo inadequado de alimentos.
 - Informar as pessoas sobre a importância da higiene alimentar e promover boas práticas de higiene ao se manusearem alimentos.
 - Quando forem distribuídas rações cozidas, treinar a equipe sobre o armazenamento, manuseio e preparo seguro 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, preparo, cozimento e consumo dos alimentos.
- 3 Certificar-se de que as famílias têm acesso seguro a adequados utensílios de cozinha, materiais combustíveis para fogão, fogões de consumo eficiente de combustível, água limpa e 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 possível e conveniente.
- 5 Monitorar a forma como os recursos alimentares são usados na moradia.

Indicadores-chave

Número de casos reportados de riscos à saúde causados pelo alimento distribuído

Porcentagem de famílias capazes de armazenar e preparar alimentos com segurança

Porcentagem de famílias beneficiárias capazes de descrever três ou mais mensagens de conscientização a respeito de higiene

Porcentagem de famílias beneficiárias que informam terem acesso a utensílios de cozinha adequados, combustível para fogão, água potável e materiais de higiene

Notas de orientação

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 alimentos sobre como fazer seu armazenamento em casa de forma segura; ⊕ *ver WASH – Normas de promoção de higiene.*

Processamento e armazenamento de alimentos: o acesso a instalações de processamento de alimentos, como moinhos de cereais, permite que as pessoas preparem os alimentos na forma de sua preferência e poupa tempo para outras atividades produtivas. Quando se oferecerem alimentos perecíveis, leve em conta a necessidade de instalações apropriadas para seu armazenamento tais como recipientes que possam ser hermeticamente fechados, refrigeradores e congeladores. O calor, o frio e a umidade 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 HIV. As pessoas com dificuldade de prover alimento para seus dependentes, como pais com deficiência, podem necessitar de programas de extensão ou apoio adicional.

Monitoramento do uso dos alimentos em casa: as organizações humanitárias devem monitorar e avaliar o uso dos alimentos em casa e verificar se eles são adequados e convenientes. No âmbito domiciliar, os produtos alimentícios podem ser consumidos como previsto, ou ser negociados ou permutados. O objetivo da permuta pode ser o acesso a outros itens alimentares preferidos, o acesso a itens não alimentares ou o pagamento por serviços como taxas escolares ou contas médicas. A avaliação da alocação dentro do agregado familiar deve também monitorar o uso de alimentos por sexo, idade e deficiência.

Uso de dinheiro e vales: é importante administrar o risco de compra sob pânico quando as famílias recebem dinheiro ou vales. Prepare os comerciantes e as pessoas que estão recebendo 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 resgatáveis semanalmente, quando conveniente. O mesmo princípio se aplica a dinheiro retirado em caixas automáticas ou a outras formas de pagamento digitais ou manuais.



7. Meios de Subsistência

A capacidade de as pessoas protegerem seus meios de subsistência está diretamente relacionada à sua vulnerabilidade a crises. O entendimento de vulnerabilidades antes, durante e depois de uma crise torna mais fácil fornecer ajuda apropriada e identificar como as comunidades podem reabilitar e melhorar sua subsistência.

As crises podem perturbar muitos fatores dos quais as pessoas dependem para manter sua subsistência. As pessoas afetadas por uma crise podem perder seus empregos ou ter de abandonar sua terra ou as fontes de água. Os bens também podem ser destruídos, contaminados ou furtados durante um conflito ou desastres naturais. Os mercados podem deixar de funcionar.

Nos estágios iniciais de uma crise, a prioridade é atender às necessidades básicas de sobrevivência. No entanto, ao longo do tempo, o restabelecimento dos sistemas, habilidades e capacidades que sustentam a subsistência também ajudará as pessoas a se recuperarem com dignidade. Incentivar a subsistência entre refugiados muitas vezes apresenta desafios únicos, tais como a concentração em acampamentos ou os marcos jurídicos e institucionais restritivos nos países de asilo.

As pessoas que produzem alimento necessitam de acesso a terra, água, animais, serviços de apoio e mercados que possam apoiar a produção. Elas precisam 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 em 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 econômicas. Geralmente, as pessoas mais pobres em áreas urbanas têm estratégias de sobrevivência menos diversificadas que suas contrapartes em áreas rurais. Por exemplo, em alguns países, elas não podem ter acesso a terra para cultivar alimentos.

A atividade de reunir aqueles que perderam 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 produtos associados. Todas as intervenções de subsistência devem considerar como usar e/ou apoiar os mercados locais ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS)*.

Os mecanismos de produção primária recebem proteção e apoio.

Ações-chave

- 1 Proporcionar acesso a insumos e/ou a bens de produção aos agricultores.
 - Preferir o uso de dinheiro ou de vales quando os mercados estiverem funcionando e se possa apoiá-los em sua recuperação para que os agricultores tenham flexibilidade na escolha dos insumos, das sementes, das espécies de peixe ou de outros animais de sua preferência.
 - Introduzir novas tecnologias depois de uma crise apenas se elas já foram testadas em contextos similares ou adaptadas a eles.
- 2 Distribuir insumos que sejam aceitos no local, estejam em conformidade com as normas pertinentes de qualidade e estejam na época própria para o melhor uso.
 - Dar preferência a insumos pecuários adequados ao local e a variedades de cultivos locais que já estejam em uso e terão demanda 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 terra ou água) assim como um eventual dano às redes sociais existentes.
- 4 Propiciar a participação equitativa de homens e mulheres afetadas no planejamento, na tomada de decisões e no monitoramento das respostas de produção primária.
- 5 Capacitar os produtores que estão ativos nos setores de agricultura, pesca, aquicultura, silvicultura e pecuária em práticas sustentáveis de produção e de gestão.
- 6 Avaliar o mercado e estimular a demanda por cultivos, por vegetais e por outros produtos agrícolas produzidos localmente.



Indicadores-chave

Alteração percentual na produção (de alimento ou de fonte de renda) da população beneficiária em relação a um ano normal

Porcentagem de famílias que informam ter acesso a instalações adequadas de armazenamento para seus produtos

Porcentagem de famílias beneficiárias cujo acesso físico a mercados ativos melhorou devido às intervenções do programa

Notas de orientação

Estratégias de produção: as estratégias de produção devem ter uma chance 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; e
- animais produtivos que representem um bem decisivo 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 escalabilidade.

Promova atividades variadas de subsistência dentro de uma 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 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 faltar à escola por serem obrigadas a ajudar em casa enquanto um dos pais está trabalhando.

Energia: leve em consideração a necessidade de energia para o trabalho mecanizado, o processamento de alimentos, a comunicação, as cadeias de resfriamento para conservação de alimentos e de equipamentos de combustão eficientes.

Melhorias: considere a possibilidade de introduzir variedades de cultivos melhoradas, 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.

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 capacitação adequadas. Assegure o acesso de grupos sob 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 sua viabilidade comercial.

A ajuda em dinheiro ou 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 ela permite que as pessoas produzam, elas mesmas, alimentos ricos em nutrientes ou se fornece dinheiro para a compra de alimentos. Verifique a viabilidade

da prestação de ajuda em dinheiro para a compra de insumos de produção, considerando a disponibilidade de mercadorias, o acesso a 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).*

Sazonalidade e flutuações de preço: forneça insumos agrícolas e serviços veterinários de modo que coincidam com as estações agrícolas e de criação de animais correspondentes. 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 sementes e insumos. Assegure-se de que os insumos são sensíveis às diferentes capacidades, necessidades e riscos de grupos variados, inclusive de mulheres e de pessoas com deficiência. As flutuações sazonais extremas de preços afetam negativamente os agricultores pobres que vendem 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 de vendê-los durante a seca. Da mesma forma, os consumidores com renda disponível limitada não podem investir na estocagem de alimentos. Eles dependem de compras pequenas e frequentes. Como resultado disso, compram alimentos mesmo quando os preços estão elevados, como durante uma seca. Para orientação pecuária, ⊕ *ver Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*

Sementes: fazendeiros e especialistas agrícolas locais devem aprovar variedades específicas. As sementes devem ser adequadas à agroecologia local e às condições de gestão próprias dos agricultores. Elas também devem ser resistentes a doenças e suportar condições meteorológicas eventualmente extremas devido às alterações climáticas. Teste a qualidade das sementes que venham de 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 a sementes. Isso lhes permite decidir o que é melhor para seu sistema agrícola específico. Por exemplo, agricultores que cultivam milho podem preferir sementes híbridas em vez das variedades locais. Obedeça às políticas governamentais com relação a sementes híbridas. Não distribua sementes geneticamente modificadas sem a aprovação das autoridades locais. Informe aos agricultores caso estejam recebendo sementes geneticamente modificadas. Quando eles usarem vales ou participarem de feiras de sementes, incentive-os a comprar sementes dos fornecedores locais formais. Os agricultores podem preferir variedades tradicionais já adaptadas ao contexto local. Elas definitivamente estarão disponíveis a um preço mais baixo, o que significa que eles obtêm mais sementes com um vale do mesmo valor.

Tensões comunitárias e riscos de segurança: é possível que surjam tensões entre as pessoas deslocadas e a população local ou no seio da comunidade afetada quando a produção demandar uma mudança no acesso aos recursos naturais disponíveis. A competição por água ou terra pode provocar restrições no uso delas. A produção



primária de alimento pode ser inviável se houver uma escassez de recursos naturais vitais no longo prazo. Ela também não será possível se faltar o acesso a algumas populações, como as de 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.*

Cadeia de suprimentos: use 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 aos fornecedores. Ao desenhar sistemas locais de compras, leve em conta a disponibilidade de insumos apropriados e a capacidade dos fornecedores de aumentar a oferta. Avalie o risco de inflação e a sustentabilidade da qualidade dos insumos. Monitore 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 compartilhe equitativamente os lucros; ⊕ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS).*

Faça um monitoramento para verificar se os produtores realmente usam os insumos fornecidos da forma pretendida. Revise a qualidade dos insumos quanto a seu desempenho, aceitabilidade e preferências dos produtores. Avalie como o projeto impactou a disponibilidade de alimentos em nível domiciliar. Por exemplo, leve em consideração a quantidade e a qualidade dos alimentos que estão sendo estocados, consumidos, negociados ou dados. Se o projeto tem como objetivo o aumento da produção de um tipo específico de alimento (produtos animais ou peixe, ou legumes altamente proteicos), investigue o uso desses produtos pela família. Inclua uma análise sobre seu benefício para os diversos membros da família, como mulheres, crianças, idosos e pessoas com deficiência.

Armazenamento pós-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 gerenciando o manuseio, o armazenamento, o processamento, a embalagem, o transporte, a comercialização e outras atividades posteriores à colheita. Aconselhe-as e capacite-as para que armazenem sua colheita de modo a evitar a umidade e as aflatoxinas produzidas por fungos. Capacite-as para que processem seus cultivos, especialmente os cereais.

As mulheres e os homens recebem igual acesso a oportunidades adequadas de obtenção de rendimentos quando a geração de renda e o emprego são estratégias de subsistência viáveis.

Ações-chave

- 1 Basear as decisões relativas a atividades rentáveis em uma avaliação de mercado sensível ao gênero.
 - Reduzir o risco de subnutrição e outros riscos de saúde pública ao garantir que a participação em oportunidades de geração de renda não prejudique os cuidados infantis e outras responsabilidades de cuidados.
 - Saber o preço da mão de obra da comunidade e o salário mínimo governamental para o trabalho qualificado e o não qualificado.
- 2 Escolher as formas de remuneração (em espécie, dinheiro, vales, alimentos ou uma combinação destes) com base em uma 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 famílias que não possam participar de programas de trabalho.
- 4 Adotar e manter ambientes de trabalho inclusivos, seguros e protegidos.
 - Monitorar 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 geração de renda sensíveis ao meio ambiente.



Indicadores-chave

Porcentagem da população beneficiária que melhora sua renda líquida durante um período definido

Porcentagem de famílias com acesso a crédito

Porcentagem da população beneficiária que tem atividades diversificadas de geração de renda

Porcentagem da população beneficiária empregada (ou trabalhando por conta própria) em atividades sustentáveis de subsistência por um período de tempo definido (seis a doze meses)

Porcentagem 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

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 de oportunidades de trabalho, tais como cuidar de crianças ou idosos, ou acessar outros serviços como educação ou cuidados de saúde.

Use as ferramentas existentes para entender os mercados e os sistemas econômicos. As respostas de segurança alimentar devem estar baseadas em funções do mercado anteriores e posteriores à crise e em 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 suas habilidades, experiências e capacidades, assim como riscos potenciais e estratégias de mitigação. Averigue se os membros das famílias normalmente migram para trabalhos temporários. Entenda como diferentes grupos da população atingida podem ter seu acesso a mercados e a oportunidades de trabalhar pela subsistência restringido e ajude-os a obter o acesso.

Medidas da rede de segurança: algumas mulheres e homens podem não ser capazes de participar de atividades rentáveis como, por exemplo, um casal de idosos. A própria crise pode impossibilitar que outras pessoas permaneçam empregadas devido a mudanças em suas responsabilidades ou em seu estado de saúde. As medidas de curto prazo da rede de segurança vinculadas a sistemas nacionais de proteção social podem apoiar tais casos. Recomende novas redes de segurança quando necessário. As medidas de rede de segurança devem respaldar a distribuição justa de recursos garantindo que mulheres e meninas tenham acesso direto a recursos quando conveniente. Ao mesmo tempo, trabalhe com beneficiários de redes de segurança para encontrar formas de transição para atividades de geração de renda 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 de sustentabilidade e proteção social.

Pagamentos: faça uma análise de mercado antes de implementar algum programa de trabalho pago. 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 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 renda familiar que atenda às necessidades básicas como escola, cuidados de saúde e obrigações sociais. Decida caso a caso sobre o tipo e o nível de pagamento. Faça um monitoramento para assegurar que todas as mulheres e 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 renda. Novas atividades de geração de renda devem melhorar em vez de substituir as várias fontes de renda existentes. O pagamento não deve ter um impacto negativo sobre os mercados de trabalho locais, por exemplo, causando inflação de salários, desviando o trabalho de outras atividades ou debilitando serviços públicos essenciais.

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 alimento 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 aquele alimento. Algumas mercadorias (como óleo) são mais fáceis de vender por um bom preço do que outras (como comida misturada). Desenvolva um entendimento das vendas e compras domiciliares de alimento ao avaliar o impacto mais amplo de programas de distribuição de alimentos.

Segurança no trabalho: use procedimentos práticos para minimizar riscos à saúde pública ou para tratar de lesões. Por exemplo, ofereça treinamento, roupa de proteção e kits de primeiros socorros quando necessário. Reduza o quanto possível o risco de exposição a doenças transmissíveis e ao HIV. Estabeleça rotas seguras de acesso aos locais de trabalho, munindo os trabalhadores de tochas onde caminho não seja bem iluminado. Use sinos, apitos e rádios para avisar sobre 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 acessar os sistemas de alerta precoce. Devem-se proteger igualmente mulheres e meninas e atuar contra quaisquer normas discriminatórias no local de trabalho.

Administrando deveres de família e do lar: fale regularmente com as pessoas afetadas, inclusive com mulheres e homens separadamente, para conhecer suas preferências e prioridades em relação à geração de renda, às oportunidades de



trabalho remunerado, e outras necessidades da família e do lar. Discuta sobre a carga de trabalho e qualquer tensão no ambiente familiar que tenha sido intensificada devido a alterações nos papéis tradicionais de gênero e no maior controle das mulheres sobre os bens.

Os horários das atividades do trabalho pago 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 demandas irracionais que competem pelo tempo das pessoas. Os programas não devem desviar recursos domésticos das atividades produtivas existentes, tampouco devem afetar negativamente o acesso a outros empregos ou aos estudos. A participação na geração de renda 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 participando do programa, recomenda-se a disponibilização de instalações de cuidados infantis, com financiamento adequado, nos locais de trabalho.

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 alimento e de trabalho remunerado. Ainda que temporárias, essas atividades aumentarão o envolvimento das pessoas com 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 empregatício 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 geradora de renda e proporcione a correspondente formação profissional. Capacite as pessoas e incentive a compostagem do lixo biodegradável para seu uso como adubo.

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, pequenos e médios empreendimentos. Incubadoras de negócios e tecnologia podem proporcionar capital financeiro e oportunidades para a transferência de conhecimento; ➤ *ver Minimum Economic Recovery Standards (MERS).*

Apêndice 1

Lista de verificação para avaliação da segurança alimentar e de meios de subsistência

As análises de segurança alimentar costumam classificar as pessoas afetadas em grupos de meios de subsistência, segundo suas fontes de renda ou alimentação e 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. Use “anos normais” como uma base de referência. Considere os papéis e as vulnerabilidades específicas de mulheres e homens e as suas implicações na segurança alimentar doméstica.

As perguntas da lista de verificação a seguir cobrem as áreas gerais a serem consideradas em uma análise da segurança alimentar.

Segurança alimentar de grupos de meio de subsistência

- Existem grupos na população que compartilham as mesmas estratégias de subsistência? Como eles podem ser classificados segundo as suas principais fontes de alimentação ou de renda?

Segurança alimentar antes da crise (base de referência)

- Como os diferentes grupos de meios de subsistência obtinham alimentos ou renda antes da crise? Durante um ano normal do passado recente, quais eram as suas fontes de alimento e de renda?
- Como essas diferentes fontes de alimento e de renda 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 renda suficiente por meios não nocivos, de modo a suprir suas necessidades básicas? Leve em consideração alimentação, educação, saúde, sabão e outros artigos domésticos, vestuário, e insumos para produção, tais como sementes e ferramentas. (As duas últimas perguntas indicarão se havia problemas crônicos. Os problemas já existentes podem piorar em uma crise. A resposta apropriada dependerá da natureza crônica ou aguda do problema).
- Fazendo uma retrospectiva dos últimos cinco ou dez anos, como a segurança alimentar variou de um ano para 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, estoques 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 item?
- Quem na família é responsável pela administração do dinheiro e em que o dinheiro é gasto?
- Quão acessível é o mercado mais próximo para se obterem bens essenciais? Leve em conta fatores como distância, segurança, facilidade de movimento, disponibilidade e acessibilidade às informações, ao mercados e ao transporte.
- Qual é a disponibilidade e o preço dos bens essenciais, inclusive de 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 renda (cultivos e criação de animais, salários, etc.)?

Segurança alimentar durante a crise

- Como a crise afetou as diferentes fontes de alimento e de renda para cada grupo de subsistência identificado?
- Como isso afetou os padrões sazonais comuns da segurança alimentar para os diferentes grupos?
- Como isso afetou o acesso a prestadores de serviços financeiros, os mercados, a disponibilidade dos mercados e os preços de bens essenciais?
- Para os diferentes grupos de meios de subsistência, quais são as diferentes estratégias de enfrentamento da crise e qual a proporção de pessoas envolvidas nelas? Como isso mudou em relação à situação anterior à crise?
- Qual é o grupo ou a população mais afetada?
- Quais são os efeitos de curto e médio prazo das estratégias de enfrentamento nas finanças e em 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 em sua saúde, bem-estar geral e dignidade? Há riscos associados às estratégias de enfrentamento?

Apêndice 2

Lista de verificação para avaliação da segurança de sementes

A seguir apresentam-se exemplos de perguntas para uma análise da segurança de sementes. As avaliações da segurança de sementes devem levar em consideração a legislação nacional sobre variedades híbridas e geneticamente modificadas.

Segurança das sementes antes da crise (base de referência)

- Que cultivos dos agricultores são os mais importantes? Para que eles os usam? Para consumo, renda ou ambos? Esses cultivos são realizados a cada estação? Que outros cultivos podem se tornar importantes em tempos difíceis?
- Como os agricultores normalmente conseguem sementes ou outros materiais de plantio para essas lavouras? Leve em consideração todos os canais.
- Quais são os parâmetros de semeadura para cada um dos cultivos mais importantes? Qual é a área média plantada? Quais são as taxas de semeadura? 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 gerenciar os cultivos e escoar os produtos em diferentes estágios da produção e pós-produção?

Segurança das sementes após uma crise

- É viável uma intervenção relacionada à agricultura do ponto de vista das pessoas que estão recebendo assistência?
- Quais os cultivos mais atingidos pela crise? O foco deveria estar neles? Por que ou por que não?
- Os agricultores estão confiantes de que a situação agora 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 demanda por sementes: estoques domésticos

- As quantidades de sementes da produção doméstica disponíveis para a semeadura são adequadas? Isso inclui tanto sementes de uma colheita do próprio agricultor como sementes eventualmente disponíveis através das redes sociais (por exemplo, vizinhos).

- Este é um produto que os agricultores ainda querem plantar? Está adaptado às condições locais? Ainda há demanda por ele?
- 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 demanda por sementes: mercados locais

- Os mercados, em geral, estão funcionando apesar da crise (os dias de mercado estão 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 condições normais na mesma época 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 aos preços do mesmo período em anos anteriores? Se houver um diferencial de preço, é provável que sua magnitude venha a ser um problema para os agricultores?

Análise do suprimento e da demanda por sementes: setor formal

- Os produtos e variedades em oferta do setor formal estão adaptados às zonas especificamente atingidas? Há evidência de que os agricultores vão usá-los?
- As sementes disponíveis no setor formal atendem à demanda desencadeada pela crise? Se não, a que proporção das necessidades dos agricultores elas atenderão?

Apêndice 3

Lista de verificação para avaliação nutricional

A seguir apresentam-se exemplos de perguntas para avaliações que examinam as causas subjacentes à subnutrição, o nível de risco nutricional e as possibilidades de resposta. As perguntas se baseiam no arcabouço conceitual 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 de subnutrição

Qual é o risco de subnutrição relacionado à redução do acesso a alimentos?

⊕ Ver Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação da segurança alimentar e de meios de subsistência.

Qual é o risco de subnutrição relacionado às práticas de alimentação e de cuidados de bebês e de crianças pequenas?

- Há alguma mudança nos padrões sociais e laborais (devido a fatores como migração, deslocamento ou conflito armado) que afetam os papéis e responsabilidades na família?
- Há 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 a cuidadores secundários, à alimentação ou à água?
- Há bebês não amamentados? Há bebês alimentados artificialmente?
- Houve alguma evidência ou suspeita de declínio nas práticas de alimentação de bebês 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 bebês não amamentados?
- Os suplementos alimentares seguros, nutricionalmente adequados, apropriados para a idade e os meios de prepará-los são acessíveis do ponto de vista higiênico?
- Há alguma prova ou suspeita de distribuição geral de substitutos do leite materno, como fórmula infantil, outros produtos lácteos, mamadeiras e bicos, doados ou comprados?

- Em comunidades pastorais, os rebanhos têm estado afastados das crianças pequenas por muito tempo? O acesso ao leite mudou em relação ao seu nível normal?
- O HIV 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 sua composição energética e seu conteúdo de micronutrientes. Estude a aceitabilidade dos produtos alimentícios (palatabilidade, mastigabilidade e digestibilidade).

Qual é o risco de subnutrição relacionada à saúde pública precária?

- Há relatórios de surtos de doenças como sarampo ou doença diarreica aguda que podem afetar a situação nutricional? Há risco de esses surtos ocorrerem?  *Ver Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.1 de 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 infecção respiratória aguda ou as necessidades de energia das pessoas atingidas?
- Há uma alta prevalência de HIV?
- Há 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 diabetes, artrite, doenças cardiovasculares e 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 canalizadas?

- Que capacidade têm o Ministério da Saúde, as organizações religiosas, os grupos de apoio comunitários, os grupos de apoio à amamentação ou as ONGs de estarem presentes por um prazo curto ou longo na área?
- Que intervenções nutricionais ou apoio comunitário já estavam em vigor e eram organizados pelas comunidades locais, indivíduos, ONGs, organizações governamentais, agências da ONU ou organizações religiosas? Quais são as políticas nutricionais (passadas, em andamento ou caducas), as respostas nutricionais planejadas a longo prazo e que programas estão sendo implementados ou planejados em resposta à situação atual?

Apêndice 4

Medindo a desnutrição aguda

Em emergências nutricionais importantes, pode-se tornar necessário incluir os bebês 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.

Bebês menores de 6 meses

Embora haja 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 bebês que aquelas estabelecidas para crianças mais velhas, entre 6 e 59 meses de idade (exceto no que tange à circunferência do braço no ponto médio, que atualmente não é recomendada para bebês menores de 6 meses). Os critérios de admissão focam no tamanho real e não na avaliação do crescimento.

A mudança das referências de crescimento do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde dos Estados Unidos (NCHS, sigla em inglês) para os padrões de crescimento da Organização Mundial de Saúde de 2006 resulta em mais casos de bebês menores de 6 meses registrados como emaciados. Em consequência disso, é possível que mais bebês apresentem-se 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 bebê — a taxa de crescimento é boa, apesar do tamanho do corpo ser pequeno (alguns bebês podem estar recuperando o “comprimento perdido” após um baixo peso ao nascer)?
- Práticas de alimentação dos bebês — o bebê está sendo alimentado exclusivamente por leite materno?
- Situação clínica — o bebê 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? A internação em programas de alimentação terapêutica deve ser uma prioridade para bebês de alto risco.

Crianças na faixa etária de 6 a 59 meses

A tabela a seguir mostra os parâmetros comumente utilizados para a desnutrição aguda entre crianças na faixa etária de 6 a 59 meses. Calcule os índices peso por altura usando os padrões de crescimento infantil da Organização Mundial de Saúde de 2006. O escore 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. A

circunferência do braço em seu ponto médio (CBPM) é um critério independente para desnutrição aguda e é um dos fatores mais precisos de previsão de mortalidade. A prevalência de uma CBPM baixa é também usada para prever a quantidade de casos para os programas de alimentação suplementar e de cuidados terapêuticos. Os parâmetros comumente usados são <11,5 cm para desnutrição aguda grave e 11,5 a 12,5 cm para desnutrição aguda moderada. A CBPM também é frequentemente usada com um parâmetro mais alto como parte do processo de triagem em duas etapas. Ela não deve ser utilizada sozinha em pesquisas antropométricas, embora possa ser utilizada como o único critério de admissão em programas de alimentação.

Escore Z de P/A <-2 e/ou CBPM <12,5cm e/ou edema nutricional	Escore Z de P/A - 3 a -2 e/ou CBPM 11,5 a 12,5 cm	Escore Z de P/A <-3 e/ou CBPM <11,5cm e/ou edema nutricional
CBPM <21cm	CBPM 18,5 a 21,0cm	CBPM 18,5cm
CBPM <23cm (pode ser <210mm em certos contextos)	CBPM 18,5 a 22,9cm	CBPM <18,5cm
IMC <18,5	IMC 16 a 18,5	IMC <16

Crianças e jovens na faixa etária de 5 a 19 anos

Use os padrões de crescimento da Organização Mundial de Saúde de 2007 para determinar a situação nutricional de crianças e de jovens de 5 a 19 anos. Essas curvas de dados de referência do crescimento alinham-se perfeitamente aos padrões de crescimento infantil da OMS para crianças de 6 a 59 meses e aos pontos de cortes recomendados para adultos. Cogite a utilização da circunferência do braço no ponto médio (CBPM) em crianças mais velhas e adolescentes, especificamente no contexto de HIV. Como esta é uma área técnica em desenvolvimento, é importante consultar as orientações e atualizações técnicas mais recentes.

Adultos (de 20 a 59 anos)

Não há nenhuma definição consensual de desnutrição aguda em adultos, mas as evidências sugerem que o ponto de corte 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 de adultos devem visar à coleta de dados de peso, altura e altura sentado, e medidas da circunferência do braço no ponto médio (CBPM). 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 de CBPM devem ser feitas sempre. Se são necessários resultados imediatos ou se os recursos são muito limitados, as pesquisas podem ter por base apenas em medições de CBPM.

A falta de dados de resultados funcionais validados e de referências comparativas complica a interpretação dos resultados antropométricos. Use informações contextuais detalhadas ao interpretá-los. Para orientações sobre avaliação, [⊕ ver Referências e leitura complementar](#).

Ao triar indivíduos para admissão a cuidados nutricionais e para alta, use uma combinação de índices antropométricos, sinais clínicos (particularmente fraqueza e perda recente de peso) e fatores sociais (como acesso a alimentos, presença de cuidadores, alojamento). Note que um edema em adultos pode ser causado por outros fatores que não sejam a desnutrição, e os médicos devem investigá-lo para excluir outras causas. Cada organização humanitária deve decidir qual indicador usar para determinar a elegibilidade para o atendimento levando em consideração as deficiências conhecidas do IMC, a falta de informação sobre a circunferência do braço no ponto médio (CBPM) 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.

A CBPM pode ser utilizada como uma ferramenta de triagem para as mulheres grávidas — como um critério de ingresso no programa de alimentação, por exemplo. Dadas as suas necessidades nutricionais adicionais, as mulheres grávidas podem estar sujeitas a um risco maior do que outros grupos da população. A CBPM não muda significativamente ao longo da gravidez. Uma CBPM menor que 20,7 cm indica um risco severo de retardo do crescimento fetal, e menor que 23 cm indica um risco moderado. Os pontos de corte sugeridos para risco variam de país para país, mas oscilam de 21 a 23 cm. Considere menos de 21 cm como o ponto de corte apropriado para a seleção de mulheres em risco em situações de emergências.

Idosos

Não há atualmente uma definição consensual da 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 de 60 anos. Contudo, a precisão da mensuração é problemática devido à curvatura espinal e à compressão das vertebbras. A envergadura ou semienvvergadura do braço 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. A CBPM pode ser uma ferramenta útil para medir a desnutrição em idosos; entretanto, 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 da circunferência do braço no ponto médio (CBPM) 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 de altura incluindo a longitude, a envergadura ou semienvergadura do braço 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 de peso, altura e circunferência do braço no ponto médio (CBPM).

Apêndice 5

Medidas da importância da deficiência 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 em nível populacional. Medir e classificar as deficiências de micronutrientes da população é importante para planejar e monitorar as intervenções.

Os testes bioquímicos fornecem uma medida objetiva da situação dos micronutrientes. Contudo, a coleta de amostras biológicas para testes frequentemente apresenta dificuldades logísticas, de formação de pessoal, da cadeia fria e, às vezes, de aceitabilidade. Além disso, as medições bioquímicas não são sempre tão sensíveis e específicas quanto seria necessário. 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 coletada. Um bom controle de qualidade é essencial e deveria sempre ser levado em conta na hora de selecionar um laboratório para testes de amostras.

Na determinação dos níveis de micronutrientes, é preciso considerar tanto a possibilidade de ingestão excessiva quanto da deficiência. 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 seu sistema imunológico e para suas capacidades funcionais.

A tabela seguinte mostra as classificações da importância da deficiência de determinados micronutrientes na saúde pública por meio de diferentes indicadores. Para obter informações sobre testes bioquímicos e parâmetros de saúde pública, consulte a literatura mais recente ou busque orientação especializada.

24 a 71 meses	Leve	$0 \leq 1$
	Moderada	$1 \leq 5$
	Severa	5
6 a 71 meses	Não especificado	>0.5
6 a 71 meses	Não especificado	>0.01
6 a 71 meses	Não especificado	>0.05
6 a 71 meses	Leve	$2 \leq 10$
	Moderada	$10 \leq 20$
	Severa	20
Crianças em idade escolar	Leve	5,0 a 19,9
	Moderada	20,0 a 29,9
	Severa	30,0
Crianças em idade escolar	Ingestão excessiva	>300
	Ingestão adequada	100 a 199
	Deficiência leve	50 a 99
	Deficiência moderada	20 a 49
	Deficiência severa	<20
Mulheres, crianças de 6 a 59 meses	Baixa	5 a 20
	Média	20 a 40
	Alta	40
População inteira	Leve	1 caso e $<1\%$
	Moderada	1 a 4
	Severa	5

População inteira	Leve	5
	Moderada	5 a 19
	Severa	20 a 49
Bebês 2 a 5 meses	Leve	Nenhum aumento nas taxas
	Moderada	Ligeiro pico nas taxas
	Severa	Acentuado pico nas taxas
População inteira ou mulheres >15 anos	Leve	≥ 1 caso e <1%
	Moderada	1 a 4
	Severa	5
População inteira ou mulheres >15 anos	Leve	5 a 19
	Moderada	20 a 49
	Severa	50
População inteira	Leve	1 caso e <1%
	Moderada	1 a 4
	Severa	5

Apêndice 6

Necessidades nutricionais

Utilize a seguinte tabela para fazer o planejamento no estágio inicial de uma crise. As necessidades mínimas de nutrientes indicadas na tabela devem ser usadas para avaliar as rações genéricas. Não objetivam avaliar a adequação de rações suplementares ou terapêuticas ou avaliar porções para grupos específicos de pessoas, como indivíduos que sofrem de tuberculose ou pessoas com HIV.

2.100kcal
53g (10% da energia total)
40g (17% da energia total)
550µg equivalentes da atividade de retinol (prontos para ingerir)
6,1µg
8,0mg equivalentes de alfa tocoferol
48,2µg
1,1mg
1,1mg
13,8mg equivalentes de niacina
1,2mg
2,2µg
363µg equivalentes dietéticos de folato (DFE)
4,6mg
41,6mg
32mg
138µg
12,4mg
1,1mg
27,6µg
989mg
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 em OMS (WHO, 1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health*.

Essas necessidades mínimas da 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. Elas estão baseadas em um suposto perfil demográfico, em suposições sobre a

temperatura ambiente e nos níveis de atividades das pessoas. Elas também levam em consideração as necessidades adicionais das mulheres grávidas e lactantes.

Essas necessidades são expressas como ingestões referenciais de nutrientes (RNI) para todos os nutrientes, exceto energia e cobre.

Atualizações e outras pesquisas sobre macro e micronutrientes estão disponíveis nos sites da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e da OMS.

Ajuste as necessidades de energia da população (para cima ou para baixo) conforme o que segue:

- a estrutura demográfica da população, em particular a porcentagem dos menores de 5 anos, a porcentagem 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 ambiente e as capacidades de alojamento e de roupas (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 seu crescimento. A prevalência do HIV pode afetar a necessidade média da população. Ajuste as rações genéricas para atender a essas necessidades com base em uma análise do contexto e nas atuais recomendações internacionais).

Para obter orientação sobre 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 estimativas, use as cifras da tabela anterior como necessidades mínimas.

Para compreender a estrutura da população desagregada por sexo, idade e outros critérios conforme a necessidade, use 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.odi.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>

Marco 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 de bebês e de 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 de bebês e de 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 de bebês e de 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.enonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2020. www.enonline.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.enonline.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.ennonline.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-cicumstances_-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>

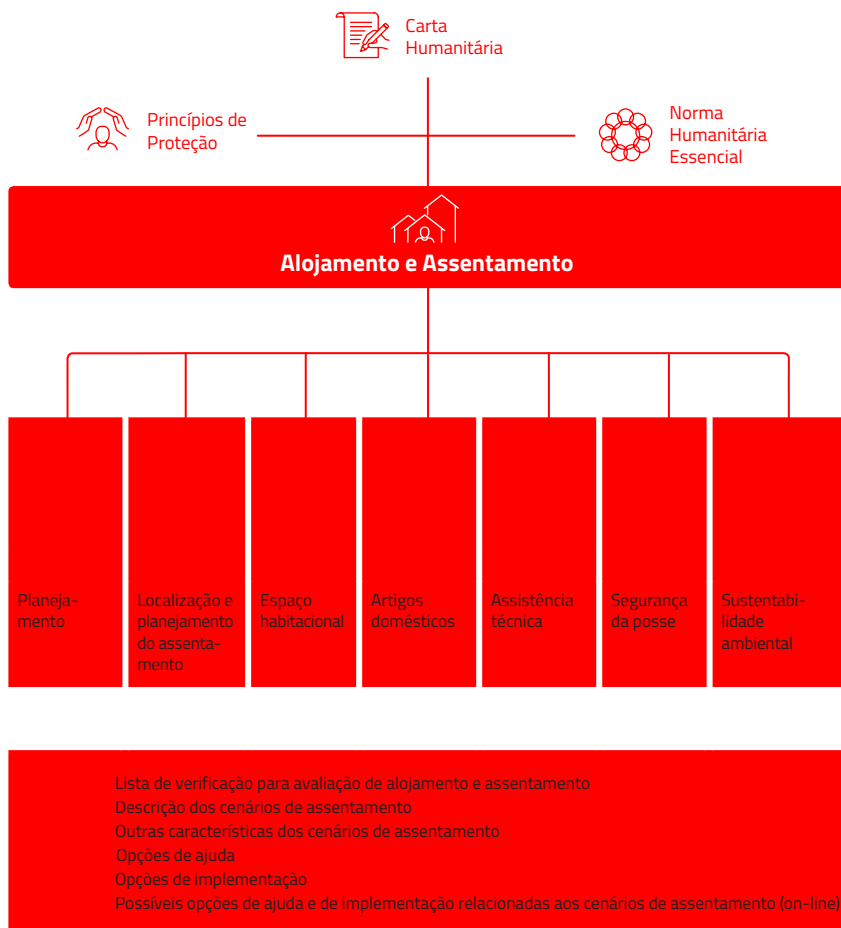
Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999. https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_NHD_99.11/en/

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



Sumário

Conceitos essenciais relativos a alojamento e assentamento	254
Normas de alojamento e assentamento	
1. Planejamento	260
2. Localização e planejamento 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 relacionas aos cenários de assentamento (on-line)	
Referências e leitura complementar	303



Conceitos essenciais relativos a alojamento e assentamento

Todos têm direito a moradia adequada

As Normas Mínimas Esfera para Alojamento e Assentamento são uma expressão prática do direito a moradia adequada em contextos humanitários. As normas estão baseadas nas crenças, princípios, deveres e prerrogativas mais amplas declaradas na Carta Humanitária. Isso inclui o direito a viver com dignidade, o direito à proteção e segurança e o direito de receber ajuda humanitária conforme a necessidade.

Para uma lista dos documentos-chave jurídicos e de políticas que informam a Carta Humanitária com comentários explicativos para os agentes 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 itens necessários para apoiar as atividades diárias. “Assentamento” é o local mais amplo onde vivem as pessoas e a comunidade.

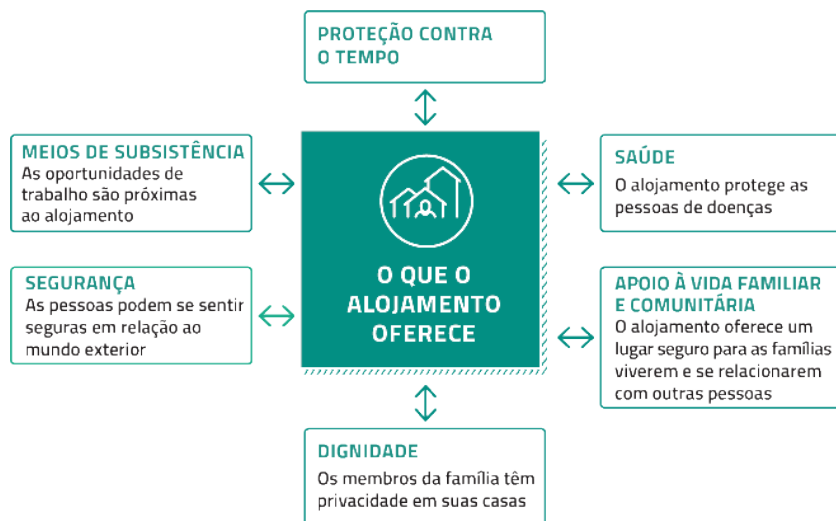
As respostas de alojamento e assentamento buscam propiciar um ambiente habitacional seguro

O apoio a alojamento e assentamento propiciado em tempo hábil pode salvar vidas nos estágios 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 alojamentos e assentamentos assim como o planejamento da vizinhança e das comunidades onde os alojamentos estão situados são importantes para respaldar a dignidade e a recuperação das pessoas afetadas por uma crise.

Quanto à ajuda de alojamento e assentamento, a ação deveria apoiar e aproveitar os pontos fortes existentes nas famílias, nas comunidades, na sociedade civil e no governo afetado. Isso aumentaria a possibilidade de desenvolver estratégias locais que promovam autossuficiência e autogestão por parte das pessoas afetadas. A sensação de segurança, coesão comunitária e social são essenciais para iniciar o processo de recuperação.

As opções de resposta de alojamento e assentamento não estão limitadas ao fornecimento de maquinários 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 emergencial adequado. Os programas de alojamento devem auxiliar as famílias no atendimento a essas 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 importante sempre respeitar as estruturas comunitárias existentes e promover a coesão social.

Cada família e cada comunidade irá demandar diferentes níveis e tipos de apoio. A segurança da posse e a adequada documentação relativa ao estado civil são requisitos básicos para acessar um alojamento seguro. No entanto, em contextos de conflito ou onde há questões não resolvidas relacionadas à posse de terras, o apoio ao alojamento pode ser particularmente complexo; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 6: Segurança da posse.*

No planejamento 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 de acolhida vizinha. 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 ineficientes 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 expertise específica

Pode ser complicado prestar assistência a pessoas em áreas urbanas devido à alta densidade populacional, à necessidade de infraestrutura, 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 arranjos complexos de arrendamento envolvendo vários proprietários, locatários e ocupantes informais.

Trabalhar em contextos urbanos requer experiência técnica em planejamento e design urbano, além de conhecimento dos direitos, regulamentações, leis e políticas relacionadas à habitação, terra e 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 em 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 Prestação de ajuda através de mercados.*

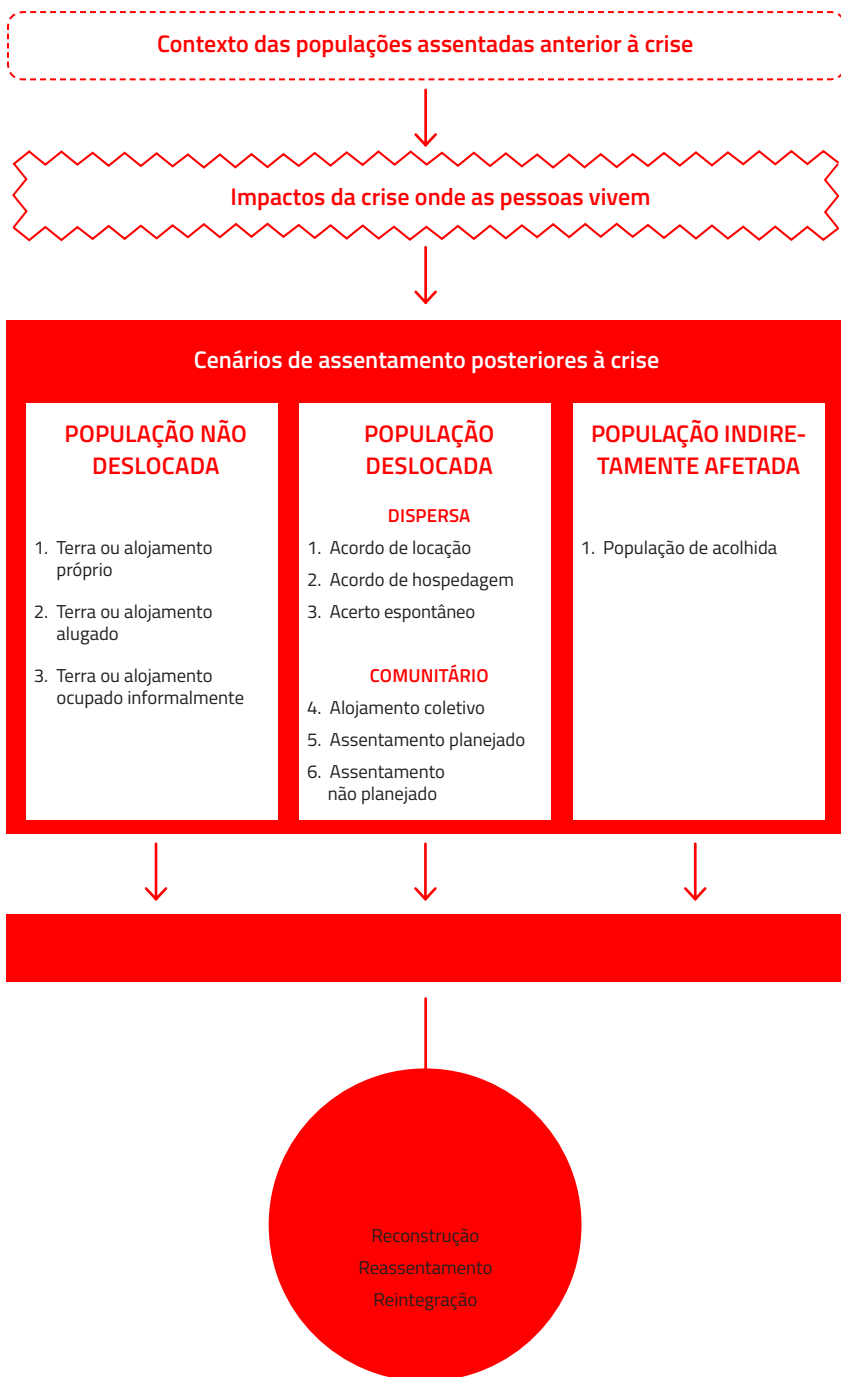
É preciso considerar vários cenários de assentamento posteriores à crise

Onde e como as pessoas afetadas encontram alojamento dependerá de sua possibilidade de permanecer no local ou da necessidade de se mudarem. O primeiro passo para se planejar 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 seguinte.*

Se as condições permitirem, as pessoas podem escolher permanecer em seus locais de origem como ocupantes-proprietários, ou em acomodações ou terras arrendadas ou informalmente ocupadas. O apoio às famílias não deslocadas pode incluir reparos ou a reconstrução das moradias existentes.

As populações deslocadas podem se dispersar por outros locais dentro do país de residência ou através de fronteiras internacionais. Em tais situações, elas provavelmente alugarão uma acomodação, se estabelecerão por si mesmas ou serão hospedadas por outros. Algumas famílias deslocadas podem preferir se reunir em alojamentos coletivos ou em um assentamento planejado, ou se abrigar em um assentamento não planejado.

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 pós-crise (Figura 9)

formas como prestar ajuda. Ela deve contribuir para uma crescente recuperação, buscando 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 a moradia adequada e contribuem para a progressiva concretização deste direito em nível mundial.

O direito a moradia adequada está vinculado aos direitos a água e saneamento, alimento e saúde. O progresso no cumprimento das Normas Mínimas Esfera em uma área influencia o progresso em outras. Para uma resposta ser eficaz, é necessária 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 devem trabalhar com o governo para elevá-las progressivamente.

O Direito Internacional protege especificamente o direito a alojamento adequado

O direito a ter acesso a uma moradia adequada é protegido pelo Direito Internacional. É o direito a viver em um 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. Ele 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 moradia adequada; ⊕ *ver Anexo 1: Fundamentos Jurídicos da Esfera.*

O conceito de “adequação” significa que uma moradia é mais do que quatro paredes e um teto. Ele ressalta a importância de incluir um olhar sobre o assentamento, a identidade cultural e a disponibilidade de serviços em uma resposta de alojamento. Uma moradia “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; e
- 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 recuperar da crise por si mesmos; ⊕ *ver Princípio de Proteção 2.*

Algumas pessoas podem ter dificuldades de acessar ajuda relacionada a 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-teto ou sem-terra, e outros privados de liberdades civis e de acesso à rede de serviços públicos e de segurança social); e
- **Pessoas que enfrentam riscos específicos à proteção e grupos sujeitos a risco de discriminação e de exclusão social** devidos a:
 - sua etnia, nacionalidade, casta, grupo indígena ou afiliação religiosa ou política;
 - sua situação de posse, condição de deslocado, condição de assentado ou de locatário informal;
 - localização das habitações que são de difícil acesso, estão em áreas perigosas ou inseguras, em assentamentos urbanos ou informais; e
 - sua vulnerabilidade e condição social; ⊕ *ver O que é a Esfera e Princípios de Proteção.*

Os trabalhadores humanitários devem receber formação em proteção infantil e saber como usar os sistemas de encaminhamento em casos de suspeita de violência, abuso e exploração, inclusive de crianças.

Ao aplicarem-se 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 nos 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.

As intervenções de alojamento e assentamento são bem planejadas e coordenadas para contribuir com a segurança e bem-estar das pessoas afetadas e promover 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 pré-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 ocupáveis nos mercados locais de locação de moradias 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 velocidade 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 suas necessidades e prioridades e contribui para uma solução mais duradoura

Notas de orientação

Avaliação: durante a avaliação, revise as mudanças ocorridas nas condições de alojamento e assentamento após a crise e, desde o início, inclua possíveis riscos à proteção, entre eles as percepções da comunidade de acolhida, os riscos associados ao acesso ao assentamento, ao 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, econômicas 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*.

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 localização, tipo de moradia (inclusive técnicas locais de construção), posse e contexto de mercado, além do regime jurídico. Priorize apoio para o retorno das pessoas às suas moradias originais (ou ao local de sua moradia), sempre que possível. Ajude aqueles que estão incapacitados de retornar 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 do tempo 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 sua resiliência diante de crises futuras.

Considere diferentes formas de atender às opções escolhidas incluindo uma combinação das que seguem:

- ajuda financeira;
- ajuda material em espécie;
- contratação de obras/mão de obra comissionada;
- assistência técnica/suporte para a garantia de qualidade; e
- capacitação.

Revise e ajuste a combinação de opções ao longo do tempo, à medida que a situação vá se modificando.

Pessoas deslocadas: além de terem necessidades imediatas de alojamento, as pessoas deslocadas também precisam de apoio específico para tomar decisões e



ser informadas sobre as soluções de alojamento disponíveis para elas. 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 em 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 for demorar muito ou se as pessoas não estiverem seguras, avalie opções temporárias como ajuda de uma família de acolhida, assistência financeira para aluguel, ou alojamento temporário ou de transição. Se a crise alterou o ambiente de segurança e proteção, pode ser necessário realocar as pessoas.

As comunidades de acolhida também sofrem as consequências de uma crise, pois compartilham seu espaço público e privado. Isso inclui o compartilhamento de serviços como os centros de saúde e escolas ou a atuação como família de acolhida. Pode haver concorrência real ou percebida com as pessoas deslocadas em relação a empregos, serviços, infraestrutura e recursos. As soluções precisam levar em conta um apoio equitativo e seletivo que não crie riscos ou ameaças adicionais na comunidade; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1*.

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 para embasar a escolha entre as opções de alojamento e também para captar informações sobre aluguel e outros serviços relacionados a assentamentos; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados, Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) e Minimum Economic Recovery Standards (MERS)*.

Remoção de destroços: inicie o gerenciamento de destroços imediatamente após a crise. Os destroços podem ser reutilizados, reciclados ou identificados para separação, coleta e/ou tratamento. Podem oferecer oportunidades para desenvolver programas de trabalho remunerado. As questões-chave a considerar incluem a presença de cadáveres, locais estruturalmente perigosos e materiais insalubres. A remoção de destroços pode exigir perícia e equipamentos especializados; portanto, deve ser planejada com outros especialistas do setor; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental, Normas de Saúde e Normas WASH*.

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 cultivo e pastagem, o acesso a mercados e a outras oportunidades de emprego podem afetar o lugar onde as pessoas escolhem viver, mesmo 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)*.

Retorno: o retorno às suas próprias terras e moradias 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 consertar suas moradias ou de melhorar seu

alojamento. O retorno pode facilitar as estratégias comunitárias de enfrentamento e manter os padrões de assentamento e de infraestrutura estabelecidos. O reparo ou a reconstrução da infraestrutura comunitária, como escolas, sistemas de abastecimento de água, clínicas ou mercados também é importante para possibilitar que as pessoas deslocadas retornem. Algumas circunstâncias podem impedir ou atrasar o retorno, tais como preocupações com a segurança, ocupação das propriedades e terras por forças armadas, conflitos violentos e continuados, tensão étnica ou religiosa, medo de perseguição ou a existência de minas terrestres e de munição não detonada. Uma legislação inadequada ou discriminatória sobre terras e propriedade ou práticas tradicionais podem impedir que as famílias chefiadas por mulheres, as pessoas que se tornaram viúvas ou órfãs durante a crise, ou as pessoas com deficiência retornem. O fato de as populações deslocadas não terem capacidade de realizar atividades de reconstrução também pode desestimular ou impedir o retorno delas.



2. Localização e planejamento do assentamento

A localização e o planejamento 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.

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 planejamento 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 quais serviços essenciais podem precisar de expansão ou desenvolvimento.
- 2 Envolver as diversas partes intervenientes, inclusive grupos que fazem parte da população atingida, na seleção do local e no planejamento do assentamento.
 - Identificar os fatores que possam afetar a localização ou o layout do lugar escolhido, considerando sexo, idade, deficiência, identidade étnica ou linguística e os papéis e responsabilidades de gênero.
 - Em contextos urbanos, trabalhar com um enfoque geograficamente definido, baseado em zonas para melhor compreender a dinâmica da comunidade.
- 3 Assegurar que a população atingida tenha acesso a serviços e a instalações essenciais, inclusive a oportunidades de subsistência.
 - Trabalhar com outros setores para estabelecer uma distância aceitável e disponibilizar traslado ou transporte seguro aos serviços e às instalações essenciais.
 - Coordenar-se com os prestadores de serviços para priorizar e fornecer serviços essenciais e oportunidades de trabalho pela subsistência quando ainda não estejam disponíveis.

- 4 Planejar o uso da terra para que haja espaço suficiente para todas as funções, acessibilidade a todos os alojamentos e serviços e medidas de segurança adequadas em todo o assentamento.
 - Incluir o planejamento de recursos compartilhados, como instalações de água e saneamento, cozinha comunitária, espaços destinados às crianças, áreas de reunião, espaços para práticas religiosas e pontos de distribuição de alimentos.
 - Assegurar que a localização de serviços essenciais dentro dos assentamentos siga as normas de segurança, proteção e dignidade.
- 5 Incluir o planejamento de 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 moradia e de serviços sejam mantidas livres de água parada e que os drenos de águas pluviais sejam mantidos limpos.
 - Prever e gerenciar os focos de reprodução de vetores de doenças.

Indicadores-chave

Porcentagem de locais de alojamentos e/ou assentamentos localizados em áreas sem ou com mínimas ameaças, riscos e perigos conhecidos, naturais ou provocados pelo ser humano

Porcentagem de alojamentos e/ou assentamentos com acesso seguro a serviços essenciais em um período de tempo ou distância aceitáveis

Porcentagem de pessoas que recebem ajuda de assentamento e sentem-se seguras quanto à localização de seu alojamento ou assentamento

Porcentagem 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 planejada 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

Processos e princípios de planejamento: os governos ou as autoridades locais muitas vezes introduzem novas políticas quanto a áreas onde não se deve construir, áreas seguras ou áreas-tampão após uma crise. Defenda a realização de um planejamento com informações dos riscos e das opções de ajuda adequadas. O fato de estar proibida a construção em determinada área não significa que não se possa prestar assistência, e, portanto, não se deveriam postergar 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.*

Obtenha a participação das pessoas afetadas no cálculo e na organização do espaço com a finalidade de apoiar as práticas sociais e culturais existentes. Envolver as mulheres e outros grupos de risco no desenho e na implementação do planejamento de alojamento e assentamento.

Serviços essenciais e instalações: as pessoas que retornam às suas casas originais e aquelas 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 suas fontes de calor) ⊕ *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 serviço de saúde;*
- descarte 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 enterros e rituais correspondentes culturalmente aceitos; e
- espaço para a acomodação dos animais (com a devida separação em relação aos espaços de moradia); ⊕ *ver Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).*

Planejamento do local para assentamento temporário: o layout do local deve se basear nos princípios de um projeto urbano e de planejamento de cidades, com componentes de conexão tais como pontos de acesso, cruzamentos e espaços públicos. Esses componentes, informados por fatores físicos, sociais, ambientais e econômicos, constituem o plano espacial do novo assentamento. O planejamento 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 sua vulnerabilidade. Agrupe famílias, famílias estendidas 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.

Área de superfície de assentamentos planejados ou autoestabelecidos: para assentamentos planejados, 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 alimento, mercados, armazenamento e pequenas hortas familiares (excluindo a atividade agrícola ou pecuária significativa). Quando os serviços comunitários podem ser oferecidos por instalações existentes ou adicionais, à parte do assentamento planejado, a área de superfície mínima deve ser de 30 m² por pessoa. Se a área mínima não puder ser oferecida, tome medidas ativas para lidar com as consequências de uma ocupação de maior densidade. O planejamento do assentamento também deve levar em conta as mudanças na população.

Ao atuar em áreas urbanas, utilize os serviços e as moradias disponíveis. Garanta a adequada separação e privacidade entre as famílias e reserve espaço para as instalações necessárias.

Tamanho das parcelas em relação aos alojamentos: recomenda-se a proporção entre a metragem do alojamento e o tamanho da parcela de 1:2, ou preferivelmente 1:3, para permitir espaço suficiente para que os residentes realizem 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 de espaço.

Drenagem de 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 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 em região de enchentes; isso pode comprometer a segurança, principalmente em espaços congestionados ou confinados. A entrada e a estagnação de água nos espaços de moradia das pessoas representa uma ameaça geral à saúde, à dignidade e ao bem-estar.

Proteja os banheiros e esgotos de inundações para evitar danos estruturais e vazamentos. A principal ameaça à saúde pública associada à má drenagem é o aumento da exposição a doenças diarreicas por contato com a água contaminada.

A água não controlada também pode danificar outras estruturas, moradias e pertences; pode limitar as oportunidades de trabalhar pela subsistência e causar estresse. A má drenagem também propicia condições favoráveis à reprodução de vetores; ⊕ ver WASH – Normas 4.1 e 4.2 de Controle de vetores.

Acesso: considere as condições das estradas locais e a proximidade a terminais de transporte para fornecimento de ajuda e outros bens. A prestação de socorro 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 aos caminhões pesados a partir de estradas utilizáveis em diferentes condições climáticas. Outras instalações devem ser acessíveis a veículos leves. Ofereça estradas e caminhos seguros dentro



dos assentamentos e acesso a todas as residências e instalações comunitárias em qualquer condição climática. Leve em consideração as necessidades das pessoas que enfrentam dificuldade de mobilidade ou de acesso.

Segurança contra incêndio: o planejamento do local deve se basear em avaliações do 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 de no mínimo 2 m; o ideal é que corresponda ao dobro da altura da construção para evitar que as estruturas em colapso toquem as construções adjacentes.

Leve em conta as práticas locais de cozimento e aquecimento (tais como o tipo de fogão e a localização preferida). Cogite oferecer fogões seguros, equipamentos de segurança contra incêndio e capacitação para os 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 difícil acesso) sobre planos de prevenção, gerenciamento e evacuação em caso de incêndio.

Redução da criminalidade: o desenho do assentamento pode contribuir para reduzir a criminalidade e a violência de gênero. Leve em consideração a localização e a acessibilidade dos alojamentos, as construções e instalações, a iluminação noturna, a distância do banheiro e da área de banho ao alojamento e a vigilância passiva por meio de linhas de visibilidade. Os edifícios usados como centros coletivos devem ter rotas de fuga alternativas.

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 munição não detonada de conflitos anteriores ou atuais, ou consequências de mudanças demográficas.

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 por crises deve ser avaliada por especialistas. Considere as ameaças concretas ou potenciais à segurança ou à saúde.

Apoio para obter meios de subsistência: considere as atividades econômicas pré-desastre e as oportunidades potenciais de meios de subsistência no contexto pós-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*.

Operação e manutenção: crie um plano de operação 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 planejamento, estão a participação da comunidade, o estabelecimento de grupos de usuários, a definição de papéis e responsabilidades e a elaboração de um plano de recuperação ou de compartilhamento de custos.

Desativação do assentamento e entrega do local: medidas adequadas de reabilitação ambiental podem melhorar a regeneração natural do meio ambiente dentro e no entorno dos assentamentos temporários. Deve haver um plano de desativação do assentamento desenvolvido, de preferência, no estágio 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. Use 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.

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 telhado básico e paredes para os ocupantes e 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 área que circunda o espaço habitacional permita acesso seguro às atividades essenciais.
 - Incluir espaços adequados para cozinha, banho, lavanderia, 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

Porcentagem da população afetada com espaço habitacional adequado dentro de seus alojamentos e próximo a eles para realizar atividades diárias

- Mínimo de 3,5 m² de espaço habitacional por pessoa, excluindo o espaço para cozinhar, área de banho e instalações de saneamento.
- 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 saneamento.

- Altura interna do chão ao teto de pelo menos 2 m (2,6 m em climas quentes), no ponto mais alto.

Porcentagem de alojamentos que atendem aos padrões técnicos e de desempenho acordados e são culturalmente aceitáveis

Porcentagem de pessoas que estão recebendo ajuda de alojamento e que se sentem seguras nele

Notas de Orientação

O espaço habitacional deve ser adequado para as 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 planejamento do assentamento.*

Convém que o espaço habitacional seja suficiente para os membros da família se reunirem e para o cuidado dos bebês, das crianças e de pessoas doentes ou feridas. Preste atenção à diversidade do uso do espaço de dia e de noite e planeje os locais das janelas, portas e divisórias para maximizar o uso 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, 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. Leve em consideração, com cuidado, 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 avançando em direção ao mínimo tão logo quanto possível para todos.

Quando houver a necessidade de agir rapidamente e salvar vidas, pense em canalizar 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-padrão 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 estender, os cálculos do espaço habitável devem ser revisados. Na fase de recuperação devem se levar 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 aquelas 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.

Práticas culturais, segurança e privacidade: respeite as práticas e os costumes existentes e como eles afetam a necessidade de divisórias (cortinas, paredes). Por exemplo, projete a habitação para adaptar acomodações para dormir a membros da família estendida ou a famílias diferentes em uma mesma moradia.

Em alojamentos coletivos, é possível oferecer privacidade e segurança pessoal estabelecendo-se vias de circulação bem planejadas e iluminadas, com divisórias para resguardar os espaços individuais e familiares.

Em acomodações coletivas, acolha a opção dos grupos afins quanto ao compartilhamento dos espaços. Por exemplo, alguns indivíduos LGBTQI preferem viver com amigos e colegas a viver com suas próprias famílias.

Proteção: certifique-se de que existam múltiplas rotas de saída da residência e de que os espaços internos se abram para áreas públicas. Certifique-se de que a equipe saiba 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 de higiene – Norma 1.3: Higiene menstrual e incontinência*.

Quando as acomodações coletivas temporárias estiverem sendo usadas, tome medidas específicas para impedir a exploração e a violência sexual. Trabalhe com os membros da comunidade para compreender os riscos e lidar com eles, e estabeleça um sistema forte de denúncias, com ações imediatas e verificáveis.

Considerações psicossociais: a distribuição e o desenho dos alojamentos devem incluir áreas habitacionais públicas e abertas que aumentem as opções de socialização.

Em climas quentes e úmidos, projete e oriente os alojamentos de modo a maximizar a ventilação e minimizar a entrada de luz solar direta. Um teto mais alto ajuda a circulação de ar. Um espaço externo coberto anexo ajuda a reduzir a luz solar direta e a proteger da chuva. Cogite 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 a drenagem da água da chuva, com grandes marquises, exceto em locais sujeitos a ventos fortes. O material

de construção do alojamento deve ser leve, com baixa capacidade térmica, como a madeira. Utilize pisos elevados para impedir que a água entre na área coberta; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento 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. Atente para o projeto estrutural de construções pesadas em áreas de risco sísmico. Proporcione lugares sombreados e ventilados sempre que possível e conveniente. Se estiverem disponíveis apenas lâminas de plástico ou barracas, forneça um telhado de duas faces com ventilação entre as camadas para reduzir o ganho de calor radiante. Posicione a abertura das portas e das janelas de forma que fiquem protegidas do vento quente reinante. O revestimento interno do piso deve se alinhar à parede externa sem interstícios para impedir a entrada de poeira e de vetores de doenças.

Em climas frios, é preferível um teto mais baixo para reduzir-se o volume interno que precisa de aquecimento. 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 da fumaça de fogões domésticos, que pode causar infecções respiratórias e problemas oculares. Prefira a ventilação natural sempre que possível.

Controle de vetores: áreas de baixada, detritos e edifícios vazios podem oferecer ambiente favorável à proliferação de vetores que podem representar riscos à 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 por vetores; ⊕ *ver WASH – Controle de vetores – Norma 4.2: Ações domésticas e pessoais para o controle de vetores.*



4. Artigos domésticos

A ajuda com artigos domésticos contribui para a restauração e a manutenção da saúde, da dignidade e da segurança, bem como para a realização das atividades domésticas diárias dentro e no entorno da casa. Esta norma inclui itens 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 itens de higiene.

A assistência por meio da distribuição de artigos domésticos contribui para a restauração e a manutenção da saúde, da dignidade e da segurança, bem como para a realização de atividades domésticas diárias dentro e no entorno da moradia.

Ações-chave

- 1 Avaliar e assegurar o acesso a artigos que permitam às famílias restaurar e manter atividades domésticas essenciais.
 - Considerar as diferentes necessidades segundo fatores como idade, sexo, deficiência, práticas sociais e culturais, e tamanho da família.
 - Priorizar o acesso a itens para atividades domésticas, para vestuário e higiene pessoal, para o suporte à segurança e à saúde.
- 2 Decidir como prestar ajuda relacionada a 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.
 - Levar em consideração questões ambientais relacionadas à forma como os itens são embalados ou entregues.
- 3 Monitorar a disponibilidade, a qualidade e o uso dos artigos domésticos e adaptá-los conforme necessário.
 - Planejar a reposição em caso de deslocamento prolongado.
 - Monitorar 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. Cobertores adicionais ou isolamento do solo são necessários em climas frios.
- 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 família com alças 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 o uso do fogão e a estocagem ou obtenção de combustível

- Estabelecer uma base de referência e medir o progresso até atingir 0.

Notas de orientação

Os artigos domésticos essenciais devem estar disponíveis em quantidade e qualidade suficientes para:

- dormir, ter conforto térmico e roupas pessoais;
- armazenar água, preparar e estocar alimentos, alimentar-se e beber;
- iluminar;
- cozinhar, ferver e aquecer água, inclusive combustível ou energia; ⊕ *ver Segurança alimentar e nutrição – Norma 5: Segurança alimentar geral;*
- possibilitar a higiene, incluídos os artigos para higiene menstrual e incontinência; ⊕ *ver WASH – Promoção de higiene – Normas 1.2 e 1.3;*
- proteger-se contra vetores; por exemplo, mosquiteiros; ⊕ *ver WASH – Controle de vetores – Norma 4.2;* e
- proteger-se contra incêndios e fumaça.

Seleção de artigos domésticos adequados: esses artigos devem ser fornecidos como parte de um plano geral. Ao especificar o tipo, a quantidade e a qualidade deles, priorize aqueles que salvam vidas. Leve em consideração:



- as atividades diárias essenciais em nível individual, familiar e comunitário;
- as normas culturais, a adequação e as tradições;
- a segurança e a facilidade de uso (com mínima necessidade de instrução ou orientação técnica adicional);
- a durabilidade, a taxa de consumo e a necessidade de reposição;
- as atuais condições de vida e organização;
- a disponibilidade local;
- as necessidades específicas segundo a categoria da população afetada, incluindo mulheres, meninas, homens, meninos, bebês, idosos, pessoas com deficiência e outros indivíduos e grupos vulneráveis; e
- o impacto ambiental dos artigos selecionados; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*

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 em uma base não inflamável. Instale uma luva não inflamável ao redor da chaminé onde ela passa do alojamento para o meio 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 bebês.

Conforto térmico 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 tapetes para dormir, os aquecedores e os resfriadores criam as condições adequadas para se viver. Todas as medidas possíveis devem ser tomadas — em nível individual e familiar — para prevenir hipotermia ou insolação.

Fornecimento de combustível e energia a preços acessíveis: combustível e outras fontes de energia são necessários para iluminação, cozimento, conforto térmico e comunicação. Coletar ou pagar por combustível ou energia é um custo recorrente e deve ser devidamente planejado. Promova práticas culinárias eficientes em termos de energia incluindo o uso de fogões que economizam combustível, o preparo da lenha, o gerenciamento do fogo, técnicas de preparo de alimentos e cozimento compartilhado. Consulte as pessoas afetadas pela crise e a comunidade de acolhida sobre a localização e os meios de coleta de combustível para tratar questões de segurança pessoal e de sustentabilidade ambiental.

Luz 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 fazer uso de iluminação artificial sustentável como diodos emissores de luz (LEDs) e painéis solares.

Programação de artigos domésticos baseada 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 itens como parte dos padrões gerais de despesa das famílias. Monitore-os ao longo do tempo para adaptá-los e ajustá-los conforme a necessidade; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Distribuição: planeje métodos de distribuição eficientes e equitativos em consulta às autoridades locais e às 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 maiores, tais como itens de apoio para alojamentos. Pense na possibilidade de incluir contêineres para armazenamento e transporte de bens pessoais e domésticos.

Monitoramento pós-distribuição: estime a adequação tanto do processo de distribuição quanto dos artigos domésticos em si. Se eles não estão sendo usados ou estão sendo vendidos no mercado, ou se há atrasos no acesso aos artigos, adapte o processo ou os produtos. Esteja ciente de que as necessidades mudarão ao longo do tempo e os programas deverão adaptar-se a essas mudanças.



5. Assistência Técnica

A assistência técnica é parte integrante das respostas de alojamentos e assentamentos. Ela auxilia a autorrecuperação das pessoas afetadas e melhora a qualidade e a segurança de seu alojamento e assentamento. É essencial que as famílias ou as comunidades afetadas participem ativamente da escolha de suas acomodações no projeto dos alojamentos, na disposição do local e de seus materiais e na supervisão ou realização da construção dos alojamentos e de outras construções.

As pessoas têm acesso a assistência técnica adequada em tempo hábil.

Ações-chave

- 1 Entender a realidade anterior à crise quanto às práticas de planejamento e construção, aos materiais, expertise 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 a garantia da qualidade.
- 2 Envolver e apoiar as pessoas afetadas, a administração pública e os profissionais locais no processo de construção.
 - Cumprir os códigos de planejamento e construção aplicáveis, as especificações de materiais e os padrões de qualidade cabíveis, 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 por 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 falhas, 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 expertise 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 reduzida capacidade, habilidade ou oportunidade de realizar atividades relacionadas à construção de forma segura e tecnicamente sólida ou de negociar 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 o melhoramento dos alojamentos.

Indicadores-chave

Porcentagem de programas nos quais as autoridades locais participam da definição dos padrões e do monitoramento 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, consertadas, reformadas, melhoradas ou mantidas segundo as práticas seguras de construção que foram estabelecidas em 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

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 capacitação e de aprendizagem podem maximizar as oportunidades de participação de todas as pessoas afetadas (pessoas diretamente afetadas e a comunidade de acolhida) durante a construção. Dê oportunidades para que as mulheres e as pessoas com deficiência participem. A pessoas com menos capacidade para realizar tarefas físicas podem contribuir com atividades como monitoramento do local, controle de estoque, 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 conflitantes. As equipes de trabalho voluntário da comunidade ou a mão de obra contratada podem apoiar a construção de casas individuais, particularmente aquelas chefiadas por mulheres, menores, idosos ou pessoas com deficiência. Essa assistência é importante, porque esses grupos podem estar sob risco de exploração sexual ao buscar ajuda para construir.



Engajar os jovens em 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 por tarefa feita. Crianças entre a idade mínima para trabalhar (geralmente 14 ou 15) e 18 anos devem participar de uma forma adequada para sua idade e desenvolvimento. Certifique-se de que sua participação esteja em consonância com o contexto da legislação nacional. Devem ser tomadas medidas para garantir que as normas internacionais e as leis nacionais de trabalho sejam estritamente cumpridas, a fim de evitar o trabalho perigoso para menores de idade. Quaisquer questões suspeitas ou temas sobre o trabalho infantil devem ser encaminhadas para especialistas em proteção à infância ou para serviços sociais; ➕ *ver CPMS Handbook*.

Expertise profissional: dê orientação sobre questões como localização e planejamento espacial, técnicas locais de construção, avaliação de danos, demolição e remoção de entulhos, construção, gerenciamento do local, avaliação do estoque predial existente e segurança da posse. Isso pode garantir que os alojamentos atendam aos 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*.

Adesão aos códigos de construção: descubra se os códigos de construção locais ou nacionais são normalmente seguidos ou aplicados. Se não o são, defenda seu uso e aplicação. Esses códigos devem refletir a cultura local de moradia, as condições climáticas, os recursos, a capacidade de construção e de manutenção, a acessibilidade e a viabilidade econômica. Certifique-se de que os programas de alojamento permitem que as famílias atendam ou alcancem progressivamente os códigos e padrões acordados especialmente em relação aos programas que usam ajuda em dinheiro para atender às necessidades de alojamento. Quando não houver padrões, estabeleça normas mínimas em colaboração com as autoridades locais e as partes intervenientes relevantes (inclusive, se possível, com as pessoas atingidas) para assegurar que elas atendam aos requisitos de segurança e desempenho.

Aumentando a 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 lugares 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 aportar práticas de projeto e construção e ajudar a desenvolver soluções aprimoradas.

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 em um kit predefinido, com ferramentas de construção adequadas. A escolha dos

materiais deve ser informada por uma rápida avaliação e análise de mercado, como também por uma avaliação do impacto ambiental.

O fornecimento local de materiais pode afetar a economia, a força de trabalho ou o meio ambiente do entorno. 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 por meio da exploração de trabalhadores locais e de crianças.

Prédios públicos seguros: construa ou repare, temporária ou permanentemente, os prédios 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, inclusive às 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 consertar e construir esses prédios. Estabeleça uma estratégia de operação e manutenção viável do ponto de vista econômico.

Gestão de compras e construção: desenvolva um cronograma de construção que inclua as principais metas, como datas de início e conclusão, as datas e a duração da realocação das pessoas deslocadas. Isso se aplica igualmente aos casos em que a gestão da construção é feita pelo proprietário ou por empreiteira. O cronograma deve observar o início previsto da estação do ano e incluir um plano de contingência para eventos imprevistos. Estabeleça um sistema de gestão e monitoramento da construção para os materiais, para a mão de obra e para a supervisão do local. Esse sistema deve lidar com a terceirização, aquisição, transporte, manuseio e administração durante todo o processo.

Contrate mão de obra local tanto quanto possível com a finalidade de melhorar suas habilidades e apoiar a subsistência das pessoas afetadas. Contrate profissionais especializados (como engenheiros, arquitetos, urbanistas, gerentes de contratos ou advogados) para realizar tarefas específicas.

Zele para que as preocupações de natureza ambiental sejam levadas em conta. Promova a reutilização socialmente adequada dos materiais recuperados quando se puderem confirmar sua qualidade e o direito a eles; ➕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 7: Sustentabilidade ambiental.*

Melhoria 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 usando-se ferramentas e materiais disponíveis localmente e que sejam familiares e acessíveis, sempre que possível.

Ferramentas comunitárias: estabeleça procedimentos que definam como usar, manter e armazenar com segurança ferramentas e materiais comunitários ou de uso compartilhado.



6. Segurança da posse

Segurança da posse significa que as pessoas podem viver em suas casas sem medo de despejo forçado, seja em situações de assentamentos comunitários, assentamentos informais, comunidades de acolhimento, seja após o retorno. É o fundamento do direito a moradia adequada e de muitos outros direitos humanos. No contexto humanitário, uma abordagem incremental — ou passo a passo — pode ser a mais adequada. Desse modo, se reconhece que é possível apoiar as pessoas deslocadas para que elas melhorem suas condições de vida em diferentes tipos de alojamentos. Isso não significa dar prioridade de ajuda aos que são proprietários, nem necessariamente transmite a ideia de permanência ou de propriedade. Os agentes de alojamento vem desenvolvendo uma compreensão do que é “suficientemente seguro” para o propósito de projetar opções de alojamento que apoiem os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e insegurança no que tange à posse. Para obter mais informações sobre a devida diligência e o conceito de “suficientemente seguro”, [ver Referências: Payne and Durand-Lasserve \(2012\)](#).

A população atingida tem segurança da posse em suas opções de alojamento e assentamento.

Ações-chave

- 1 Aplicar a devida diligência na concepção e na implementação do programa.
 - Alcançar o máximo de segurança jurídica possível sobre a posse (a abordagem “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.
 - Mapear sistemas e acordos de posse para os diferentes cenários de alojamento e assentamento passada a crise; identificar como eles afetam os grupos de maior risco.
 - Trabalhar com as autoridades locais para entender quais regulamentos serão aplicados e quais não serão, bem como os prazos relacionados.
 - Entender como as relações de posse são gerenciadas 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 à posse afetam a segurança da posse quanto aos grupos vulneráveis.
 - Incluir a segurança da posse como um indicador de vulnerabilidade.

- Entender quais documentos podem ser necessários para as pessoas que participam de um programa, observando que os mais vulneráveis podem não ter esses documentos ou não conseguem ter acesso a eles.
- Certificar-se de que a resposta não é tendenciosa para com o ocupante-proprietário ou o proprietário vitalício.

4 Implementar programas de alojamento e assentamento para apoiar a segurança da posse.

- Utilizar expertise local para adaptar a programação aos diferentes tipos de posse, especialmente aos grupos vulneráveis.
- Certificar-se de que a documentação, como os contratos de posse, está devidamente preparada e reflete 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

Porcentagem 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

Porcentagem de beneficiários de alojamentos que têm um acordo adequado para a segurança da posse em relação à sua opção de alojamento

Porcentagem de beneficiários de alojamentos com dificuldades quanto à posse e que tenham acessado, de forma independente ou por meio de mecanismos de encaminhamento, serviços jurídicos e/ou de resolução de litígios

- ⊕ *ver Princípio de Proteção 4.*

Notas de orientação

Posse: é a relação entre grupos ou indivíduos quanto a moradia e terra, estabelecida mediante leis estatutárias ou acordos consuetudinários, informais ou religiosos. Os sistemas de posse determinam quem pode usar quais recursos, por quanto tempo e sob que condições. Existem muitas formas de arranjos de posse, que vão desde a propriedade total e contratos formais de aluguel até a habitação emergencial e a ocupação de terras em assentamentos informais. Independentemente do acordo de posse, todas as pessoas ainda possuem direitos a moradia, 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 a moradia adequada e a proteção contra o despejo forçado de suas casas. Para determinar se uma segurança da posse adequada está em vigor, é necessário dispor de informações como documentação de posse e uso organizacional de métodos de devida diligência.

A segurança da posse é parte integrante do direito a moradia adequada. Garante proteção legal contra despejo forçado, assédio e outras ameaças, e permite que as pessoas vivam em 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 gerenciadas e praticadas e como elas 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.

Posse gradual: uma das formas mais eficazes de fortalecer a segurança da posse é construir com base 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 locação e/ou de uso. Portanto, o risco de despejo forçado e as formas relacionadas de exploração e assédio são uma característica marcante de suas vidas. As opções de assistência de alojamento e assentamento para áreas urbanas devem tratar de situações complexas de posse e levar em consideração abordagens de posse gradual para locatários, colonos informais, ocupantes ilegais e outros.

Não causar danos: em alguns contextos, uma intervenção humanitária de alojamento pode levar ao despejo de grupos vulneráveis. Em outros, a ênfase nas questões de segurança da posse pode aumentar o risco de despejo para grupos vulneráveis. Uma abordagem que leve em conta a devida diligência 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 desencadeantes de despejo: a ameaça de despejo deriva de uma complexa interação de fatores, a maioria dos quais leva também à exploração e ao abuso. Entre eles incluem-se:

- incapacidade de pagar aluguel, muitas vezes devido a restrições à subsistência, como ao direito ao trabalho;
- ausência de contratos de locação por escrito com os proprietários, tornando as pessoas vulneráveis ao aumento de preços e ao despejo;
- disputas com proprietários;
- discriminação contra as pessoas afetadas;
- restrições à melhoria do ambiente habitacional, de modo que aqueles que violam as permissões de construção estão sob constante ameaça de despejo;
- incapacidade dos usuários ou ocupantes de áreas passíveis de construção de regularizar sua situação junto à administração civil;

- 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 íntima do parceiro e outras formas de violência doméstica ou a morte do marido; e
- falta de documentação civil das mulheres (podem estar incluídas na documentação do seu pai ou do marido) e de outros grupos marginalizados ou perseguidos.

Despejos e realocação: o reassentamento pode estar de acordo com a lei de direitos humanos para proteger a saúde e a segurança dos habitantes expostos a desastres naturais e a 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 suas próprias necessidades. Ignorar as questões ambientais no 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*.

A ajuda 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 todo o planejamento de alojamento e assentamento.
 - 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 de operação e monitoramento.
- 2 Selecionar os materiais e as técnicas mais sustentáveis entre as opções viáveis.
 - Dar preferência àqueles 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 escombros.
- 3 Gerenciar resíduos sólidos de forma segura, oportuna, culturalmente sensível e ambientalmente sustentável em todos os assentamentos.
 - Coordenar-se com 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 revisadas de fornecimento de energia atendem às necessidades do usuário; dar treinamento e realizar o acompanhamento, conforme necessário.
- 5 Proteger, restaurar e melhorar o valor ecológico dos locais ativos (como assentamentos temporários) durante e após o uso.
- 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 local em um estado que permitirá à população local usá-lo imediatamente, se possível em condições melhores do que as encontradas antes.

Indicadores-chave

Porcentagem de atividades de alojamento e assentamento precedidas de revisão ambiental

Número de recomendações do plano de gestão e de monitoramento ambiental que foram implementadas

Porcentagem de construções de alojamentos que usam métodos de obtenção e materiais de construção com baixa emissão de carbono

Porcentagem de resíduos sólidos no local que são reutilizados, reaproveitados ou reciclados

- Meta: > 70% do volume

Porcentagem de locais de assentamentos temporários restaurados com condições ambientais melhores do que antes do uso

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 sendo feita; a compreensão da atividade proposta e sua potencial ameaça ao meio ambiente e o entendimento das consequências caso a ameaça se concretize.

Pode ser útil consultar os órgãos ambientais adequados. Os principais pontos a serem considerados em uma avaliação de impacto ambiental incluem:

- o acesso e uso e o uso dos recursos naturais locais anterior 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; e



- as questões sociais, econômicas e culturais (inclusive os papéis de gênero) que podem influenciar a sustentabilidade da resposta e melhorar sua eficácia e eficiência geral.

Fornecimento de materiais: ao fornecer recursos naturais, como água, madeira, areia, solo e gramas, combustível para o cozimento de tijolos e telhas, conheça o impacto ambiental. Promova o uso de múltiplas fontes, o reaproveitamento de materiais recuperados e a produção de materiais alternativos. O reflorestamento pode ser um bom modo de produzir materiais de construção sustentáveis. Evite o uso de materiais que tenham sido produzidos mediante a exploração de adultos e de crianças; ⊕ *ver Prestação de ajuda através de mercados.*

Seleção do local: a seleção do local deve ser feita com base nas avaliações do impacto ambiental. Por exemplo, a localização de assentamentos próximos a uma infraestrutura já existente pode reduzir os impactos ambientais associados à construção de nova infraestrutura. Leve em consideração a exposição a riscos climáticos; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento.*

Erosão: conserve as árvores e outras vegetações para estabilizar o solo e maximizar a sombra e a proteção contra o clima. O uso de contornos naturais para serviços como estradas, vias e redes de drenagem minimiza a erosão e as inundações. Se necessário, construa canais de drenagem, drenagem encanada que corre sob estradas ou bancos de terra cultivada para evitar a erosão do solo. Quando a inclinação for superior a 5%, devem-se aplicar técnicas de engenharia para evitar a erosão excessiva.

Gerenciamento de destroços e reutilização ou reaproveitamento de resíduos: o planejamento da gestão de destroços imediatamente após uma crise promove o resgate deles para reutilização, redefinição ou descarte seguro.

Existe potencial para reutilizar ou reaproveitar resíduos sólidos encontrados em ambientes humanitários. Esse reaproveitamento de materiais, como parte de uma estratégia mais sistemática de gestão de resíduos sólidos, depende de atitudes culturais para o manuseio de resíduos e da proximidade de empresas dispostas a comprar os materiais separados. Os contextos humanitários oferecem oportunidades para o reaproveitamento inventivo de materiais; ⊕ *ver WASH – Gestão de dejetos – Norma 3.1 e WASH – Gestão de resíduos sólidos – Normas 5.1 e 5.3*

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 usuário. 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 resfriamento 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 vazamento em botijões de gás ou em depósitos de óleo combustível. Coordene-se 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.

Gestão dos recursos naturais: quando houver recursos naturais limitados para sustentar um aumento significativo da habitação humana, é essencial um plano de gestão de recursos. Se for necessário, consulte especialistas externos. O plano de gestão de recursos pode sugerir a utilização de suprimento externo de combustíveis e opções para a pastagem de rebanhos, para a produção agrícola e para outras fontes de renda 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 monitorar. Contudo, os assentamentos comunitários grandes podem causar mais tensão nas comunidades de acolhida do que os assentamentos menores e dispersos. Os agentes da área de alojamentos deveriam sempre considerar o impacto de suas intervenções nas necessidades de recursos naturais da população de acolhida; ⊕ ver *Norma Humanitária Essencial, Compromisso 9*, e *Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)*.

Contextos rurais e urbanos: em geral, as pessoas que moram em áreas rurais são mais dependentes dos recursos naturais de 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 muito maior. Devem-se tomar decisões informadas quando se usam 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 tenham dados adequados para embasar a resposta de alojamento e assentamento após a crise. A lista de perguntas não é rígida. Use-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 contatadas, assim como os dados demográficos básicos dos deslocados e, se for o caso, da população de acolhida, precisarão 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 a alojamento e assentamento?
- Existe um plano de contingência para embasar a resposta?
- Que informações iniciais para avaliação já estão disponíveis?
- Há uma avaliação interagências e/ou multissetorial planejada? Ela inclui alojamento, assentamento e artigos domésticos?

Dados demográficos

- Quantas pessoas compõem uma residência em média?
- Quantas pessoas afetadas estão vivendo em diferentes tipos de moradia? Leve em conta os grupos que não vivem em família, como os grupos de crianças desacompanhadas, e moradias que não são de tamanho médio, 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 elas estão localizadas?
- Quantas famílias afetadas e sem alojamento adequado não foram deslocadas e podem ser ajudadas no local de suas casas originais?
- Quantas famílias afetadas e sem alojamento adequado estão deslocadas e necessitam ser abrigadas com famílias de acolhida 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 à vida, à saúde e à segurança resultantes da falta de alojamentos adequados e quantas pessoas estão em risco?
- Quais são os riscos menos imediatos à vida, à saúde e à segurança das pessoas resultantes da falta de alojamentos adequados?
- Como os sistemas, os acordos e as práticas relacionadas à posse afetam a segurança da posse das populações vulneráveis e marginalizadas?
- Quais são os principais riscos para as pessoas vulneráveis, inclusive 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 acolhida?
- 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 atender a algumas ou a todas as suas necessidades urgentes de alojamento?
- Que questões relacionadas à disponibilidade, à propriedade e ao uso de terras afetam a capacidade das pessoas de suprir a necessidade urgente de alojamentos, incluindo assentamentos comunitários quando necessário?
- Que riscos as potenciais populações de acolhida enfrentam ao acomodar pessoas deslocadas dentro de 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-se a topografia e outras restrições 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 elas usam 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 garantirão que todas as pessoas afetadas possam obter e utilizar as soluções de alojamento de forma rápida e segura?
- Como as soluções de alojamento identificadas podem minimizar riscos e vulnerabilidades futuras?
- Como os alojamentos são construídos normalmente e por quem?
- Quem normalmente obtém os materiais de construção e como?
- Como as mulheres, os jovens, as pessoas com deficiência e os idosos podem receber treinamento ou assistência para participar da construção de seus próprios alojamentos e quais são as restrições?
- Quando os indivíduos ou as famílias não tiverem capacidade ou oportunidade de construir 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 geralmente se realizam nos alojamentos das pessoas afetadas ou em suas proximidades? E como o espaço disponível e seu desenho refletem essas atividades?
- Que oportunidades legais e ambientalmente sustentáveis de apoio a atividades de subsistência podem ser propiciadas por meio 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 higiene pessoal? E quais as possibilidades e as restrições para atender 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 usados para abrigar pessoas deslocadas, que processos e prazos existem para que voltem a ser usados para a finalidade a que se destinam?

População de acolhida e impacto ambiental

- Que questões preocupam as populações de acolhida?
- Quais são as restrições organizacionais e físicas relacionadas à acomodação das pessoas deslocadas entre a população de acolhida ou em assentamentos temporários?
- Quais são as preocupações ambientais em relação ao suprimento local de materiais de construção?
- Quais são as preocupações ambientais em relação às necessidades das pessoas deslocadas em termos de combustível, saneamento, descarte 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 usar dinheiro ou vales?
- Será necessária assistência técnica para complementar a provisão 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 que se protejam contra os efeitos negativos do clima e para que mantenham sua saúde, dignidade e bem-estar?
- Quais são os riscos potenciais para a vida, a saúde e a integridade das pessoas atingidas se suas necessidades de vestuário, cobertores ou roupas de cama não forem atendidas?
- Que medidas de controle 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 para cozinhar e comer suficientes?
- Como as pessoas afetadas normalmente cozinhavam e aqueciam suas moradias antes da crise e onde elas cozinhavam?
- Que combustível costumavam usar para cozinhar e se aquecer antes da crise e onde o obtinham?
- Quantas famílias não têm acesso a um fogão para cozinhar e para se aquecer, e por quê?
- Quantas famílias não têm acesso ao suprimento adequado de combustível para cozinhar e para se aquecer?
- Que oportunidades e restrições (especialmente preocupações ambientais) existem para que os atingidos pela crise e as populações adjacentes possam obter suprimento adequado de combustível?
- Que impacto a obtenção de suprimento adequado de combustível tem 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 conta?

Ferramentas e equipamentos

- Que ferramentas básicas para consertar, construir ou manter um alojamento estão disponíveis para as famílias?
- Que atividades de apoio à subsistência também podem demandar a utilização das ferramentas básicas de construção, de manutenção e de remoção de destroços?
- Que atividades de treinamento ou de conscientização 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 vivendo as pessoas atingidas. Conhecer a crise a partir desses cenários auxiliará o planejamento das estratégias de ajuda. Reúna dados adicionais para fundamentar um planejamento detalhado; [+ ver Apêndice 3: Outras características dos cenários de assentamento](#).

Imóvel ou terra ocupada pelo proprietário	O ocupante é proprietário do imóvel e/ou da terra (a propriedade pode ser formal ou informal), é proprietário de uma parte ou é proprietário parceiro.	Casas, apartamentos, terras
Locação de imóveis ou de terras	A locação permite que um indivíduo ou família use um imóvel ou terra por um período de tempo específico e a um preço determinado, sem transferência de propriedade, com base em um 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 representante designado.	Casas e apartamentos vazios, terras desocupadas
Acordo de locação	A locação permite que um indivíduo ou uma família use uma habitação ou terra por um período específico e a um preço determinado, sem transferência de propriedade, com base em um contrato escrito ou verbal com um proprietário público ou privado. Pode ser autofinanciada pelo indivíduo ou pela comunidade, ou subsidiada pelo governo ou pela comunidade humanitária.	Casas, apartamentos e terras existentes no mercado imobiliário

Acordos de acolhida	As populações de acolhida disponibilizam alojamento para as populações ou famílias deslocadas.	Casas, apartamentos e terras já ocupadas ou disponibilizadas pela população de acolhida
Ocupação espontânea	As famílias deslocadas se estabelecem espontaneamente em um local, sem prévio acordo com os agentes competentes (como o proprietário, o governo local, as organizações humanitárias e/ou a população de acolhida).	Casas e apartamentos vazios, terras desocupadas, beira de estradas
Acomodações coletivas	Instalações ou estruturas preexistentes onde múltiplas famílias se abrigam. Os serviços básicos e de infraestrutura são prestados de forma comunitária ou se oportuniza o acesso a eles.	Prédios públicos, centros de evacuação, de recepção e de trânsito, prédios abandonados, complexos empresariais, construções inacabadas.
Assentamento planejado	Assentamento especialmente construído cujo projeto é planejado e gerido e dispõe de infraestrutura, instalações e serviços.	Assentamentos formais geridos pelo governo, pela ONU, ONGs ou pela sociedade civil. Podem incluir centros de trânsito ou de recepção ou locais de evacuação.
Assentamento não planejado	Múltiplas famílias se estabelecem espontânea e coletivamente em um local, criando um novo assentamento. As famílias ou o coletivo podem ter um acordo de locação com o proprietário da terra. Geralmente isto se dá sem um acordo prévio com os agentes competentes (como o proprietário, o governo local e/ou a população de acolhida). Inicialmente, os serviços básicos no local não são planejados.	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 compreender minuciosamente as crises deve servir de base para processos de planejamento bem detalhados.

Nota: A escolha das características e 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.

Refugiados, solicitantes de asilo, pessoas deslocadas internamente (PDIs), refugiados retornados, PDIs retornadas, outras populações de interesse (por exemplo, migrantes)	⊕
Populações preexistentes, populações de acolhida	As populações de acolhida são, com frequência, diretamente impactadas pelas populações atingidas, por exemplo, dividindo os serviços comunitários como as escolas ou acolhendo-as na família.
Urbano, periurbano, rural	Periurbano: uma área entre o urbano consolidado e as regiões rurais.
Sem danos, danos parciais e destruição total	A classificação do nível de danos deve embasar a decisão quanto à segurança para ocupar a casa ou alojamento.
Curto, médio e longo prazo, permanente, emergencial, de transição, de recuperação, durável	A definição destes termos varia e deve ser feita no nível da resposta.
Legal, costumeira, religiosa, híbrida	Acordos informais sobre habitação ou posse de 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 aluguéis. Em alguns casos, diversas formas de posse podem coexistir no mesmo lugar, com cada parte detendo certos direitos.
Propriedade, direitos de uso, aluguel, posse coletiva	
Privada, comunitária, coletiva, de acesso aberto, estatal/pública	

Barracas, alojamentos improvisados, alojamentos de transição, alojamento central, casas, apartamentos, espaços alugados dentro de um local maior, garagens, trailers, contêineres

Administrado, administração remota ou móvel, autoadministrado, não administrado

⊕ *Ver Apêndice 4: Opções de ajuda*

Administrado: sem objeção do proprietário do local e aprovado pelas autoridades.

De administração remota ou móvel: nos casos em que uma equipe administra vários lugares.

Autoadministrado: por estrutura de liderança da comunidade ou comitês internos.

Apêndice 4

Opções de Ajuda

Pode-se combinar uma gama de opções de ajuda específicas ao contexto para atender às necessidades de pessoas afetadas. Pondere as vantagens e desvantagens de cada uma e desenvolva o programa mais apropriado.

⊕ *Ver Alojamento e assentamento – Norma 4: Artigos domésticos.*

Material de construção, ferramentas e acessórios necessários para criar ou melhorar o espaço habitacional. Estudar se é o caso de fornecer materiais estruturais como estacas e pinos ou se podem ser fornecidos pelas famílias. Considerar a necessidade de suporte adicional sob a forma de instrução, incentivo, educação ou conscientização.

Ferramentas de construção e equipamentos necessários para criar ou melhorar o espaço habitacional e o assentamento.

Alojamentos portáteis pré-fabricados, com uma cobertura e uma estrutura.

Apoio para pessoas afetadas que escolhem retornar ao seu lugar de origem ou são reassentadas em um novo local. Tal apoio pode incluir uma ampla gama de serviços, como a facilitação de transportes, passagens ou cupons, ou itens como ferramentas, materiais e estoques de sementes.

A reforma consiste em restaurar construções danificadas ou deterioradas para que fiquem em boas condições de uso, atendendo às normas e especificações. Se as edificações tiverem sofrido pequenos danos, é possível repará-los sem uma reforma maior. Para pessoas desabrigadas, pode ser necessário reformar centros coletivos ou adaptar construções preexistentes como escolas para serem usadas como alojamentos em massa.

A readaptação de edificações implica o fortalecimento e/ou a modificação 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 desabrigadas, pode ser necessário readaptar as casas de famílias de acolhida, quando estas correm risco de desastres.

As pessoas que não conseguem voltar para suas casas de origem costumam ficar com a família e amigos ou em comunidades com as quais compartilham laços históricos, religiosos ou outros vínculos. A ajuda que se pode dar ao anfitrião para que possa continuar acolhendo as pessoas afetadas inclui o apoio para aumentar ou adaptar o alojamento familiar existente ou a ajuda financeira e material para as despesas.

A ajuda às famílias atingidas para alugar acomodações ou arrendar terras pode incluir contribuições financeiras, apoio para obter um contrato justo ou consultoria sobre normas relativas a propriedade. Aluguel é uma despesa fixa; assim, planeje previamente estratégias de saída, promoção da autossuficiência ou conexão com atividades de autossustentabilidade; ⊕ *ver Alojamento e assentamento – Norma 3: Espaço habitacional e Norma 6: Segurança da posse.* (Nota: A ajuda para aluguel pode injetar recursos na população de acolhida ou pode esgotar o mercado e causar inflação).

Soluções de alojamentos de curto-prazo com o objetivo de que eles sejam removidos quando o próximo nível de solução de alojamento for oferecido. Comumente eles são construídos com custos limitados.

Alojamentos rápidos construídos com materiais e técnicas desenvolvidos para passarem por uma transição a estruturas mais permanentes. O alojamento de transição deve ser adaptável, reutilizável, desmontável ou removível dos locais temporários para locais permanentes.

Moradias planejadas, desenhadas e construídas para, eventualmente, ser parte de uma casa permanente, mas sem completá-la. O alojamento principal permite um futuro processo de expansão da moradia 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; ④ *ver Alojamento e assentamento – Norma 3: Espaço habitacional e Norma 4: Artigos domésticos.*

Demolição e reconstrução de estruturas que não podem ser reparadas.

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 retorno, direito a terra, acesso a remuneração, assistência e assessoria técnica, retorno, integração e realocação, canais de feedback e maneiras de solicitar indenização, inclusive assistência jurídica.

Fornecer expertise jurídica e administrativa ajuda as pessoas afetadas a conhecer seus direitos e a receber o apoio administrativo de que elas precisam, sem custo ou a custo reduzido. Especial atenção deve ser dada às necessidades dos grupos mais vulneráveis.

O apoio para assegurar o direito de ocupação de moradias e/ou de terras das pessoas afetadas garante proteção legal contra despejo forçado, assédio e outras ameaças e oferece segurança, paz e dignidade; ④ *ver Alojamento e assentamento – Norma 6: Segurança da posse.*

O apoio ao planejamento de infraestrutura e assentamento é usado para melhorar os serviços de uma comunidade e auxiliar o planejamento de um alojamento transitório sustentável e as soluções de reconstrução. O apoio ao planejamento de infraestrutura e assentamento pode ser dividido em duas categorias: aquele coordenado principalmente pelo setor de alojamento e aquele coordenado especialmente por outros setores.

As edificações existentes podem ser usadas como centros coletivos ou como centros de evacuação e oferecer alojamentos rápidos. Podem ser escolas, edifícios da comunidade, playground cobertos, prédios religiosos ou propriedades desocupadas. Tais propriedades podem precisar de adaptação ou modernização para ser habitadas; ④ *ver Alojamento e assentamento – Norma 3: Espaço habitacional.* Ao usar edifícios escolares para acomodar pessoas afetadas por crises, identifique e utilize estruturas alternativas assim que possível, para permitir que o ensino na escola continue; ④

A remoção de destroços ajuda a melhorar a segurança pública e o acesso das pessoas atingidas. Leve também em consideração o impacto ambiental; ⓘ *ver Alojamento e assentamento – Normas 2 e 7.*

Identificar e tratar os cadáveres apropriadamente; ⓘ *ver Saúde – Norma 1.1 e WASH – Norma 6.*

Recupere ou construa infraestruturas como as de abastecimento de água, saneamento, estradas, drenagem, pontes e eletricidade; ⓘ *ver o capítulo WASH para orientação e Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento.*

Educação: Escolas, espaços infantis, áreas seguras de recreação; ⓘ

Serviços de saúde: Postos de saúde e hospitais; ⓘ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.1: Prestação de serviço de saúde;*

Segurança: Postos de polícia ou estruturas de vigilância na comunidade;

Atividades comunitárias: locais de encontro para tomada de decisões, recreação e culto, estocagem de combustível, cozinhas e descarte de resíduos sólidos; e

Atividades Econômicas: mercados, terra e espaço para a criação de animais, espaço para trabalhar por meios de subsistência e negócios.

Ao replanejar áreas residenciais depois de uma crise, envolva as autoridades locais e o setor de planejamento urbano, de modo que sejam respeitadas as regulamentações e os interesses mútuos de todas as partes intervenientes; ⓘ *ver Alojamento e assentamento – Norma 2: Localização e planejamento do assentamento.*

Realocação é um processo que consiste em reconstruir a moradia, os bens e a infraestrutura pública 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 em uma compreensão dos mercados locais, inclusive dos mercados de matéria-prima, de mão de obra e de aluguéis, em apoio à recuperação econômica;  ver *Prestação de ajuda através de mercados*. Considere o modo como as opções de implementação escolhidas impactam o grau de participação e o senso de posse, a dinâmica dos gêneros, a coesão social e as oportunidades de trabalhar pela subsistência.

A assistência técnica é parte integrante de qualquer resposta de alojamento e assentamento, independentemente da forma de ajuda  ver *Alojamento e assentamento – Norma 5: Assistência técnica*.

As famílias e as comunidades podem acessar 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 treinamento. As transferências baseadas em mercados incluem as seguintes opções:

Transferências condicionais de valores: úteis quando é vital atender a condições específicas; por exemplo, sistema de parcelamento.

Dinheiro ou vales limitados: úteis para bens específicos ou para estabelecer vínculos com vendedores.

Incondicionais, irrestritas e de propósito múltiplo.

Acesso a serviços financeiros como grupos de poupança, empréstimos, microcrédito, seguros e garantias.

 ver *Prestação de ajuda através de mercados*.

Adquirir e em seguida distribuir itens e materiais diretamente às famílias afetadas é uma opção quando os mercados locais não conseguem supri-los com a qualidade e na quantidade necessárias e em tempo hábil;  ver *Prestação de ajuda através de mercados*.

Comissionar ou contratar mão de obra para atingir as metas de alojamento e assentamento por meio de um modelo dirigido pelo proprietário, por empreiteiro ou por agências;  ver *Alojamento e assentamento – Norma 5: Assistência técnica*.

A formação e o fortalecimento de habilidades oferecem às partes intervenientes oportunidades de melhorar 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;  ver *Alojamento e assentamento – Norma 5: Assistência técnica*.

Uma capacitação bem feita permite que os especialistas concentrem-se na supervisão de atividades assumidas pelas partes intervenientes e ofereçam assistência a um maior número de pessoas.

Para um tabela com as possíveis opções de ajuda e de implementação relativas a situações de assentamento, por favor acesse www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Apêndice 6

Possíveis opções de ajuda e de implementação relacionadas aos cenários de assentamento

	Moradia ou terra ocupada pelo proprietário	Moradia ou terra alugada	Moradia ou terra ocupada informalmente	Acordo de locação	Acordo de hospedagem	Acerto espontâneo	Alojamento coletivo	Assentamento planejado	Assentamento não planejado	Indiretamente afetados
Artigos domésticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kits de alojamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kits de ferramentas para alojamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Barracas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Apoio a trânsito e retorno				X	X	X	X	X		
Reparos	X	X	X	X	X	X	X			X
Reforma	X	X	X	X	X					X
Ajuda de acolhida					X			X	X	X
Ajuda de aluguel				X						
Alojamentos temporários	X	X	X			X	X	X	X	
Alojamentos de transição	X	X	X			X		X	X	
Alojamento principal	X	X	X					X		
Reconstrução	X							X	X	

Centros de informação	X	X	X	X	X	X
Expertise jurídica e administrativa	X	X	X	X	X	X
Segurança da posse	X	X	X	X	X	X
Planejamento de infraestrutura e de assentamento		X		X	X	X
Planejamento e zoneamento urbano/vilarejo	X	X	X	X	X	X
Apoio ao alojamento coletivo				X		X
Administração de assentamentos e centros coletivos				X	X	X
Remoção de destroços e gestão de mortos	X	X	X	X	X	X
Reabilitar e/ou instalar infraestrutura comum	X	X	X	X	X	X

[illegible]

Referências e leitura complementar

Instrumentos jurídicos internacionais

Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. ONU, 1948.

<http://www.mp.gov.br>

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>

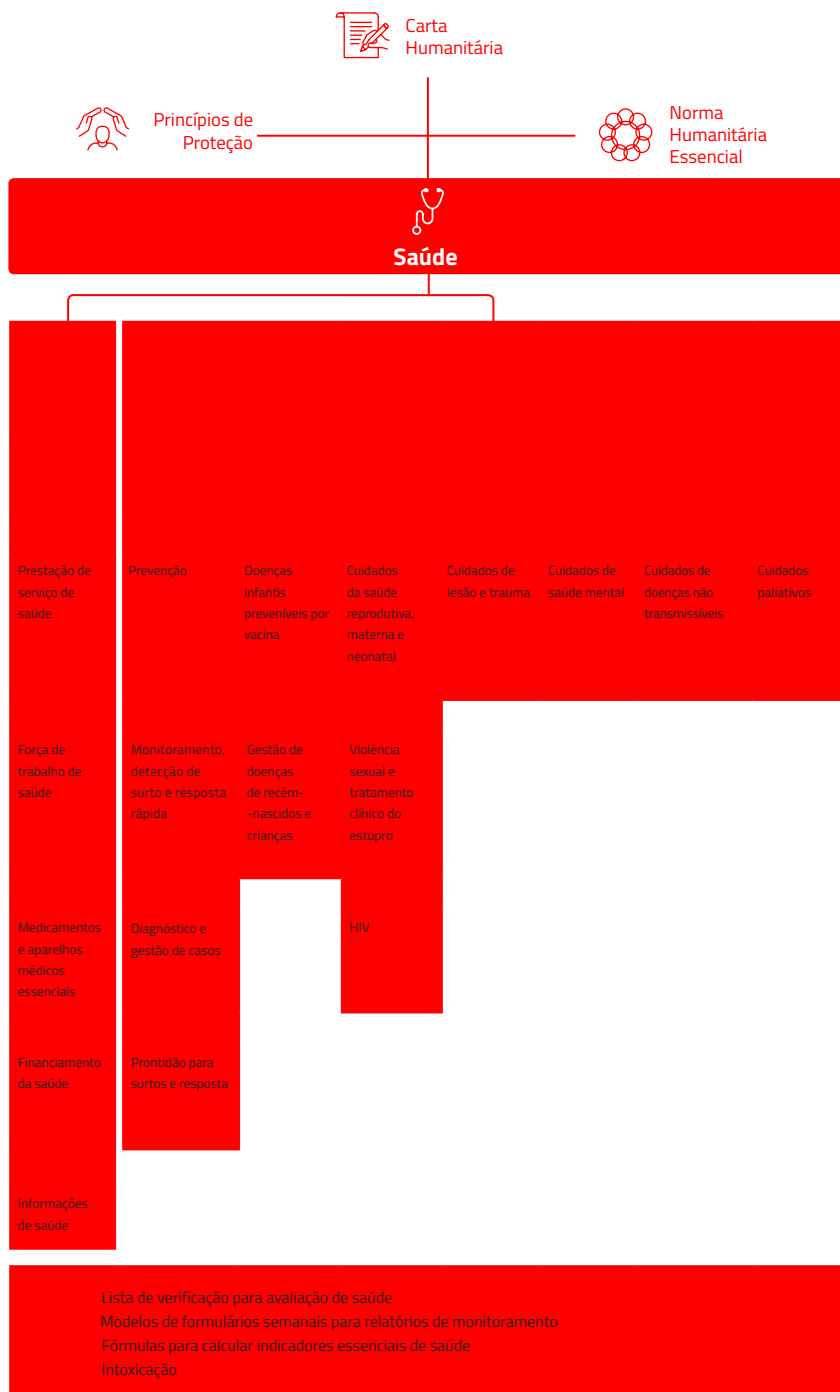
Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

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



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 lesão e trauma	353
2.5 Saúde mental	357
2.6 Doenças não transmissíveis.....	361
2.7 Cuidados paliativos	365
Apêndice 1: Lista de verificação para avaliação de saúde.....	368
Apêndice 2: Modelos de formulários semanais para relatórios de monitoramento.....	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 oportunos e apropriados

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 crenças, 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 uma lista que contém os principais documentos jurídicos e de políticas que informam a Carta Humanitária, inclusive comentários explicativos para os trabalhadores humanitários, ⊕ *ver Anexo 1: Fundamentos jurídicos da Esfera.*

A meta dos cuidados de saúde em uma crise é reduzir a morbidade e a mortalidade excessivas

As crises humanitárias têm um impacto significativo na saúde e no bem-estar das populações atingidas. O acesso a serviços de saúde que salvam vidas é crucial nos estágios iniciais de uma emergência. Os serviços de saúde podem incluir a promoção de saúde, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos em qualquer estágio 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 estresse também podem desencadear transtornos de saúde mental. A erosão dos mecanismos de suporte social e dos sistemas de autoajuda pode levar à adoção de mecanismos negativos de enfrentamento e à redução da busca de ajuda. O acesso reduzido a cuidados de saúde e o suprimento interrompido de medicamentos podem suspender um tratamento em curso, tais como a assistência médica materna e o tratamento de HIV, de diabetes e de transtornos da saúde mental.

O objetivo principal de uma resposta de saúde durante uma crise é prevenir e reduzir a mortalidade e a morbidade excessivas. Os padrões de mortalidade e de morbidade e, portanto, as necessidades de assistência médica variam de acordo com o tipo e a extensão de cada crise.

Os indicadores mais úteis para monitorar 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), mais sensível. Uma duplicação ou mais 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 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, seria antiético esperar que dobrasse 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, no curto e no médio prazo. Após uma análise, intervenções em saúde bem planejadas podem melhorar os sistemas de saúde existentes, sua futura recuperação e seu desenvolvimento.

Na primeira fase de uma crise, priorize rápidas avaliações multissetoriais e avaliações dirigidas ao setor de saúde. Informações incompletas e áreas inacessíveis não devem impedir a tomada oportuna de decisões no âmbito da saúde pública. Realize avaliações mais abrangentes o mais cedo possível.

As crises urbanas requerem uma abordagem diferenciada de respostas em saúde

As respostas urbanas devem levar em conta a densidade populacional, as políticas sobre ambientes construídos e os serviços sociais existentes. É desafiador identificar pessoas em situação de risco ou sem acesso a cuidados de saúde. A dimensão da necessidade pode rapidamente superar o serviço que se pode prestar. As pessoas que procuram refúgio nas vilas e nas cidades raramente conhecem os serviços de saúde existentes ou como acessá-los, arriscando-se a um aumento ainda maior de doenças transmissíveis. A divulgação irá ajudar as pessoas a lidar com novos fatores urbanos de estresse, 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. Use a tecnologia para divulgar informação imediata e precisa sobre assistência e serviços de saúde. Os prestadores de cuidados secundários e terciários de saúde são geralmente mais ativos nas cidades; portanto, aumente sua capacidade de prestar cuidados primários de saúde. Envolve-os em sistemas de alerta precoce e de resposta a doenças transmissíveis e aumente a capacidade deles de prestar seus serviços especializados habituais.

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 conscientização progressiva desse direito em nível mundial. Esse direito está ligado aos direitos à água e ao saneamento e a alimentação e alojamento. O cumprimento das Normas Mínimas Esfera em uma 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 de 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 elevá-las progressivamente.

As prioridades devem ser decididas com base em informações idôneas compartilhadas entre os setores e devem ser revisadas 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 esse direito durante uma crise; ⊕ *ver Anexo 1: Fundamentos jurídicos da Esfera.*

Pode-se garantir o direito a cuidados de saúde somente se:

- a população está protegida;
- os profissionais responsáveis pelo sistema de saúde estão bem treinados e comprometidos com princípios éticos universais e normas profissionais;
- o sistema de saúde atende às Normas Mínimas; e
- o Estado está apto e disposto a estabelecer e manter condições seguras e estáveis nas quais os cuidados de saúde podem ser prestados.

Ataques, ameaças e outras obstruções violentas ao trabalho da equipe de saúde, a instalações ou a transporte médico configuram violações do Direito Internacional Humanitário. As proteções contra tais violações derivam das obrigações básicas de respeitar e proteger os feridos e os enfermos.

As organizações humanitárias devem estudar cuidadosamente a natureza de qualquer ameaça e como lidar com ela. Por exemplo, um ataque de um exército nacional e uma ameaça vinda da comunidade local podem ser tratados de modo distinto; ⊕ *ver Considerações especiais para proteger os cuidados de saúde a seguir.*

Vínculos com os Princípios de Proteção e com a Norma Humanitária Essencial

Os agentes de saúde devem cuidar dos feridos e dos doentes de uma maneira humana oferecendo atendimento imparcial, sem distinção e com base na necessidade. 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 equipe médica é quem presta os primeiros socorros em casos de violência contra indivíduos, incluindo a violência de gênero e o abuso ou abandono de crianças. Treine a equipe para identificar e encaminhar os casos aos agentes de

bem-estar social ou de proteção usando sistemas confidenciais de comunicação e de encaminhamento. Uma criança desacompanhada ou separada em uma situação crítica de saúde 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 é essencial para se atenderem os interesses superiores 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 saída do corpo médico internacional, o encaminhamento e a movimentação de crianças desacompanhadas exigem rigorosa documentação, bem como o envolvimento de serviços de proteção e de autoridades locais.

Cada vez mais, os cuidados de saúde devem ser prestados no mar, inclusive em águas internacionais, ou quando as pessoas são trazidas a terra. Isso acarreta dificuldades específicas de proteção e complexidades políticas, requerendo cuidadoso planejamento, prontidão e atenuação dos riscos à proteção.

Avalie com atenção a cooperação civil-militar, particularmente durante conflitos. Os grupos militares e 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 domésticas ou internacionais em O que é a Esfera?*

Ao aplicar as Normas Mínimas, todos os nove compromissos da Norma Humanitária Essencial devem ser respeitados. Os mecanismos de feedback devem ser ativados durante respostas de assistência à saúde; ⊕ *ver Norma Humanitária Essencial, Compromisso 5.*

Considerações especiais para proteger os cuidados de saúde

Prevenir ataques a instalações de saúde, ambulâncias e profissionais da área de saúde exige um esforço contínuo nos níveis 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 de saúde devem levar em conta as seguintes questões em seu trabalho e no apoio a ministérios da saúde ou a outras entidades relevantes.

Durante as emergências, e especialmente durante um conflito, os agentes de 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 pacientes.

Ao fornecer serviços médicos extremos, capazes de salvar vidas, siga os princípios humanitários e ofereça cuidados imparciais com base somente na necessidade. Para



promover a neutralidade, cuide dos feridos e dos doentes sem distinção, garanta a segurança do paciente e mantenha a confidencialidade das informações médicas e dos dados pessoais.

A aceitação por parte das comunidades, dos funcionários e de setores locais em conflito pode ajudar a proteger os serviços de saúde. Os agentes de saúde devem educar as pessoas ao seu redor e manter a percepção que elas têm de imparcialidade e de neutralidade. Entre os fatores que influenciarão essa percepção incluem-se o padrão de atendimento de uma unidade de saúde, a qualidade de seus serviços e sua localização (por exemplo, se situada perto de um campo militar).

As unidades de saúde usualmente seguem uma política que não tolera 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.

Tome medidas de segurança física para proteger a unidade e a equipe contra os perigos. Ao mesmo tempo, compreenda como as medidas de segurança podem afetar a percepção do público em geral e sua aceitação da unidade de saúde.

As organizações humanitárias devem ponderar os riscos e as vantagens do modo como elas personalizam seus serviços e como isso afeta a confiança e a aceitação por parte da comunidade. Manter uma postura discreta (por exemplo, não colocar seu logo ou marca em bens ou em determinados locais) pode ser apropriado em algumas operações, enquanto, em outras, pode ser melhor exibir grandes logotipos 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 em uma crise, de modo que, mesmo se a crise de saúde for de grandes proporções como um surto do Ebola, outras atividades de cuidados podem ter continuidade. As afecções facilmente tratáveis ainda serão tratadas e os programas de atenção primária à saúde materno-infantil continuarão reduzindo o excesso de mortalidade e de morbidade. 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 até o dos cuidadores domésticos, dos militares e do setor privado.

Numa crise, os sistemas de saúde e a prestação de serviços de saúde frequentemente ficam debilitados, mesmo antes de a demanda aumentar. Podem-se perder trabalhadores da área de saúde; o fornecimento de suprimentos 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 em uma emergência em que não haja um sistema de saúde preexistente. Quando o sistema é fraco, ele precisará ser reforçado ou desenvolvido (por meio de protocolos de encaminhamento, da organização e da análise de informações de saúde, por exemplo).

As normas nesta seção abordam cinco aspectos essenciais de um sistema de saúde que funciona corretamente:

- oferta de serviços de saúde de qualidade;
- equipe de saúde treinada e motivada;
- suprimento, gestão e uso adequado de remédios, material de diagnóstico e tecnologia;
- financiamento adequado dos cuidados de saúde; e
- boa informação e análise da saúde.

Esses aspectos afetam uns aos outros de muitas maneiras. Por exemplo, trabalhadores de saúde em número insuficiente ou a falta de remédios essenciais afetarão a oferta de serviço.

Liderança e coordenação são vitais para assegurar que as necessidades sejam atendidas de uma maneira imparcial. O Ministério da Saúde geralmente lidera e coordena a resposta e pode requisitar a assistência de outros agentes de saúde. Às vezes, o ministério não tem capacidade ou não deseja assumir esse papel de modo eficiente e imparcial, então outra agência deve assumir a responsabilidade. Se o Ministério da Saúde não tem acesso ou não é aceito em todas as áreas do país, os agentes humanitários devem procurar apoiar o sistema existente e aceito, especialmente em uma emergência aguda. Avalie com atenção como trabalhar com



agentes não estatais e outros e a habilidade que eles têm de coordenar ou prestar cuidados de saúde para a 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 eles 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 gênero e de HIV.

As pessoas têm acesso a um serviço integrado de saúde de qualidade que é seguro, efetivo e centrado no paciente.

Ações-chave

- 1 Prover cuidados suficientes e adequados nos diferentes níveis do sistema de saúde.
 - Priorizar serviços de saúde em nível nacional ou no nível operacional mais próximo em emergências agudas, segundo 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.
 - Implantar protocolos para triagem em unidades de saúde ou locais em situações de conflito, de modo que se identifiquem e se tratem ou se estabilizem rapidamente as pessoas que precisam de atenção imediata, antes de ser encaminhadas e transportadas para outro local para receber cuidados adicionais.
 - Assegurar que se façam encaminhamentos efetivos entre os níveis de cuidados e serviços, inclusive 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 usar protocolos padronizados para atendimentos de saúde, manejo de casos e uso racional de medicamentos.
 - Usar os padrões nacionais, inclusive listas de medicamentos essenciais, e adaptá-los ao contexto emergencial.
 - Usar as diretrizes internacionais se as nacionais estiverem desatualizadas ou indisponíveis.
- 4 Prestar cuidados de saúde que garantam os direitos dos pacientes 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 HIV ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
- 5 Prestar cuidados de saúde seguros e evitar danos, eventos médicos adversos ou abuso.
- Implementar um sistema para comunicar e revisar eventos médicos adversos.
- Estabelecer uma política de denúncia de qualquer abuso ou violência sexual.
- 6 Usar medidas apropriadas de prevenção e controle de infecções (PCI) incluindo as normas mínimas WASH e os mecanismos de descarte de resíduos médicos em todos os ambientes de saúde.
- Durante surtos de doenças como cólera ou Ebola, solicitar orientações abrangentes junto às corporações especializadas, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e 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

Porcentagem da população capaz de acessar cuidados primários de saúde em até uma hora a pé de suas residências

- Mínimo de 80%

Porcentagem de unidades de saúde que prestam serviços prioritários de saúde

- Mínimo de 80%

Número de leitos de internação (excluindo leitos de maternidade) por 10.000 pessoas

- Mínimo de 18

Porcentagem da população que necessita de um encaminhamento e que é vista no nível de cuidados de saúde seguinte

Porcentagem de pacientes encaminhados em tempo adequado

Notas de orientação

O acesso a cuidados de saúde depende da disponibilidade dos serviços, inclusive do alcance físico, da aceitabilidade e da acessibilidade econômica para todos.

Disponibilidade: os cuidados de saúde podem ser prestados através de uma combinação de unidades de saúde em nível comunitário, tanto móveis quanto fixas. O número, o tipo e a localização de cada uma variam segundo o contexto. Uma diretriz geral para planejar a cobertura de unidades de saúde fixas é:

- 1 unidade de saúde para cada 10.000 pessoas; e
- 1 hospital de bairro ou rural para cada 250.000 pessoas.



Contudo, esses 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 manejo 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, cobrir os cuidados primários para uma população maior que 10.000 pessoas.

Em emergências, é crucial dispor da capacidade máxima de cuidados de saúde. Evite a duplicação dos serviços existentes, o que pode desperdiçar recursos e reduzir a confiança nas unidades que já existem. As pessoas necessitam retornar com confiança àquelas unidades quando as temporárias fecharem.

Monitore a taxa de utilização dos serviços. Taxas baixas podem indicar má qualidade, barreiras relacionadas a custos diretos ou indiretos, preferência por outros serviços, superestimação 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 em outra 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*.

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 HIV ou com alto risco de HIV, pessoas com deficiência e idosos para compreender o comportamento de procura por saúde. A interação com as pessoas durante o planejamento dos cuidados de saúde aumentará a participação ativa dos pacientes e facilitará que os cuidados sejam prestados no momento mais oportuno.

Viabilidade econômica: ⊕ ver *Sistemas de saúde – Norma 1.4: Financiamento da saúde*.

Cuidados em nível comunitário: os cuidados primários de saúde incluem o cuidado domiciliar e o comunitário. O acesso a cuidados primários de saúde pode se dar por intermédio de agentes comunitários de saúde (ACS) ou de voluntários, de educadores de seus pares ou em colaboração com os comitês de saúde de bairro com a finalidade de aumentar a participação do paciente e da comunidade. A assistência pode ir desde programas de prevenção até a promoção de saúde ou o manejo de casos e depende do contexto. Todos os programas devem estabelecer vínculos com a unidade de cuidados primários de saúde mais próxima para assegurar um atendimento integrado, supervisão clínica e monitoramento do programa. Se os agentes comunitários de saúde estão fazendo triagem de desnutrição aguda, é necessário o encaminhamento a serviços de nutrição na unidade de saúde ou em outros locais; ⊕ ver *Avaliações da segurança alimentar e da nutrição – Norma 1.2: Avaliação nutricional*. Realize a integração entre cuidados de saúde e programas comunitários em outros setores, tais como WASH e nutrição ⊕ ver *WASH: promoção de 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 paciente e o profissional de saúde que o recebe.

Direitos dos pacientes: desenhe instalações e serviços de saúde de forma a assegurar privacidade e confidencialidade, por meio de salas de consulta separadas, por exemplo. Procure o consentimento informado dos pacientes ou de 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 pacientes. Proteja os dados do paciente; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde.*

Instalações apropriadas e seguras: aplique protocolos racionais de uso de remédios e gestão segura de medicamentos e aparelhos; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e aparelhos médicos essenciais.*

Certifique-se de que as instalações são adequadas, mesmo em emergências. Deve haver espaços reservados para consultas; um fluxo organizado de pacientes; espaço de 1 m entre os leitos; ventilação; uma sala de esterilização (que não seja ao ar livre) para hospitais; suprimento de energia suficiente para manter funcionando os equipamentos cruciais e estruturas WASH adequadas. Durante os surtos de doenças, devem se revisar as necessidades e as orientações sobre a infraestrutura, incluindo, por exemplo, as zonas de triagem, de observação e de isolamento.

Tome medidas para tornar as instalações de saúde seguras, protegidas e acessíveis durante uma crise como enchente ou conflito.

A prevenção e o controle de infecções (PCI) são fundamentais em todos os contextos para prevenir doenças e resistência microbiana. Mesmo fora de uma contingência de crise, 12% dos pacientes, em nível internacional, desenvolvem uma infecção enquanto recebem cuidados de saúde, e 50% das infecções 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-padrão, precauções baseadas na transmissão e em técnicas clínicas assépticas); a alocação de uma equipe de PCI em cada ambiente; a capacitação da força-tarefa de saúde; o monitoramento de programas e a incorporação da detecção de infecções associadas à prestação de saúde e resistência microbiana aos sistemas de monitoramento. Os ambientes de saúde devem ser adequados à dotação de pessoal, à carga de trabalho, à ocupação de leitos (não mais do que um paciente por leito) e às instalações construídas e devem manter práticas seguras de higiene; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2: Força de trabalho de saúde;* ⊕ *ver Instalações apropriadas e seguras* acima, e infraestrutura e equipamento WASH, ⊕ *ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*

As precauções-padrão fazem parte das medidas de prevenção e controle de infecções (PCI), entre elas:



- *Prevenção de lesões por objetos cortantes:* manipule com cuidado agulhas, bisturis e outros objetos cortantes, por exemplo, ao limpar instrumentos usados ou ao descartar agulhas usadas. Qualquer pessoa com lesão por objeto cortante deve receber profilaxia pós-exposição (PPE) para HIV no máximo em 72 horas; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.3: HIV.*
- *Uso de 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, respingo, borrfio ou contato) 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 fluido) e se é do tamanho adequado. Eventual EPI adicional vai depender do tipo de transmissão: contato (por exemplo, roupa ou luvas), gotículas (máscaras cirúrgicas precisam ser usadas quando se estiver a uma distância de até 1 m do paciente) ou aéreo (máscaras respiratórias); ⊕ ver *WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*
- Outras medidas incluem: higiene das mãos, manejo de resíduos de cuidados de saúde, higiene respiratória e da tosse, manutenção do ambiente limpo, limpeza dos aparelhos médicos, e compreensão dos princípios da assepsia; ⊕ ver *WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.*

Eventos adversos: 10% dos pacientes hospitalizados em todo o mundo sofrem um evento adverso (mesmo fora de uma crise humanitária); a maior parte por procedimentos cirúrgicos não seguros, por erros de medicação e por infecções associadas ao tratamento de saúde. Deve-se manter um registro de eventos adversos em cada unidade de saúde e auditá-lo para promover o aprendizado.

Gestão de mortos: use 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 morte em massa, a gestão de 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 Ebola) necessitam de um manejo 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.*

As pessoas têm acesso a profissionais de saúde devidamente qualificados em todos os níveis de cuidados de saúde.

Ações-chave

- 1 Revisar os níveis de pessoal existentes e sua distribuição em relação às classificações nacionais para identificar lacunas e áreas subatendidas.

- Manter controle dos níveis de funcionários para cada 1.000 pessoas, por função e por local de trabalho
- 2 Treinar os funcionários para 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 capacitação e de suporte.
- Introduzir cursos de reciclagem quando a rotatividade for alta.
- 3 Apoiar os profissionais de saúde para que operem em um 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 e imunização contra hepatite B e tétano para os trabalhadores clínicos.
- Adotar medidas de prevenção e controle de infecções (PCI) e disponibilizar equipamentos de proteção individual (EPI) adequados para que os funcionários desempenhem suas funções.
- 4 Desenvolver estratégias de incentivos e salários 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 Compartilhar dados e informações sobre a disponibilidade da equipe 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 atendentes de parto (médicos, enfermeiras, parteiras) para cada 10.000 pessoas

- Mínimo de 23 para cada 10.000 pessoas

Toda a equipe de saúde que realiza trabalhos clínicos recebeu treinamento em protocolos clínicos e gestão de casos



Notas de orientação

Disponibilidade de profissionais de saúde: a equipe de profissionais de saúde inclui médicos, enfermeiros, parteiras, oficiais clínicos, técnicos de laboratório, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde, bem como equipe 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 em carga excessiva de trabalho e falta de segurança nos cuidados de saúde. Integre os profissionais de saúde existentes à resposta de emergência.

Ao recrutar e treinar a equipe local, siga as diretrizes nacionais (ou as internacionais, se as nacionais não estiverem disponíveis). O recrutamento da equipe internacional deve seguir a legislação nacional e a do Ministério da Saúde (por exemplo, quanto à prova de qualificação, especialmente para a prática clínica).

Leve em consideração o cuidado de pessoas em áreas rurais e urbanas de difícil acesso, incluindo aquelas próximas a conflitos. A equipe deve prestar assistência a pessoas de todas as etnias, idiomas e afiliações. Recrute e capacite profissionais de saúde de nível mais baixo para a realização de serviço estendido na comunidade, manejo de casos em equipes móveis ou postos de saúde e desenvolva mecanismos fortes de encaminhamento. Planos de incentivos podem ser necessários para trabalhar em áreas difíceis.

Agentes comunitários de saúde (ACS): a programação comunitária com ACS (inclusive voluntários) aumenta o alcance a populações de difícil acesso, inclusive 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 varia. Eles podem receber formação em primeiros socorros ou no manejo de casos, ou podem realizar triagem de saúde. Eles 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 que a 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.

Aceitabilidade: a satisfação das expectativas socioculturais das pessoas aumentará o envolvimento dos pacientes. Os funcionários devem ser o reflexo da diversidade da população com uma mistura de diferentes grupos socioeconômicos, étnicos, de idioma e de orientação sexual e com um equilíbrio adequado de gêneros.

Qualidade: as organizações devem capacitar e supervisionar a equipe para garantir que seus conhecimentos estejam atualizados e sua prática seja segura. Alinhe os programas de capacitação com as diretrizes nacionais (adaptadas para emergências) ou com diretrizes internacionais consensuais.

Inclua capacitação em:

- protocolos clínicos e gestão de casos;

- procedimentos operacionais padrão (como prevenção e controle de infecções e gestão de resíduos);
 - segurança e proteção (adaptada ao nível do risco); e
 - códigos de conduta (tais como ética médica, direitos dos pacientes, 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 do estupro e Princípios de Proteção.*

A supervisão regular e o monitoramento da qualidade incentivarão a boa prática. Só um treinamento isolado não vai assegurar boa qualidade. Compartilhe com o Ministério da Saúde os registros de quem recebeu formação, em que, por quem, quando e onde.

As pessoas têm acesso a medicamentos e a aparelhos médicos essenciais seguros, efetivos e de qualidade garantida.

Ações-chave

- 1 Estabelecer listas padronizadas de remédios e de aparelhos médicos essenciais para cuidados prioritários de saúde.
 - Revisar as listas nacionais de medicamentos e de aparelhos médicos essenciais desde o princípio da resposta e adaptá-las ao contexto da emergência.
 - Prestar especial atenção a remédios controlados que possam precisar de um trâmite próprio para garantir que estejam disponíveis.
- 2 Estabelecer sistemas eficientes de manejo para assegurar a disponibilidade de medicamentos e aparelhos médicos essenciais seguros.
 - Incluir o transporte, a estocagem e a cadeia de frio para vacinas, bem como a coleta e o armazenamento de produtos do sangue.
- 3 Aceitar doações de remédios e de aparelhos médicos somente se eles seguirem as diretrizes reconhecidas internacionalmente.

Indicadores-chave

Número de dias em que os remédios essenciais não estão disponíveis

- Máximo de 4 dias em cada 30

Porcentagem de unidades de saúde com remédios essenciais

- Mínimo de 80%

Porcentagem de unidades de saúde com aparelhos médicos essenciais em bom estado de funcionamento

- Mínimo de 80%

Todos os remédios dispensados aos pacientes estão dentro da data de validade



Notas de orientação

Gestão de remédios essenciais: os medicamentos essenciais incluem remédios, vacinas e produtos do sangue. Uma boa gestão de medicamentos garante que estejam disponíveis, mas também proíbe remédios perigosos ou vencidos. Os principais elementos da gestão são a seleção, a previsão, a aquisição, a armazenagem e a distribuição.

A seleção deve estar baseada na lista nacional de remédios essenciais. Faça os trâmites necessários 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, remédios controlados (ver a seguir) ou outros.

A previsão deve estar baseada no consumo, nos dados de morbidade e na análise do contexto. Os suprimentos nacionais de remédios podem ser prejudicados se a produção local for afetada, se os depósitos 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 aquisição internacional. Defenda a adoção de mecanismos melhores se houver atrasos (através do Ministério da Saúde, da agência líder, da autoridade nacional de gestão de desastres ou do coordenador humanitário). Se não houver sistemas, procure produtos pré-qualificados, dentro da data de validade e no idioma do país e da equipe de saúde.

Armazenamento: os medicamentos devem ser armazenados de forma segura ao longo de todo o ciclo de fornecimento. Os requisitos variam segundo os produtos. Os remédios não devem ser armazenados diretamente no chão. Estabeleça áreas isoladas para itens vencidos (que devem estar trancados), produtos inflamáveis (bem ventilados, com proteção contra incêndios), substâncias controladas (com segurança extra) e produtos que requerem cadeia de frio ou controle de temperatura.

Distribuição: estabeleça mecanismos de transporte dos estoques centrais até as unidades de saúde que sejam seguros, protegidos, previsíveis e documentados. Os parceiros podem usar um sistema de fornecimento automático ou sob pedido (*on demand*).

Descarte seguro de medicamentos expirados: previna a contaminação ambiental e os riscos às pessoas. Obedeça as regulações nacionais (adaptadas a emergências) ou a orientação internacional. A incineração a altas temperaturas é custosa, e os trabalhos de estocagem de fármacos funcionam apenas no curto prazo; ⊕ ver WASH – Norma 6: WASH em ambientes de saúde.

Aparelhos médicos essenciais: defina e adquira aparelhos e equipamentos necessários (inclusive 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 o uso seguro dos dispositivos, inclusive a manutenção regular e o fornecimento de peças sobressalentes, de preferência locais. Desligue os aparelhos de uma forma segura. Distribua ou

reponha os dispositivos auxiliares perdidos e providencie informações claras de uso e manutenção. Encaminhe aos serviços de restauração para adaptação do tamanho, e realização de ajuste, de uso e de manutenção adequada. Evite a distribuição feita uma única vez.

Os kits pré-qualificados são úteis nos primeiros estágios de uma crise ou como preparativos para agir com prontidão. Eles 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) é o principal provedor de kits de saúde sexual e reprodutiva.

Remédios controlados: os remédios para o alívio da dor, da saúde mental e da hemorragia pós-parto geralmente são controlados. Como 80% dos países de baixa renda não têm acesso a remédios adequados para o alívio da dor, advogue junto ao Ministério da Saúde e ao governo pela adoção de medidas para melhorar a disponibilidade dos remédios controlados.

Produtos do sangue: coordene-se com o serviço nacional de transfusão de sangue, quando houver. Colete sangue apenas de voluntários. Teste todos os produtos quanto a HIV, hepatite B e C e sífilis pelo menos com testagem do grupo sanguíneo e de compatibilidade. Armazene e distribua os produtos com segurança. Treine a equipe clínica no uso racional do sangue e de seus produtos.

As pessoas têm acesso a cuidados prioritários de saúde gratuitos durante toda a crise.

Ações-chave

- 1 Planejar 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 acessar e usar os serviços.

Indicadores-chave

Porcentagem de unidades de saúde que não cobram taxas pela utilização dos cuidados prioritários de saúde (inclusive consultas, tratamento, investigações e fornecimento de medicamentos)

- Meta: 100%



Porcentagem de pessoas que não fazem qualquer pagamento direto ao acessar ou usar os cuidados de saúde (inclusive consultas, tratamento, investigações e fornecimento de medicamentos)

- Meta: 100%

Notas de orientação

Taxas de utilização: exigir pagamento por serviços durante uma emergência impede o acesso e pode fazer com que as pessoas não busquem os cuidados de saúde.

A suspensão das taxas de utilização dos serviços de saúde do governo causará, necessariamente, uma pressão financeira. Cogite apoiar os estabelecimentos vinculados ao Ministério da Saúde ou outros provedores responsáveis com salários e incentivos para o pessoal, com mais remédios, aparelhos médicos e dispositivos auxiliares. Se as taxas de utilização forem temporariamente suspensas, certifique-se de que os usuários tenham informação clara sobre o prazo e as razões dessa suspensão e monitore a acessibilidade e a qualidade do serviço.

Os custos indiretos podem ser reduzidos ao se fornecerem serviços adequados em comunidades e ao se usarem mecanismos planejados para transporte e encaminhamento.

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. Até o fechamento desta edição, não havia clara evidência de que a ajuda em dinheiro, especificamente para respostas de saúde em contextos humanitários, tivesse um impacto positivo nos resultados; ➕ *ver O que é a Esfera? e Prestação de ajuda através de mercados.*

A experiência sugere que a ajuda em dinheiro para respostas de saúde pode colaborar se:

- a emergência se estabilizou;
- há um serviço previsível para apoiar, como cuidado pré-natal ou gestão de doenças crônicas;
- há um comportamento positivo em busca de saúde e alta demanda; e
- outras necessidades domésticas cruciais, tais como alimento e alojamento, já foram atendidas.

Os cuidados de saúde são guiados por evidências mediante coleta, análise e uso de dados relevantes de saúde pública.

Ações-chave

- 1 Fortalecer ou desenvolver um sistema de informação de saúde que proporcione 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 coletar, analisar e interpretar as informações que vão orientar a resposta.
- 2 Fortalecer ou desenvolver mecanismos de alerta precoce e resposta rápida (EWAR) para todos os riscos que requerem uma resposta imediata.
- Decidir quais doenças e eventos prioritários incluir com base no perfil de risco epidemiológico e no contexto da emergência.
- Incorporar componentes baseados tanto em indicadores quanto em eventos.
- 3 Chegar a um acordo sobre quais dados e definições operacionais comuns utilizar.
- Levar em consideração valores universais como população, tamanho da família e desagregação de dados por idade.
- Estabelecer áreas administrativas e códigos geográficos.
- 4 Estabelecer procedimentos operacionais padrão 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 notificantes e/ou das populações.
- 6 Ajudar o agente líder a compilar, analisar, interpretar e disseminar as informações de saúde a todas as partes intervenientes em tempo hábil e regularmente e a guiar 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

Porcentagem de relatórios completos de monitoramento de Alerta Precoce e Resposta Rápida (EWAR) apresentados em tempo

- Mínimo de 80%

Frequência dos relatórios de informação de saúde produzidos pelo agente de saúde líder

- Pelo menos mensalmente

Notas de orientação

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 tempestiva sobre fatores determinantes da saúde, desempenho dos sistemas de saúde e situação da saúde. Os dados podem ser qualitativos ou quantitativos e podem ser coletados de várias fontes, como recenseamentos, registros civis, levantamentos da população, pesquisas de 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 que faltam devem ser reunidas por meio de análises ou levantamentos adicionais. Leve em conta o trânsito de pessoas cruzando fronteiras e as informações necessárias ou disponíveis. Forneça uma análise regular de quem está fazendo o que e onde.

Os Sistemas de Informação de Gestão de 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 monitora a realização de intervenções específicas, o tratamento de afecções, além dos recursos, como a disponibilidade de remédios traçadores, os recursos humanos e as taxas de utilização.

Monitoramento de saúde é a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados de saúde. O monitoramento de doenças acompanha especificamente diferentes doenças e padrões de progressão e geralmente é coletado em relatórios de Sistemas de Informação de Gestão de Saúde.

Alerta Precoce e Resposta Rápida (EWAR) é parte de um sistema rotineiro de monitoramento de saúde. Ele detecta e gera um alerta para qualquer incidente de saúde pública que necessite de uma resposta imediata, como intoxicação química ou doenças propensas a se tornarem epidemias; ⊕ *ver Cuidados essenciais de saúde: doenças transmissíveis – Norma 2.1.2: Monitoramento, detecção de surtos e resposta rápida.*

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:

- definições de caso;
- indicadores do que monitorar;
- unidades notificantes (como clínicas móveis, hospitais de campanha, postos de saúde);
- meio de notificação; e
- frequência da apresentação, análise e notificação dos dados.

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 detectar desigualdades em relação aos grupos de risco.

No que diz respeito a alerta precoce e resposta rápida (EWAR), devem-se desagregar os dados de mortalidade e de morbidade de crianças abaixo e acima dos 5 anos de idade. O propósito é gerar um alerta rapidamente; dados menos pormenorizados são aceitáveis. Os dados de investigação de surtos, rastreamento de contatos, listagens por linhas e outros monitoramentos de tendências de doenças devem ser desagregados.

Gestão, segurança e confidencialidade dos dados: tome precauções adequadas para proteger a segurança dos indivíduos e dos dados. A equipe jamais deve compartilhar as informações do paciente com alguém que não esteja diretamente envolvido com os cuidados do paciente sem a sua devida permissão. Leve em conta a situação de pessoas com deficiência intelectual, mental ou sensorial que possa afetar sua capacidade de dar um consentimento informado. Esteja ciente de que muitas pessoas com afecções como HIV podem não ter revelado seu estado os membros mais próximos de sua família. Trate com cuidado os dados que se relacionem a lesões causadas por tortura ou por outras violações dos direitos humanos, inclusive agressão sexual. Cogite transmitir tais informações para os agentes ou para as instituições apropriadas, se o indivíduo der consentimento informado; ⊕ *ver Princípio de Proteção 1 e Norma Humanitária Essencial, Compromisso 4.*

Ameaças aos cuidados de saúde: ameaças a agentes de saúde ou quaisquer incidentes violentos que envolvam agentes de saúde devem ser relatados por meio de mecanismos locais e nacionais previamente acertados; ⊕ *ver Conceitos essenciais relativos à saúde (acima) e Referências e leitura complementar (a seguir).*



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 chegar a um acordo sobre quais serviços, quando e onde devem ser priorizados. Baseie as prioridades no contexto, na avaliação de riscos e em evidências disponíveis.

A população afetada por uma crise terá necessidades novas e diferentes que continuarão a evoluir. As pessoas podem ter de lidar com superpopulação, deslocamentos múltiplos, desnutrição, falta de acesso a água ou conflito continuado. A idade, o gênero, a deficiência, a condição quanto ao HIV e a identidade linguística ou étnica podem influenciar ainda mais as necessidades e constituir barreiras significativas ao acesso a cuidados. Leve 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. Esse exercício deve ser realizado regularmente, com base nas informações disponíveis e conforme o contexto mude.

Uma vez que as taxas de mortalidade tenham diminuído ou que a situação tenha se estabilizado, serviços de saúde mais completos podem se tornar viáveis. Em contextos prolongados, esse pode ser um pacote essencial de serviços de saúde, definido em escala nacional.

Esta seção delinea 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 trauma, 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 decorrência de doenças transmissíveis. A mudança de pessoas para assentamentos ou alojamentos comunitários lotados facilita a propagação rápida de doenças como diarreia e sarampo. Danos a instalações sanitárias ou falta de água limpa significam que as doenças originadas pela água ou por vetores são transmitidas rapidamente. 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 HIV e de tuberculose (TB) —, o fornecimento de imunizações rotineiras e o tratamento de afecções simples, como infecções respiratórias.

Infecções 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.

Em uma crise, o objetivo é prevenir doenças transmissíveis desde o princípio, tratar alguns casos e assegurar uma resposta rápida e apropriada em caso de surto. As intervenções para tratar doenças transmissíveis devem incluir prevenção, monitoramento, detecção de surtos, diagnóstico, manejo de casos e resposta a surtos.

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 monitoramento, bem como o estado nutricional e o acesso à água potável e a saneamento.
 - Realizar avaliações do risco com a população atingida, inclusive com líderes locais e profissionais de saúde.
- 2 Trabalhar com outros setores para desenvolver medidas gerais de prevenção e estabelecer programas integrados de promoção de 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 extensão do alcance do serviço, 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 tão logo quanto possível.
- 4 Implementar medidas específicas de prevenção de doenças conforme necessário.
 - Fornecer e garantir que todos os pacientes internados usem mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD) em todas as zonas de malária.



- 5 Implementar medidas de prevenção e controle de infecções 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

Porcentagem de pessoas que adotam práticas essenciais promovidas em atividades e mensagens de educação em saúde

Porcentagem de famílias afetadas que relatam ter recebido informações apropriadas sobre riscos relacionados a doenças transmissíveis e a ações preventivas

Porcentagem de famílias que podem descrever três medidas que estão tomando para prevenir doenças transmissíveis

Todos os pacientes internados em unidades de saúde usam 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

Avaliações de risco: realize avaliações de risco com a população afetada, com líderes locais e com profissionais de saúde. Analise os riscos advindos do contexto e do ambiente, como os assentamentos comunitários e as áreas urbanas de população numerosa. Estude ativamente diferentes segmentos da população quanto a fatores relacionados a doenças específicas, a baixa imunidade ou a outros riscos.

Medidas de prevenção intersetorial: desenvolva medidas gerais de prevenção como higiene, descarte de resíduos, água segura e suficiente, e gestão de vetores. Alojamentos adequados, com espaçamento e ventilação, 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 de higiene – Norma 1.1, WASH – Suprimento de água – Normas 2.1 e 2.2, WASH – Gestão de resíduo sólido – Normas 5.1 a 5.3, Alojamento e assentamento – Norma 2 e Segurança alimentar e nutrição – Alimentação de bebês e de crianças pequenas – Normas 4.1 e 4.2.*

Promoção de saúde: envolva as comunidades de modo a fornecer informações em formatos e línguas acessíveis a idosos, a pessoas com deficiência, a mulheres e crianças. Tome o tempo necessário para testar e validar as mensagens sobre questões sensíveis.

Vacinação: a decisão de implementar uma campanha de vacinação se apoiará em três fatores:

- Uma **avaliação de fatores de risco gerais**, tais como desnutrição, alta carga de doença crônica, superpopulação, condições WASH inadequadas e riscos de doenças específicas relacionados a geografia, clima, estação e 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 vacinadores.

⊕ *Ver Cuidados Essenciais de saúde – Saúde da criança – Norma 2.2.1: Doenças infantis preveníveis por vacina e [Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making](#), WHO, 2017, que cobre 23 antígenos, inclusive cólera, meningite, sarampo e rotavírus.*

Prevenção da malária: quando a transmissão da malária for de alta a moderada, forneça mosquiteiro tratado 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 HIV. Em seguida, priorize as pessoas cadastradas em programas de alimentação suplementar, as famílias com crianças de menos de 5 anos e as famílias de mulheres grávidas. Administre quimioprevenção para gestantes segundo protocolos nacionais e padrões de resistência. Em áreas com alta desnutrição e mortalidade por sarampo, avalie o possível uso seletivo de quimioprevenção sazonal da malária.

Doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes*: a dengue, a chikungunya, o zika-vírus e a febre amarela são transmitidos 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 manejo de água e de resíduos e repetentes ou, ainda, usar mosquiteiro tratado com inseticida de longa duração (MTILD) para crianças pequenas e bebês que dormem durante o dia; ⊕ *ver WASH – Controle de vetores – norma 4.2: Ações domésticas e pessoais para o controle de vetores.*

Os sistemas de monitoramento e de notificações possibilitam a detecção precoce de surto e 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 doenças e eventos prioritários devem ser incluídos.
 - Dar formação aos trabalhadores da área de 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 de alerta precoce e resposta rápida (EWAR) a todas as partes intervenientes para que tomem as medidas necessárias.
- 2 Criar equipes de investigação de surtos.
- Velar para que se adotem medidas rapidamente quando um alerta for gerado.
 - Iniciar uma investigação remota quando as equipes 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

Porcentagem de alertas notificados em até 24 horas

- 90%

Porcentagem de alertas notificados e verificados em até 24 horas

- 90%

Porcentagem de alertas verificados e investigados em até 24 horas

- 90%

Notas de orientação

Alerta Precoce e Resposta Rápida (EWAR, sigla em inglês): fortaleça ou estabeleça um sistema EWAR representativo da população atingida em coordenação com todas as partes intervenientes, inclusive com o Ministério da Saúde, parceiros e comunidade; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde.* O sistema deve ser capaz de captar rumores, eventos incomuns e informes da comunidade.

Monitoramento e alerta precoce: fortaleça o sistema EWAR com os parceiros e estabeleça a um acordo sobre unidades de informação, fluxo de dados, ferramentas de informação, ferramentas de análise de dados, definições de casos e frequência dos relatórios.

Geração de alerta e notificação: alertas são eventos incomuns de saúde que podem sinalizar os estágios iniciais de um surto. Defina parâmetros de alerta específicos para cada doença e faça informes o mais rápido possível. Use os relatórios dos trabalhadores de saúde que são baseados em eventos e notificações imediatamente ou analise os relatórios com base em indicadores (uma vez

por semana ou com maior frequência). Registre todos os alertas de imediato e retransmita-os às equipes de investigação de surto para verificação.

Verificação de alerta: verifique a informação de alerta em até 24 horas. A verificação pode ser feita remotamente por telefone, por exemplo, e implica a coleta 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.

Deteção de surto: se um alerta é verificado, realize uma investigação de campo em até 24 horas. Certifique-se de que as equipes têm perícia suficiente para verificar alertas, realizar uma investigação de campo, detectar um surto suspeito e colher amostras de laboratório. A investigação confirmará um surto se um parâmetro epidêmico tiver sido atingido ou determinará se o alerta reflete casos esporádicos ou picos sazonais.

Revise os casos, colha 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 demandar uma ação imediata.

Parâmetros de alerta e de surto

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 em uma pessoa de 5 anos ou mais 1 caso de diarreia líquida aguda, com teste de diagnóstico rápido positivo para cólera em uma área Decidido no âmbito do país, a depender do contexto 1 caso 2 casos em uma semana (em uma população < 30.000) 3 casos em uma semana (em uma população de 30.000 a 100.000) 1 caso 1 caso	1 caso confirmado Decidido no âmbito do país, a depender do contexto Definido no âmbito do país 5 casos em uma semana (em uma população < 30.000) 10 casos por 100.000 em uma semana (em uma população de 30.000 a 100.000) 2 casos confirmados em uma semana em um acampamento. 1 caso 1 caso
---	---



Investigação de surto e resposta rápida: continue investigando caso um surto seja confirmado ou haja suspeita. Determine a causa/fonte, quem foi atingido, os modos de transmissão e quem está em risco, a fim de tomar medidas de controle apropriadas.

Realize investigações epidemiológicas descritivas incluindo:

- casos, mortes e pessoas, hora e local de início para traçar uma curva epidêmica e um mapa do local;
- listagens em linha que acompanhem cada caso e analisem a extensão do surto, por exemplo: o número de hospitalizações, as complicações, a taxa de mortalidade; e
- cálculo das taxas de ataque baseadas nos números de população previamente definidos.

Desenvolva uma hipótese que explique a exposição e a doença. Leve em conta o patógeno, 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 de caso usada para o monitoramento. 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 colher amostras.

Comunique e atualize os resultados imediatamente e com regularidade. Implemente medidas de controle 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.*

As pessoas têm acesso a diagnóstico e tratamento eficazes para as doenças transmissíveis que mais contribuem para a morbidade e a mortalidade.

Ações-chave

- 1 Desenvolver mensagens claras que incentivem as pessoas a buscar cuidados para sintomas como febre, tosse e diarreia.
 - Desenvolver materiais escritos, transmissões de rádio ou mensagens de telefone celular usando formatos e línguas acessíveis.
- 2 Usar 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 a níveis mais altos de cuidados ou ao isolamento.

- 3 Proporcionar uma adequada capacidade laboratorial e diagnóstica, suprimir custos e garantia de qualidade.
 - Determinar o uso de testes diagnósticos rápidos ou de testagem laboratorial para patógenos e em que nível de cuidados de saúde eles devem ser oferecidos (por exemplo, testes diagnósticos rápidos na comunidade).
- 4 Garantir que o tratamento não seja interrompido para as pessoas que recebem cuidados prolongados para doenças transmissíveis, como a tuberculose e a AIDS.
 - Iniciar programas de controle da tuberculose apenas depois que os critérios reconhecidos forem atendidos.
 - Coordenar-se com programas para HIV que assegurem a provisão de cuidados de saúde para as pessoas com infecção simultânea de HIV e tuberculose.

Indicadores-chave

Porcentagem de centros de saúde que assistem uma população afetada pela crise usando protocolos de tratamento padronizados para uma doença específica

- Revise informes mensais para monitorar tendências

Porcentagem de casos suspeitos confirmados por um método de diagnóstico segundo protocolo estipulado

Notas de orientação

Protocolos de tratamento: os protocolos devem incluir um pacote de diagnóstico, tratamento e encaminhamento. Se esse pacote não estiver disponível em uma crise, considere as orientações internacionais. Conheça os padrões locais de resistência a medicamentos (também considerando o deslocamento) especialmente para a malária, a tuberculose e o tifo. Leve em conta os grupos de alto risco clínico, como crianças abaixo de 2 anos, gestantes, idosos, pessoas com HIV, crianças com desnutrição aguda, as quais têm maior risco de sofrer determinadas doenças transmissíveis.

Infecções respiratórias agudas: em uma crise, a vulnerabilidade aumenta em virtude de superpopulação, fumaça e ventilação precária dos ambientes, desnutrição e/ou deficiência de vitamina A. Reduza as taxas de mortalidade por meio de uma identificação feita em tempo hábil, de antibióticos orais e do encaminhamento de casos graves.

Diarreia e diarreia sangüinolenta: controle as taxas de mortalidade por meio da ampliação do acesso e do uso da terapia de reidratação oral e de suplementação de zinco nas famílias, na comunidade ou nos cuidados primários de saúde. O tratamento pode ser administrado nos pontos de reidratação oral da comunidade.

Gestão de casos na comunidade: pacientes com malária, pneumonia ou diarreia podem ser tratados por agentes comunitários de saúde treinados. Certifique-se de que todos os programas estejam conectados e sejam supervisionados pela unidade de saúde mais próxima. Assegure o acesso equitativo e imparcial para todos.



Testes de laboratório: estabeleça uma rede de encaminhamento de unidades laboratoriais nacionais, regionais e internacionais para testar amostras. Garanta uma testagem diagnóstica rápida para malária, cólera e dengue, além de testes do nível de hemoglobina do sangue. Forneça um meio de transporte apropriado para as amostras a serem testadas quanto a outros patógenos (como o meio Cary-Blair para o cólera).

Capacite os trabalhadores de saúde em métodos diagnósticos, garantia de qualidade e coleta, 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. Leve em conta as regulamentações da aviação para o transporte de amostras por via aérea.

O controle 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 (TB MDR, resistente a dois medicamentos anti-TB de primeira linha, isoniazida e rifampicina) e a tuberculose ultrarresistente (TB EDR, resistente a quatro medicamentos anti-TB de primeira linha). Ambas exigem tratamentos mais longos, mais caros e complexos. Em uma crise, muitas vezes é difícil acessar o diagnóstico e os testes de sensibilidade necessários para garantir a seleção e o uso corretos dos medicamentos para a tuberculose.

Há preparação adequada para surtos, que são controlados em tempo hábil e de uma forma efetiva.

Ações-chave

- 1 Desenvolver e disseminar um plano integrado de prontidão e resposta para surtos, em parceria com todas as partes intervenientes e setores.
 - Concentrar o treinamento nos funcionários-chave em zonas de alto risco.
 - Prestabelecer remédios essenciais, aparelhos médicos, testes rápidos, equipamentos de proteção individual (EPI) e kits (como para o cólera e doença diarreica) em áreas propensas a epidemias ou de acesso limitado.
- 2 Implementar medidas de controle específicas da doença uma vez que o surto seja detectado.
 - Determinar a necessidade de uma campanha seletiva de vacinação.
 - Aumentar as medidas de prevenção e controle de infecções (PCI) inclusive estabelecendo áreas de isolamento para surtos de cólera, hepatite E ou outros.

- 3 Criar e coordenar a capacidade logística e de resposta específica para o surto.
 - Assegurar-se de que exista capacidade para transportar e estocar remédios e suprimentos, inclusive cadeia de frio para vacinas.
 - Ampliar a capacidade das instalações de saúde com barracas para cólera e meningite, por exemplo.
 - Assegurar acesso e transporte aos laboratórios locais, nacionais e internacionais para testar amostras.
- 4 Coordenar-se com outros setores conforme necessário, inclusive com o setor de proteção à infância.

Indicadores-chave

Porcentagem 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%.
- Coqueluche <4% em crianças de 1 ano de idade, < 1% naqueles de idade entre 1 e 4 anos.
- Dengue <1%

Notas de orientação

Plano de prontidão e resposta para surto: desenvolva esse plano com parceiros da área de saúde, com o Ministério da Saúde, com membros e líderes da comunidade. Parceiros WASH, dos setores de nutrição, de alojamento e educação, o governo de acolhida, a administração de prisões e os militares (se cabível) também devem participar. Assegure-se de que outros serviços críticos de saúde não fiquem comprometidos ao responder ao surto.

O plano deve definir:

- um mecanismo de coordenação de resposta ao surto em nível nacional, subnacional e comunitário;
- mecanismos para a mobilização da comunidade e para a comunicação do risco;
- o fortalecimento do alerta precoce e resposta rápida (EWAR, sigla em inglês): monitoramento da doença, detecção e investigação (epidemiológica) de surtos;
- manejo de casos;
- medidas de controle específicas à doença e ao contexto;
- medidas transeitoriais;
- 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, inclusive a criação de áreas de isolamento em centros de tratamento;
- a capacidade da equipe de controlar surtos e a necessidade de mais trabalhadores de saúde durante os picos; e
- a disponibilidade de remédios essenciais, vacinas, aparelhos médicos, produtos laboratoriais e equipamentos de proteção individual (EPI) para trabalhadores de saúde incluindo aquisição internacional (por exemplo, o estoque mundial de vacinas).

O controle de surtos depende da adequada comunicação do risco e de equipes dedicadas a esse controle. Contenha o surto de forma abrangente para evitar que ele se propague a novas áreas e para reduzir o número de novos casos onde ele já esteja ocorrendo. Isso exigirá uma detecção ativa de casos e um diagnóstico e manejo rápidos. Providencie áreas de isolamento conforme for necessário (por exemplo, para cólera ou hepatite E). Melhore o controle de vetores para reduzir a exposição a infecções, use mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração e um comportamento de higiene aperfeiçoado.

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. Dirija a vacinação seletivamente a grupos de idade específica com base em taxas de ataque conhecidas ou às pessoas com idade entre 6 meses e 30 anos. Dada a necessidade de punção lombar para um diagnóstico definitivo, estabeleça uma definição de caso clara.

Febre hemorrágica viral: a gestão e o diagnóstico de febres hemorrágicas virais, tais como o Ebola ou a Febre de Lassa, são baseados 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 em um assentamento para populações deslocadas e anfitriãs. Combine esse procedimento com medidas de controle 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 em seguida aos estágios iniciais de uma emergência. Inicie a vacinação em massa se um caso de pólio paralítica for detectado.

Cólera: protocolos claros de tratamento e de surto devem estar disponíveis e ser coordenados entre os setores. Use vacinas para o cólera de acordo com os enquadramentos da Organização Mundial de Saúde e complemente as estratégias existentes para o controle 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 à água potável.

Sarampo: ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: saúde da criança – Norma 2.2.1: Doenças infantis preveníveis por vacina.*

Coqueluche ou difteria: surtos de coqueluche são comuns quando as pessoas estão deslocadas. Devido ao receio de riscos entre receptores mais velhos da vacina de células inteiras contra difteria, coqueluche e tétano (DTP), seja cauteloso quanto a uma campanha de vacinação contra coqueluche durante um surto. Devem se aproveitar os surtos para solucionar lacunas na rotina de imunização. A gestão de casos inclui o tratamento dos casos detectados por meio de antibióticos e o tratamento profilático precoce dos contatos em famílias onde houver um bebê ou uma mulher grávida. Surtos de difteria são menos comuns, mas ainda são uma ameaça em ambientes com uma superpopulação com baixa imunidade à difteria. Em acampamentos, é comum realizarem-se campanhas de vacinação em massa contra a difteria com três doses separadas da vacina. A gestão de casos inclui a administração de antitoxina e antibiótico.

Taxas de mortalidade: as taxas de mortalidade (TM) para doenças específicas variam conforme o contexto e a imunidade existente. Objetive reduzir as taxas de mortalidade tanto quanto possível. Altas taxas de mortalidade podem indicar falta de acesso a cuidados apropriados de saúde, apresentação e manejo de caso tardios, comorbidades significativas na população ou cuidados de saúde de má qualidade. Monitore com frequência as taxas de mortalidade e tome medidas corretivas imediatas se elas se tornarem maiores do que o esperado.

Atenção a crianças: durante surtos, considere as crianças um grupo específico ao projetar e implementar programas. Coordene os setores de saúde e o de proteção à infância e faça encaminhamentos entre eles. Estude os riscos de separar as crianças de seus pais. Os riscos podem ser causados pela morbidade ou mortalidade dos pais ou pelo desenho do programa. Acima de tudo, procure evitar a separação da família e obtenha o consentimento dos pais ou da criança para o tratamento. Tome medidas para manter abertas as instalações de ensino, atentando às medidas necessárias de controle e educação em saúde.

2.2 Saúde da criança

Durante uma crise, as crianças são ainda mais vulneráveis a infecções, a doenças e a outros riscos à sua saúde e às suas vidas. Não apenas as condições de vida se deterioraram, 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, ela estará centrada nos cuidados para salvar vidas, mas, em última análise, as intervenções devem aliviar o sofrimento e promover crescimento e desenvolvimento. Os programas devem atuar sobre as maiores causas de morbidade e de mortalidade. Em escala mundial, esses riscos são infecções respiratórias agudas, diarreia, sarampo, malária, desnutrição e causas neonatais de morbidade e de mortalidade.



As crianças com idade entre 6 meses e 15 anos têm imunidade contra doenças e 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.
 - Embasar este estudo em uma 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). Esse 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 6 meses e 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 6 e 59 meses.
 - Assegurar que todos os bebês vacinados entre 6 e 9 meses recebam outra dose de vacina contra o sarampo aos 9 meses.
- 3 Restabelecer o Programa Ampliado de Imunização (PAI) assim que possível.
 - Objetivar que as unidades primárias de saúde ou os sistemas de equipes móveis/de extensão do serviço ofereçam o cronograma de imunização nacional para doenças preveníveis por vacina no mínimo durante 20 dias ao mês.
- 4 Triar as crianças que comparecem às unidades de saúde ou às clínicas móveis quanto à situação de vacinação e aplicar as vacinas necessárias.

Indicadores-chave

Porcentagem de crianças com idade entre 6 meses e 15 anos que receberam vacina contra o sarampo como parte de uma campanha de vacinação

- >95%

Porcentagem de crianças com idade entre 6 e 59 meses que receberam uma dose adequada de vitamina A ao término de uma campanha de vacinação contra o sarampo

- >95%

Porcentagem de crianças com 12 meses de idade que já tomaram 3 doses da vacina DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche)

- >90%

Porcentagem de unidades primárias de saúde que oferecem serviços básicos do Programa Ampliado de Imunização (PAI) pelo menos durante 20 dias/mês

Notas de orientação

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 cruzaram 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 aparelhos médicos essenciais* sobre aquisição e armazenamento de vacinas.

Vacinação contra o sarampo: a imunização contra o sarampo é uma intervenção de saúde prioritária durante uma crise.

- **Cobertura:** revise os dados de cobertura para populações deslocadas e de acolhida com a finalidade de avaliar se a cobertura da imunização de rotina contra o sarampo foi superior a 90% nos três anos anteriores. Realize uma campanha de vacinação contra o sarampo se a cobertura da vacinação foi menor que 90%, é desconhecida ou há dúvida. Administre suplemento de vitamina A ao mesmo tempo. Garanta que pelo menos 95% de ingressantes a um assentamento com idade entre 6 meses e 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. Essas crianças permanecem sob risco de infecção por sarampo e podem infectar bebês e crianças pequenas, que têm maior risco de morte pela doença. Portanto, vacine até os 15 anos de idade. Se isso não for possível, priorize crianças entre 6 e 59 meses de idade.
- **Repetir as vacinações:** todas as crianças entre 9 meses e 15 anos de idade devem receber duas doses de vacina contra o sarampo como parte de programas-padrão nacionais de imunização. Crianças de 6 a 9 meses de idade que tenham recebido vacina contra o sarampo (por exemplo, em uma campanha emergencial) 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).

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*.



Programa Ampliado de Imunização (PAI) nacional: restabeleça prontamente o PAI para proteger as crianças contra sarampo, difteria e coqueluche e para reduzir o risco de infecções respiratórias. Os PAIs (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.*

Segurança da vacina: 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 aparelhos médicos essenciais.*

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.

As crianças têm acesso a cuidados prioritários de saúde que visam a tratar as principais causas de morbidade e de mortalidade neonatal e infantil.

Ações-chave

- 1 Prestar cuidados de saúde adequados em diferentes níveis (unidade de saúde, clínicas móveis ou programas comunitários).
 - Utilizar as diretrizes de *Newborn Health in Humanitarian Settings* para cuidados neonatais essenciais; ⊕ *ver Referências.*
 - Considerar a ideia de adotar a gestão integrada de casos comunitários (ICCM) 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 enfermas.
 - Certificar-se de que as crianças com sintomas perigosos (que não conseguem se alimentar ou ser amamentadas, que vomitam tudo, têm convulsões, 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 tratamento de doenças comuns da infância em todos os níveis de cuidados.
- 4 Triar as crianças quanto a seu crescimento e sua situação 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 preveníveis por vacina tais como difteria e tuberculose em situações onde o risco de surto é alto.
 - Utilizar os protocolos existentes sempre que possível.
- 6 Elaborar mensagens de educação sanitária para incentivar as famílias a cultivar hábitos saudáveis e práticas de prevenção de doenças.
 - Promover ações 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 de saúde para incentivar as pessoas a procurar cuidados preventivos para quaisquer enfermidades como febre, tosse ou diarreia em crianças e recém-nascidos.
 - Tomar medidas para que os serviços alcancem as 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 antimalária ministrado em tempo hábil para todas as crianças com menos de 5 anos de idade que apresentam malária

- Dentro das primeiras 24 horas após o início dos sintomas
- Exceção para crianças com menos de 5 anos de idade acometidas de desnutrição aguda grave

Sais de reidratação oral (SRO) e suplementação de zinco disponibilizados em tempo hábil para todas as crianças menores de 5 anos que apresentam diarreia

- Dentro de 24 horas após o início dos sintomas

Cuidados adequados prestados em tempo hábil para todas as crianças menores de 5 anos que apresentam pneumonia

- Dentro de 24 horas após o início dos sintomas

Notas de orientação

Cuidados neonatais essenciais: durante o parto, proporcione cuidados especializados a todos os nascituros ou recém-nascidos, preferencialmente em uma unidade de saúde e de acordo com as orientações da ⊕ *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)* e da *Newborn Health in Humanitarian Settings*. Com ou sem



cuidados especializados durante o nascimento, os cuidados neonatais essenciais consistem em:

- cuidados térmicos (retarde o banho e mantenha o bebê seco e aquecido pelo contato 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);
- apoio alimentar (aleitamento materno imediato e exclusivo, não descartando o colostro);
- monitoramento (avaliar se há sinais de perigo de infecções ou condições que possam precisar de encaminhamento); e
- cuidados pós-natais (oferecê-los em casa ou próximo da casa na primeira semana de vida, sendo crucial uma visita nas primeiras 24 horas; objetiva a realização de três visitas domiciliares na primeira semana de vida).

A gestão integrada de doenças da infância (GIDI) está centrada nos cuidados primários de saúde das crianças com menos de 5 anos de idade. Depois de estabelecer a GIDI, incorpore as orientações clínicas nos protocolos-padrão e treine adequadamente 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 limitado acesso a unidades de saúde, especialmente para as crianças com menos de 5 anos de idade.

Gestão da diarreia: trate crianças com diarreia com sais de reidratação oral (SRO) de baixa osmolaridade e com suplementação de zinco. O zinco encurta a duração da diarreia, e os SRO previnem a desidratação. Incentive os cuidadores a continuar ou a aumentar o aleitamento materno durante a ocorrência e a aumentar toda a alimentação posteriormente.

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 aquelas com sintomas perigosos ou pneumonia grave para atendimento urgente.

As taxas de respiração rápida são específicas para cada idade:

Do nascimento até 2 meses: >60/min	12 meses: >50/min
1 a 5 anos: >40/min	5 anos: >20/min

HIV: quando a prevalência do HIV for maior que 1%, teste todas as crianças com desnutrição aguda grave. Mães e cuidadores de crianças expostos ao HIV necessitam de apoio e de orientação ajustados à situação; ⊕ ver *Normas de segurança alimentar e nutrição*.

Alimentando crianças separadas: organize uma alimentação supervisionada para crianças separadas ou desacompanhadas.

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 ao gênero aos serviços de saúde de rotina para mães e bebês, crianças e adolescentes.

Referências de nutrição: ⊕ *ver Segurança alimentar e nutrição – Norma 3: Deficiência de micronutrientes, e Gestão da desnutrição – Norma 2.2: Desnutrição aguda grave.*

Poliuição do ar doméstico: considere a possibilidade de fornecer fogões de cozinha alternativos para reduzir a fumaça e os vapores, bem como as enfermidades respiratórias que causam; ⊕ *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 pelo uso de kits de saúde reprodutiva; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: medicamentos e aparelhos 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 apoiar esta tarefa; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Normas 1.1 a 1.5.*

Todas as pessoas, inclusive 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 em que cumpre as normas internacionais de direitos humanos reconhecidas universalmente. Seja sensível às necessidades de adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e populações em risco, independentemente de orientação sexual ou identidade de gênero.

As emergências elevam os riscos de violência sexual, inclusive 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. Compartilhe os dados somente em consonância com os protocolos aceitos; ⊕ *ver Princípios de Proteção e Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde.*



As pessoas têm acesso a serviços de saúde e a planejamento familiar que evitam excessiva morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Ações-chave

- 1 Certificar-se de que sempre estejam disponíveis serviço de parto limpo e seguro, de cuidados neonatais essenciais e serviços emergenciais de atendimento obstétrico e neonatal.
 - Estabelecer um sistema de encaminhamento com comunicação e transporte da comunidade até uma unidade de saúde ou hospital que funcione permanentemente.
- 2 Prover todas as mulheres visivelmente grávidas com 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 a anticoncepcionais.
 - Ter conversas separadas e privadas com homens, mulheres, meninos e meninas adolescentes.
- 4 Disponibilizar nas unidades de saúde, em ambiente privado e confidencial e mediante demanda, uma variedade de métodos contraceptivos de curta duração e de longa duração reversíveis.
 - Oferecer orientação que enfatize a escolha informada e sua eficácia.

Indicadores-chave

Cuidados especializados estão permanentemente disponíveis para obstetrícia de emergência 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 cesárea em unidades de saúde

- Meta: 5 a 15%

Todos os centros primários de saúde relatam a disponibilidade de pelo menos quatro métodos de contracepção entre 3 e 6 meses após o início da crise.

Notas de Orientação

Atendimento obstétrico e neonatal de emergência: cerca de 4% de qualquer população são mulheres grávidas, e cerca de 15% dessas pessoas irão experimentar 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; cesariana, por exemplo. No mundo, de 9% a 15% dos recém-nascidos necessitarão de cuidados de emergência para 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 nascimento prematuro e eventos intraparto agudos resultando em asfixia grave; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: saúde da criança – Norma 2.2.2: Gestão de doenças de recém-nascidos e crianças.*

O atendimento obstétrico e neonatal de emergência básico inclui a administração de antibióticos parenterais, de drogas uterotônicas (oxitocina parenteral, misoprostol), de drogas anticonvulsivantes parenterais (sulfato de magnésio), a remoção de produtos de concepção retidos utilizando-se aparelhos apropriados, a remoção manual de 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 itens acima, além de cirurgia sob anestesia geral (cesariana, laparotomia) e transfusão de sangue racional e segura com medidas de precaução padronizadas. O cuidado pós-aborto é uma intervenção que salva vidas, a qual faz parte dos cuidados emergenciais obstétricos e neonatais e visa a reduzir a morte e o sofrimento em consequência de complicações do aborto espontâneo e de abortos realizados sem segurança. O tratamento inclui o controle de sangramento (possivelmente através de intervenção cirúrgica) e de sepsse, bem como a aplicação de profilaxia do tétano.

É essencial que a todo momento estejam disponíveis serviços emergenciais obstétricos e neonatais 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 primária de saúde com atendimento obstétrico e neonatal de emergência básico e de um hospital com amplo atendimento obstétrico e neonatal de emergência.

Planejamento 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 acessar a contracepção. Compartilhe informações em vários formatos e idiomas para garantir a acessibilidade. Envolve líderes comunitários para disseminar a informação.



O aconselhamento sobre contracepção deve ser dado por pessoal capacitado que entenda as preferências, a cultura e o contexto do paciente. Ele 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, o gerenciamento e acompanhamento e as orientações sobre remoção, se necessário.

Diferentes tipos de contraceptivos devem estar disponíveis imediatamente para atender à demanda estimada. Os agentes devem ser treinados para remover contraceptivos reversíveis usados por longo tempo.

Outros serviços: iniciar outros cuidados maternos e neonatais o mais rápido possível, incluindo cuidados pré e pós-natais.

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.*

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 vistas a reduzir o risco de violência sexual, fazer encaminhamentos e fornecer apoio holístico 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 buscar atendimento médico imediatamente após a violência sexual.
 - Fornecer profilaxia pós-exposição ao HIV o mais rápido possível (dentro das primeiras 72 horas após a exposição).
 - Fornecer contraceptivos de emergência 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.
 - Exibir e utilizar protocolos claros e uma lista de direitos dos pacientes.
 - Treinar 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 condições clínicas que ofereçam risco de vida e sejam complicadas ou graves.
- Estabelecer mecanismos de encaminhamento entre serviços de saúde, jurídicos, de proteção, de segurança, psicossociais e comunitários.

Indicadores-chave

Todas as unidades de saúde possuem pessoal treinado, suprimentos e equipamentos suficientes para o manejo clínico dos serviços aos sobreviventes de estupro 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 atendem aos requisitos recebem:

- Profilaxia pós-exposição nas primeiras 72 horas após um incidente ou exposição
- Contracepção de emergência nas primeiras 120 horas após um incidente ou exposição

Notas de orientação

A prevenção da violência sexual e do estupro 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 – Norma 1.1 a 1.3* para maiores informações sobre como tornar as instalações de saúde seguras e oferecer atendimento seguro.

Os cuidados clínicos, inclusive cuidados de saúde mental e encaminhamento de sobreviventes, devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde e nas equipes móveis; ⊕ ver *Sistemas de saúde – Norma 1.2 e Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5*. Isso inclui pessoal qualificado para oferecer, em tempo hábil, tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial a todas as crianças, adultos e idosos sobre:

- contracepção de emergência;
- testes de gravidez, informações sobre opções de gravidez e encaminhamento para aborto seguro em toda a extensão da lei;
- tratamento preventivo de DSTs;
- profilaxia pós-exposição para prevenir a transmissão do HIV; ⊕ ver *Saúde – Norma 2.3.3: HIV*
- prevenção da hepatite B;
- tratamento de feridas e prevenção do tétano; e
- 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 pacientes e treine acompanhantes e intérpretes femininos e masculinos para serviços não discriminatórios e imparciais. Capacite profissionais de saúde para o atendimento clínico aos sobreviventes de violência sexual, focando 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 coleta de provas forenses.

Crianças sobreviventes de violência sexual: as crianças devem ser cuidadas por profissionais de saúde com formação no tratamento de crianças vítimas de estupro. Permita que as crianças escolham o sexo do profissional de saúde. Em todos os casos, envolva rapidamente os agentes de proteção especializados.

Participação comunitária: trabalhe com os pacientes e com a comunidade para melhorar a acessibilidade e a aceitabilidade dos cuidados e para oferecer programas de prevenção durante toda a crise. Garanta que haja feedbacks rápidos e mecanismos confidenciais de feedback. Envolver mulheres, homens, adolescentes, meninas e meninos e populações de risco, como as pessoas com deficiência e os grupos LGBTQI.

Enquadramento legal: conheça o sistema médico-legal nacional e as leis pertinentes sobre violência sexual. Informe os sobreviventes sobre as leis de comunicação obrigatória que poderiam limitar a confidencialidade das informações divulgadas pelos pacientes aos prestadores de serviços de saúde. Isso pode influenciar sua decisão de continuar a buscar cuidados, mas deve ser respeitado.

Em muitos países, o aborto induzido é legal em circunstâncias como as de estupro. Quando este for 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 — são não 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 demandar respostas específicas. Outras diretrizes internacionais estão reconhecendo cada vez mais não apenas a violência sexual, mas também essas outras formas de violência de gênero e seus impactos na saúde; [☕ ver IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action](#).

As pessoas têm acesso a cuidados de saúde que previnem a transmissão do HIV e reduzem a morbidade e a mortalidade causada pelo vírus.

Ações-chave

- 1 Estabelecer e seguir as precauções e procedimentos-padrão para o uso seguro e racional da transfusão de sangue.

- 2 Fornecer terapia antirretroviral (TARV) a todos os que já estão em tratamento, inclusive às mulheres em programas de prevenção de transmissão mãe-filho.
 - Rastrear ativamente as pessoas com HIV para continuar o tratamento.
- 3 Fornecer preservativos masculinos lubrificados e também preservativos femininos nos lugares em que estes já sejam usados pela população.
 - Trabalhar com os líderes e a população afetada para entender o uso local, aumentar a aceitação e certificar-se de que a distribuição de preservativos é culturalmente apropriada.
- 4 Oferecer teste a todas as gestantes quando a prevalência de HIV for maior do que 1%.
- 5 Iniciar a profilaxia pós-exposição (PEP) para sobreviventes de violência sexual e de exposição ocupacional o mais rápido possível, mas dentro das primeiras 72 horas após a exposição.
- 6 Fornecer profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas para:
 - a. pacientes com HIV; e
 - b. crianças nascidas de mães com HIV entre 4 e 6 semanas de idade; continuar fornecendo a profilaxia até que a infecção pelo HIV seja excluída.
- 7 Certificar-se de que as instalações de cuidados primários de saúde tenham remédios antimicrobianos e proporcionar o manejo síndrome aos pacientes com sintomas de alguma DST.

Indicadores-chave

Todo o sangue usado em transfusões é pesquisado e está livre de infecções transmissíveis por transfusão, inclusive por HIV

Porcentagem de pessoas que estavam previamente em terapia antirretroviral (TARV) e continuam recebendo medicamentos antirretrovirais

- 90%

Porcentagem de mulheres que acessam serviços de saúde testadas para HIV, quando a prevalência de HIV é maior do que 1%

- 90%

Porcentagem de indivíduos potencialmente expostos ao HIV que comparecem a unidades de saúde e recebem PEP nas primeiras 72 horas após a exposição

- 100%

Porcentagem de bebês expostos ao HIV que recebem cotrimoxazol com 4 até 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 HIV.

Envolva a comunidade afetada e as populações-chave (profissionais de saúde, líderes, mulheres, pessoas LGBTQI, pessoas com deficiência) na prestação de serviços de HIV e certifique-se de que elas saibam onde obter os medicamentos antirretrovirais (ARV). Se já existe uma associação de pessoas com HIV, consulte-as e envolva-as no desenho e na execução do programa.

É útil fazer a distribuição comunitária de preservativos entre grupos de pessoas afins. Populações-chave e adolescentes muitas vezes sabem onde seus colegas se reúnem; assim, a distribuição de preservativos aos colegas pode ser feita pelos voluntários. Eduque as populações-chave com mensagens culturalmente apropriadas sobre a utilização e o descarte corretos de preservativos usados. Disponibilize preservativos à comunidade, ao pessoal de agências de ajuda, ao pessoal uniformizado, aos motoristas de caminhão de assistência entre outros.

Transfusão de sangue: ⊕ ver *Sistemas de saúde – Normas 1.1 e 1.3.*

Os cuidados e tratamentos pós-exposição devem incluir orientação, avaliação do risco de exposição ao HIV, consentimento informado, avaliação da fonte e fornecimento de medicamentos antirretrovirais. Não dê PEP a uma pessoa que se sabe que tem HIV. Embora a orientação e o teste para HIV sejam recomendados antes de iniciar-se a PEP, não se deve retardar o início da PEP se aqueles não forem viáveis; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2: Violência sexual e tratamento clínico do estupro.*

Atividades abrangentes relacionadas ao HIV em um crise: estabeleça as seguintes atividades o mais rápido possível:

Conscientização sobre o HIV: dê informação acessível ao público, particularmente às populações de maior risco, sobre a prevenção do HIV e outras DSTs.

Prevenção do HIV: a populações de alto risco ofereça serviços de redução de danos, tais como terapia substitutiva de opiáceos, bem como equipamentos esterilizados de injeção para pessoas que se injetam drogas, quando esses serviços já existam; ⊕ ver *Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5: Cuidados de saúde mental.*

Aconselhamento e testagem para HIV: ofereça (ou restabeleça) serviços de aconselhamento e testes vinculados à iniciação da terapia antirretroviral (TARV). Os grupos prioritários para o teste de HIV são mulheres grávidas e seus parceiros, crianças com desnutrição aguda grave quando a prevalência de HIV 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. Busque ativamente diminuir o estigma e a

Nota: A Cáritas International e seus membros não promovem o uso nem distribuem qualquer item de controle artificial de natalidade.

discriminação em áreas conhecidas por terem 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 seus parceiros e faça o diagnóstico precoce de HIV no bebê. Ofereça TARV para as mulheres que já testaram positivo, ou que tenham um novo teste positivo para HIV. Encaminhe os bebês que testaram positivo aos serviços pediátricos de HIV. Dê orientações específicas sobre alimentação infantil às mulheres como HIV e poio para que elas cumpram e permaneçam no programa ⊕ *ver Segurança alimentar e nutrição: Alimentação de bebês e de crianças pequenas – Normas 4.1 e 4.2.*

Serviços para controle da infecção simultânea de HIV/TB (Tuberculose): ofereça exames de Tuberculose e encaminhamento para pessoas com HIV. Forneça tratamento de Tuberculose a pessoas previamente inscritas em um 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 HIV em ambientes de alta prevalência e estabeleça o controle da infecção de Tuberculose em ambientes de cuidados de saúde.

2.4 Cuidados de lesão e trauma

Em qualquer crise, uma alta carga de morbidade é atribuível a lesões. É provável que o aumento da demanda 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 um gerenciamento massivo das baixas, e disponibilize cuidados básicos de emergência, assim como cuidados operatórios e de reabilitação seguros. Esta seção aborda a resposta do sistema de saúde a lesões físicas. Orientações específicas sobre intoxicação, saúde mental e violência sexual são abordadas em outras seções; ⊕ *ver Apêndice 4: Intoxicação; Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.5 e Cuidados essenciais de saúde: saúde sexual e reprodutiva – Norma 2.3.2.*

As pessoas têm acesso a cuidados de trauma seguros e eficazes durante uma crise para prevenir a mortalidade, a morbidade, o sofrimento e a deficiência.

Ações-chave

- 1 Cuidar de traumas em todos os níveis para todos os pacientes.
 - Estabelecer rapidamente sistemas seguros de encaminhamento entre as unidades de saúde e das comunidades atingidas para as unidades de saúde.



- Estabelecer clínicas móveis ou hospitais de campo se o atendimento em estruturas fixas não for acessível à população.
- 2 Assegurar que os profissionais de saúde tenham habilidades e conhecimentos para tratar lesões.
- Incluir todos os níveis, desde os primeiros socorristas até os que fornecem cuidados cirúrgicos e anestésicos.
- 3 Estabelecer ou reforçar as normas-padrão de triagem e de cuidados relativos a lesões e trauma.
- 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 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 a todas as unidades que prestam cuidados relativos a traumas e lesões, inclusive nos hospitais de campanha.
- 6 Garantir acesso em tempo hábil a serviços de reabilitação, a dispositivos auxiliares prioritários e ajuda à mobilidade de pacientes feridos.
- Confirmar a possibilidade de reparo, no próprio local, de dispositivos auxiliares como cadeiras de roda e muletas.
- 7 Garantir acesso, em tempo hábil, 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.
- Priorizar a documentação clínica básica; por exemplo, relatórios médicos de todos os pacientes que tenham sofrido trauma.
- Usar 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 desastres que inclua gestão de mortalidade em massa e seja periodicamente revisado e ensaiado

Porcentagem de unidades de saúde com normas para os gravemente feridos e que incluam instrumentos de triagem formal

Porcentagem de unidades de saúde com equipe que recebeu treinamento básico para tratar dos gravemente feridos

Porcentagem de unidades de saúde que implementam medidas de melhoria da qualidade para reduzir a morbidade e a mortalidade de referência segundo os dados disponíveis

Notas de orientação

A formação e o desenvolvimento de aptidões para cuidados de lesão e trauma deverão incluir:

- gestão de mortes em massa para os que respondem e os que coordenam a resposta;
- primeiros socorros básicos;
- triagem padronizada remota e nas unidades de saúde; e
- reconhecimento imediato, ressuscitação, gestão de ferimentos, controle da dor e apoio psicossocial sensível ao tempo.

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 de primeira linha no ponto de acesso; e
- encaminhamentos de emergência e cuidados avançados, inclusive cirurgia, cuidados pós-operatórios e reabilitação.

Normas mínimas de segurança e qualidade: mesmo quando os cuidados de trauma estiverem sendo fornecidos em resposta a um evento grave ou a um conflito em andamento, as Normas Mínimas devem ser asseguradas. As áreas a serem abordadas incluem: :

- uso seguro e racional de medicamentos, de dispositivos e produtos do sangue, inclusive da cadeia de suprimentos;
- prevenção e controle de infecções;
- fornecimento de energia suficiente para iluminação, para comunicações e para operar aparelhos médicos essenciais, tais como equipamentos de ressuscitação de emergência e autoclaves de esterilização; e
- gestão de resíduos de saúde.

Primeiros socorros baseados na comunidade: primeiros socorros apropriados implementados em tempo hábil por não profissionais salvam vidas, se executados de maneira segura e sistemática. Todos os auxiliares de primeiros socorros deverão utilizar um método estruturado para feridos. É vital um treinamento básico para o tratamento de ferimentos, como procedimentos de limpeza e de curativos.



Inclua primeiros socorros em nível doméstico e comunitário e orientações sobre quando e onde procurar auxílio médico. Promova a conscientização sobre riscos específicos do contexto, como uma infraestrutura instável ou o risco de lesão durante tentativas de resgate.

Triagem é o processo de classificação dos pacientes por categoria, segundo a gravidade das lesões e a necessidade de cuidados. Ela identifica aqueles que mais se beneficiariam de uma intervenção médica imediata. Existem vários sistemas de triagem. Um sistema amplamente adotado utiliza cinco cores: vermelho, para pacientes de prioridade mais alta; amarelo, para média; verde, para mais baixa; azul, para pacientes com problemas que estão além da capacidade técnica da unidade ou que requerem cuidados paliativos, e cinza para os falecidos.

Cuidados profissionais de emergência de primeira linha: todos os profissionais de saúde de nível mais alto como os médicos deverão estar qualificados em um 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 antibiótico, controle de hemorragia e tratamento de pneumotórax, podem ser empregadas em muitos contextos antes de se transferir o paciente para serviços avançados.

Cuidados anestésicos, traumatológicos e cirúrgicos: os cuidados de emergência, operatórios e de reabilitação devem ser executados somente por organizações com a devida expertise. Os prestadores do serviço devem atuar no âmbito de sua prática profissional, com recursos adequados para sustentar 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 paciente.

Hospitais de campanha: pode ser necessário utilizar hospitais de campanha temporários especialmente em crises agudas, e isso deverá ser coordenado 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 preceitos nacionais e internacionais; ⊕ *ver Referências* para maiores orientações.

Reabilitação e reintegração social: uma pronta reabilitação pode aumentar a sobrevivência, maximizar o impacto das intervenções médicas e cirúrgicas e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes feridos. Equipes médicas com capacidade de internação devem ser capazes de oferecer pronta reabilitação. Mapeie as capacidades de reabilitação e as vias de encaminhamento existentes e compreenda 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 pacientes com traumas e lesões, inclusive àqueles com deficiência preexistente, é preciso considerar suas necessidades continuadas. Garanta

acompanhamento médico e de reabilitação, orientação ao paciente e ao cuidador, dispositivos auxiliares essenciais (tais como muletas ou cadeiras de roda), assistência à saúde mental, apoio psicossocial e acesso a outros serviços essenciais. Estabeleça planos de cuidados e equipes multidisciplinares, inclusive 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 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 gerenciamento – controle da dor: um bom atendimento à dor após lesões reduz os riscos de pneumonia e trombose venosa profunda e ajuda o paciente a iniciar a fisioterapia. Reduz a resposta de estresse fisiológico, o que leva a uma diminuição da morbidade cardiovascular e diminui o estresse psicológico. A dor aguda pós-trauma 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 aparelhos médicos essenciais e Cuidados essenciais de saúde – Norma 2.7: Cuidados paliativos; ⊕ ver a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde.*

Considerações especiais de gerenciamento – controle de feridas: na maioria das crises, muitos pacientes se apresentarão para tratamento mais de 6 horas após o ferimento. A demora em se apresentar aumenta muito o risco de infecção do ferimento e de mortalidade associada. Os profissionais de saúde devem estar cientes dos protocolos de tratamento de feridas (inclusive queimaduras) e de como prevenir e tratar infecções tanto nas apresentações agudas quanto nas tardias. Esses protocolos incluem o fornecimento de antibióticos apropriados, a remoção cirúrgica de material estranho e de tecido morto, além de curativos.

Tétano: em se tratando de desastres naturais repentinos, o risco de tétano pode ser relativamente alto. Administre a vacina contra 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 anti-tetânica (TIG, em sua 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 estresse 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 enfoca as 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.



Pessoas de todas as idades têm acesso a cuidados de saúde para tratar problemas de saúde mental e de limitação funcional associada a eles.

Ações-chave

- 1 Coordonar os apoios de saúde mental e psicossocial entre todos os setores.
 - Criar um grupo de trabalho técnico transectorial para problemas de saúde mental e psicossociais. Esse grupo pode ser coliderado 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 equipe 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, inclusive com pessoas marginalizadas, para reforçar os sistemas de autoajuda e o apoio social da comunidade.
 - Promover o diálogo entre os membros da comunidade sobre modos de abordar os problemas de forma cooperativa contando com sua sabedoria, experiência e recursos.
 - Preservar ou apoiar o reinício de mecanismos de apoio preexistentes, tais como grupos para mulheres, jovens e pessoas com HIV.
- 4 Orientar o pessoal e os voluntários sobre como oferecer primeiros socorros psicológicos.
 - Utilizar os princípios de primeiros socorros psicológicos para gerenciar o estresse 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 treinamentos breves e supervisionar os profissionais de saúde em geral para avaliar e gerenciar 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, treinar 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.
 - Tomar providências quanto a negligência e a abusos nas instituições e organizar o atendimento.
- 8 Minimizar os danos relacionados a álcool e a drogas.
 - Treinar o pessoal em detecção e intervenções breves, redução de danos e gestão da abstinência e da embriaguez.
- 9 Tomar medidas para desenvolver um sistema sustentável de saúde mental durante o planejamento de pronta recuperação e de crises prolongadas.

Indicadores-chave

Porcentagem de serviços secundários de saúde com pessoal treinado e supervisionado e sistemas para tratar os problemas de saúde mental

Porcentagem de serviços primários de saúde com pessoal treinado e supervisionado e sistemas para tratar os problemas de saúde mental

Número de pessoas que participam de 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 melhora 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

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 suportes 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.

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.

Autoajuda e apoio na comunidade: envolva os profissionais de saúde, os líderes e os voluntários da comunidade para facilitar que seus membros, inclusive 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.

Primeiros socorros psicológicos: os primeiros socorros psicológicos precisam 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 suporte 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 eles.

Uma entrevista psicológica feita em uma única sessão promove o desabafo ao estimular as pessoas a relatar, em poucas palavras, porém sistematicamente, as percepções, os pensamentos e as reações emocionais experimentadas durante um evento estressante recente. Isso, na melhor hipótese, é ineficaz e não deve ser utilizado.

Outras intervenções psicológicas: os trabalhadores da área da saúde não especializados, quando recebem formação, são supervisionados e apoiados, podem realizar intervenções psicológicas para depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Isso inclui terapia cognitivo-comportamental ou terapia interpessoal.

Cuidados clínicos de saúde mental: instrua toda a equipe de saúde e os voluntários sobre os cuidados de saúde mental disponíveis. Treine 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 com experiência na área psiquiátrica. Providencie um espaço privado para 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: psicose, depressão e um transtorno neurológico: a epilepsia. A saúde mental materna é uma preocupação específica devido ao seu potencial impacto nos cuidados de crianças.

Inclua as categorias de saúde mental no sistema de informação de saúde ⊕ *ver Apêndice 2: Modelo de formulário HMIS.*

Medicamentos psicotrópicos essenciais: organize um suprimento 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 interagências e Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e aparelhos médicos essenciais.*

Proteção aos 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.

Transição para o pós-crise: as crises humanitárias aumentam os índices de longo prazo de muitos problemas de saúde mental; assim, é importante planejar prevenindo-se 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 (inclusive 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 focar doenças não transmissíveis durante crises humanitárias reflete o crescimento da expectativa de vida em 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 baixa ou média renda, e as emergências agravam esse quadro.



Em média, em uma população adulta de 10.000 pessoas, há aproximadamente de 1.500 a 3.000 pessoas com hipertensão, de 500 a 2.000 com diabetes e de 3 a 8 com ataques cardíacos agudos, considerado um período normal de 90 dias.

As doenças variam, mas as mais frequentes são diabetes, doenças cardiovasculares (incluindo hipertensão, derrames, doenças crônicas do rim), doenças crônicas do pulmão (como asma e obstrução pulmonar) e câncer.

A resposta inicial deve tratar as complicações agudas e evitar a interrupção do tratamento seguindo-se a ela programas mais abrangentes.

A saúde mental e os cuidados paliativos são especificamente analisados em  *Cuidados essenciais de saúde – Normas 2.5: Cuidado da saúde mental e 2.7: Cuidados paliativos.*

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 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 no alívio do sofrimento.
 - Assegurar-se de que os pacientes 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 pacientes 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 pacientes para respostas de nutrição ou de segurança alimentar, quando necessário.

4 Estabelecer programas nacionais de preparação para doenças não transmissíveis.

- Incluir medicamentos e suprimentos essenciais no suprimento de materiais médicos emergenciais prestabelecidos ou de contingência.
- Preparar cada paciente com uma reserva de medicamentos e instruções sobre como acessar cuidados emergenciais, caso ocorra uma crise.

Indicadores-chave

Porcentagem de instalações de cuidados básicos de saúde que oferecem tratamento para 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

Avaliação de necessidades e de risco para identificar as DNTs prioritárias: planeje segundo o contexto e a fase da emergência. Isso pode implicar a revisão dos registros usando-se dados anteriores à crise e a realização de pesquisas domiciliares 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 a risco de vida ou a condições gravemente sintomáticas.

Analise a disponibilidade e o uso dos serviços antes da crise, especialmente para casos complexos, como câncer ou doença renal crônica, para avaliar as expectativas e a capacidade do sistema de saúde no contexto. O objetivo de médio e longo prazo é apoiar e restabelecer estes serviços.

Necessidades complexas de tratamento: se possível, ofereça continuidade de tratamento para pacientes 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*.

Integração dos cuidados a DNTs com o sistema de saúde: ofereça tratamento básico para doenças não transmissíveis no nível primário do serviço de saúde de acordo com os padrões nacionais ou com a orientação internacional de emergência quando não existirem padrões nacionais.



Trabalhe com as comunidades para melhorar a detecção precoce e os encaminhamentos. Integre os agentes comunitários de saúde às 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 monitoramento das principais DNTs: hipertensão, diabetes, asma, doença obstrutiva pulmonar crônica, cardiopatia isquêmica e epilepsia; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.5: Informações de saúde e apêndice 2.*

Medicamentos e aparelhos médicos: revise a lista nacional de medicamentos e de aparelhos essenciais, inclusive tecnologias e principais testes de laboratório, para gerenciar doenças não transmissíveis. Foque os cuidados básicos de saúde; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.3: Medicamentos e aparelhos médicos essenciais.* Se necessário, defenda a inclusão de medicamentos e aparelhos médicos imprescindíveis em conformidade com a orientação internacional e de emergência em DNTs. Ofereça acesso a medicamentos e a aparelhos médicos essenciais nos níveis apropriados de cuidados. Os kits de doenças não transmissíveis podem ser usados em conjunto com os kits de saúde de emergência interagências nos estágios iniciais da crise para aumentar a disponibilidade de medicamentos e de equipamentos essenciais. Não use esses kits para oferecer suprimento de longo prazo.

Treinamento: treine a equipe clínica, em todos os seus níveis, na gestão de casos de afecções de doenças não transmissíveis e treine toda a equipe na gestão prioritária delas, incluindo procedimentos operacionais padrão quanto ao encaminhamento; ⊕ *ver Sistemas de saúde – Norma 1.2: Força de trabalho de saúde.*

Promoção e educação de saúde: dê informação sobre doenças não transmissíveis e onde acessar os cuidados. A informação deve ser acessível a todos, inclusive 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 atividade física regular ou redução do consumo de álcool e de tabaco, por exemplo. Trabalhe com diferentes setores da comunidade para desenvolver mensagens e estratégias de distribuição apropriadas às idades, aos gêneros e à cultura. Adapte as estratégias de prevenção e controle ao contexto, levando em conta restrições como suprimento limitado de comida ou superpopulação.

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 registro de pacientes com afecções complexas e necessidades críticas e crie protocolos padronizados de operações para encaminhá-los se ocorrer uma crise.

2.7 Cuidados paliativos

Cuidados paliativos são 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 paciente ou da família e inclua sistemas de apoio para ajudar pacientes, famílias e cuidadores. Esses cuidados no final da vida devem ser oferecidos independentemente da causa.

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 pacientes 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 controle da dor e dos sintomas nas unidades de saúde.
 - Desenvolver diretrizes de triagem baseadas nas condições médicas do paciente, no prognóstico e na disponibilidade de recursos.
- 2 Desenvolver um plano de assistência e oferecer cuidados paliativos aos pacientes que estão morrendo.
 - Assegurar pelo menos o alívio da dor e a dignidade na morte durante uma emergência aguda.
 - Verificar a compreensão que o paciente ou a família têm da situação, assim como 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.
 - Priorizar uma gestão em nível comunitário que inclua cuidado domiciliar.
- 4 Treinar os profissionais de saúde para prestar cuidados paliativos, inclusive controle da dor e dos sintomas, além de apoio psicossocial e de saúde mental.
 - Atender aos padrões nacionais, ou aos padrões internacionais quando não houver padrões nacionais.
- 5 Fornecer suprimentos e equipamentos médicos essenciais.
 - Estocar medicamentos paliativos e materiais médicos apropriados, como fraldas para incontinência e cateteres, nas unidades de saúde.



- Conhecer a legislação sobre remédios controlados que possa causar atraso na disponibilidade de medicamentos essenciais.
- 6 Trabalhar com sistemas e redes locais para apoiar pacientes, cuidadores e famílias, na comunidade e em casa.
- Fornecer suprimentos para necessidades de cuidado domiciliar, 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

Porcentagem de funcionários com formação no controle básico da dor e de sintomas ou em cuidados paliativos em cada centro de saúde, hospital, clínica móvel e hospital de campanha

Porcentagem de pacientes identificados pelo sistema de saúde como necessitados de cuidados terminais e que os receberam

Notas de orientação

Os agentes de saúde humanitária devem conhecer e respeitar os processos locais de tomada de decisões médicas e os valores locais relativos a doença, sofrimento e morte. O alívio do sofrimento é importante e pacientes moribundos devem receber cuidados orientados ao conforto, seja seu padecimento devido a lesões fatais, seja por doença contagiosa ou qualquer outra causa.

Desenvolvendo um plano de cuidados: identifique pacientes relevantes e respeite o direito de tomarem decisões informadas sobre seu atendimento. Dê-lhes informação imparcial e leve em consideração suas necessidades e expectativas. Deve haver um acordo sobre o plano de cuidados, que estará baseado nas preferências do paciente. Ofereça acesso a apoio psicossocial e de saúde mental.

Disponibilidade de medicamentos: alguns medicamentos para cuidados paliativos, tais como analgésicos, estão incluídos nos módulos básicos e complementares do kit de saúde emergencial entre agências 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*.

Apoio familiar, comunitário e social: combine com outros setores uma via de encaminhamento para os pacientes e suas famílias terem apoio integrado. Isso inclui acessar os sistemas ou as 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 cotidianas sejam atendidas.

Coordene-se com setores pertinentes para localizar famílias separadas de modo que os pacientes possam comunicar-se com elas.

Trabalhe com as redes existentes de cuidados comunitários — que não raro treinam facilitadores de cuidados domiciliares e trabalhadores psicossociais da comunidade — com o fim de prestar apoio adicional aos pacientes e aos familiares e ajudar a prestar cuidados domiciliares se necessário (por exemplo, a pessoas com HIV).

Apoio espiritual: todo apoio deve estar baseado em solicitação do paciente ou da família. Trabalhe com os líderes religiosos locais para identificar os provedores de cuidados espirituais que compartilham da mesma fé ou crença do paciente. Esses provedores podem atuar como um apoio para pacientes, cuidadores e agentes humanitários.

Oriente os líderes religiosos locais sobre os princípios-chave do apoio psicossocial para pacientes que enfrentam problemas graves de saúde.

Estabeleça mecanismos confiáveis de encaminhamento bilateral entre o sistema de saúde e os líderes espirituais para pacientes, cuidadores ou familiares que o solicitem.

Apoie práticas funerárias seguras e dignas em colaboração à 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 de saúde

Preparação

- Obtenha informações disponíveis sobre a população afetada pela crise.
- Obtenha mapas, fotos aéreas ou imagens de satélite disponíveis ou dados do sistema de informações geográficas (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 grupos de maior risco, tais como mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com HIV ou grupos marginalizados.
- Determine o tamanho médio das famílias e uma estimativa do número de famílias chefiadas 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 existentes à saúde, como eventuais doenças epidêmicas.
- Identifique barreiras preexistentes e existentes aos cuidados de saúde, às normas e às crenças sociais, inclusive às práticas positivas e às prejudiciais.
- Identifique fontes prévias de cuidados de saúde.
- Analise os vários aspectos do sistema de saúde e 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 afecções de saúde que têm importância na saúde pública.
- Determine as taxas de incidência das principais afecções 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, inclusive o número total por tipo de atendimento fornecido, grau do dano da infraestrutura e acesso.
- Determine o número e as habilidades 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.
- Cesta de alimentos e segurança alimentar.
- Alojamento – qualidade do alojamento.
- Educação – educação em saúde e higiene.

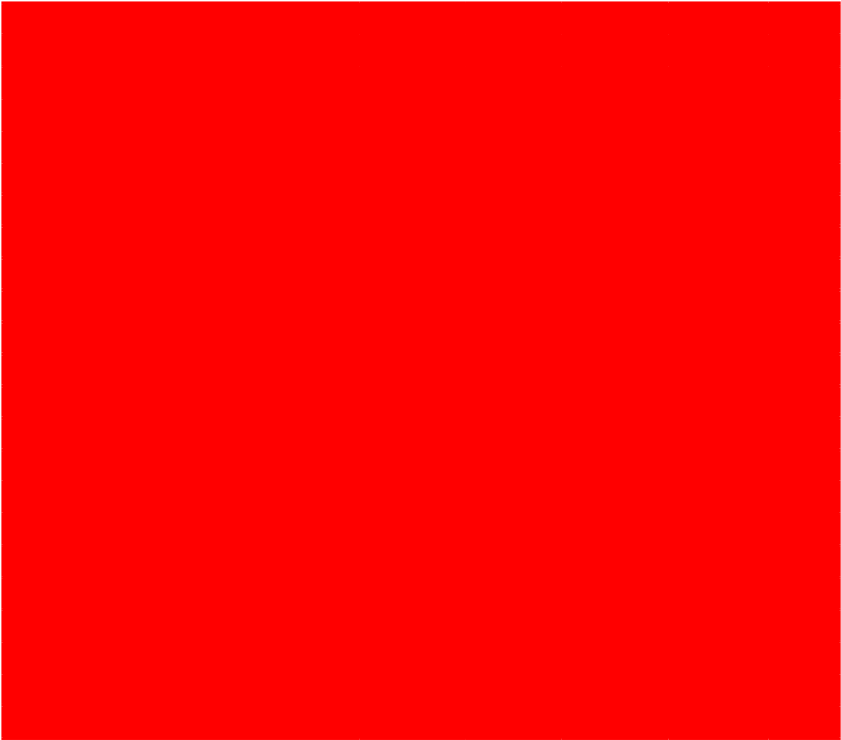


Apêndice 2

Modelos de formulários semanais para relatórios de monitoramento

2.1 Formulário de monitoramento de 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:



**Este formulário é usado quando há muitas mortes e, portanto, informações mais detalhadas sobre as mortes individuais não podem ser coletadas devido a limitações de tempo.*

- Podem-se agregar outras causas de mortalidade segundo o contexto e o padrão epidemiológico.*
- A idade pode ser mais desagregada quando factível, por exemplo de 0 a 11 meses, de 1 a 4 anos, de 5 a 14 anos, de 15 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos, de 70 a 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 monitoramento de mortalidade (registros 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:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

* Este formulário é usado quando há tempo suficiente para registrar os dados sobre mortes individuais. Ele permite 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 factível, por exemplo de 0 a 11 meses, de 1 a 4 anos, de 5 a 14 anos, de 15 a 49 anos, de 0 a 59 anos, >60 anos.



2.3 Modelo de formulário de notificação de alerta precoce e resposta rápida (EWAR)

Este formulário é usado 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/vilarejo/assentamento/campo:
 Estado: Bairro:
 Sub-bairro: Nome do local:
 ■ Paciente internado ■ Paciente ambulatorial ■ Centro de Saúde ■ Clínicas Móveis
 Agência(s) de apoio:
 Relator Oficial e número de contato:
 População total: Total da população menor de 5 anos:

A. DADOS SEMANAIS AGREGADOS

–É possível mais de um diagnóstico; o mais importante deve ser registrado. Cada caso se contará somente uma vez.
 –Inclua somente aqueles casos que foram vistos (ou mortes que ocorreram) durante a semana de monitoramento.
 –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 seção de mortalidade, NÃO na seção de morbidade.
 –As definições de casos para cada afecção sob monitoramento devem ser escritas no verso deste formulário.
 –As causas de morbidade podem ser adicionadas ou subtraídas segundo a epidemiologia e a análise de risco da doença.
 –O propósito do monitoramento de alerta precoce e resposta rápida (EWAR) é a detecção precoce dos eventos de saúde pública que precisam de resposta imediata.
 –Na coleta de dados sobre afecções como a desnutrição, a pesquisa (prevalência) deve preponderar sobre o monitoramento (incidência).

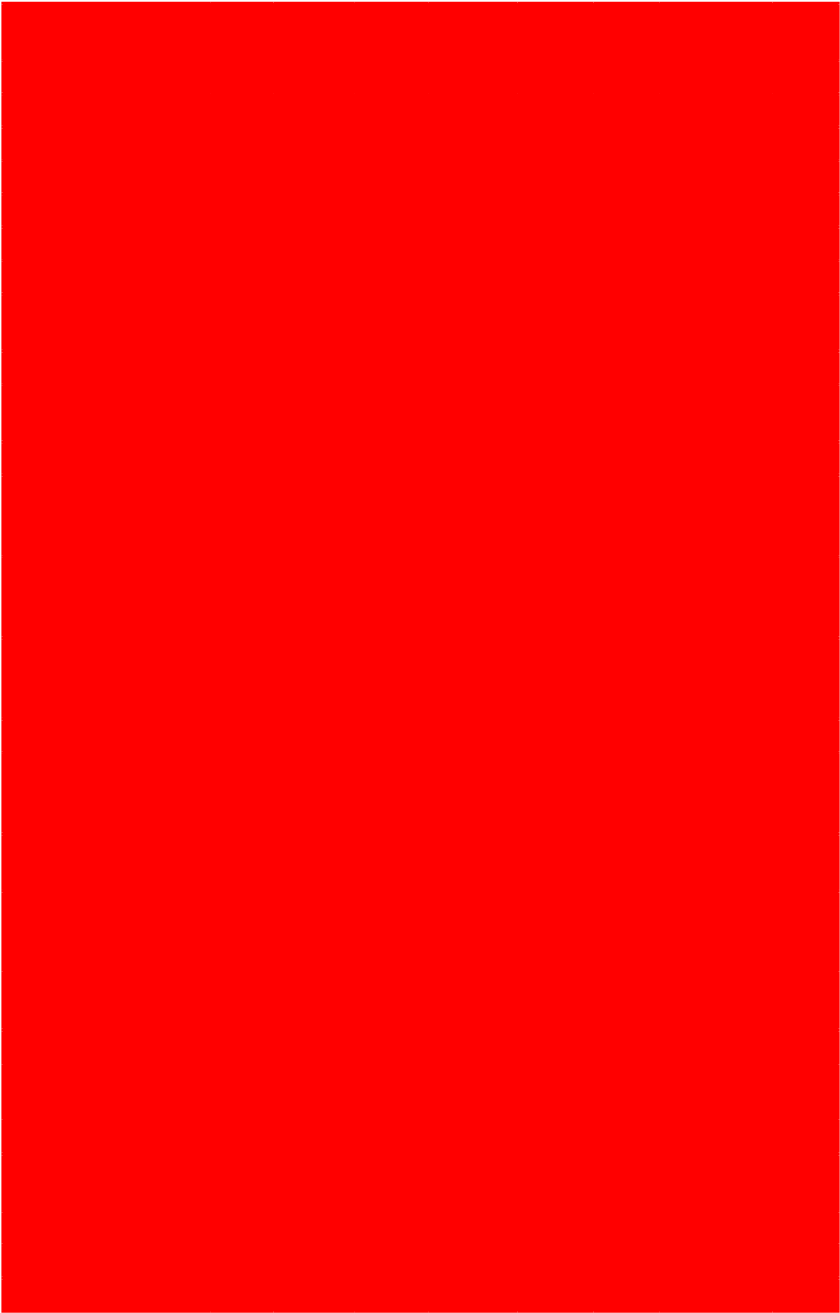
B. ALERTA DE SURTO

A qualquer hora em que você suspeite de alguma das seguintes doenças, por favor, envie um SMS ou telefone para ou 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, coqueluche, febre hemorrágica, trauma e intoxicação por substâncias químicas. Essa lista de doenças varia dependendo da epidemiologia de doenças do país.

2.4 Modelo de formulário para notificação de monitoramento de rotina do sistema de informação de gestão de 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:





A idade pode ser mais desagregada quando factível, por exemplo de 0 a 11 meses, de 1 a 4 anos, de 5 a 14 anos, de 15 a 49 anos, de 50 a 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 inteira incluindo mulheres e homens e todas as idades.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de mortes durante o período}}{\text{População em risco na metade do período} \times \text{Número de dias no período}} \times 10.000 \text{ pessoas} = \text{mortes}/10.000 \text{ pessoas/dia}$$

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos

Definição: a taxa de mortes entre crianças menores de 5 anos na população.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de mortes de crianças <5 anos durante o período}}{\text{Número total de crianças <5 anos} \times \text{Número de dias no período}} \times \frac{10.000}{\text{pessoas}} = \text{Mortes}/10.000 \text{ crianças menores de 5 anos/dia}$$

Taxa de incidência

Definição: o número de novos casos de uma doença que ocorrem durante um período específico em uma população em risco de desenvolver a doença.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de novos casos devido a uma doença específica no período}}{\text{População em risco de desenvolver a doença} \times \text{Número de meses do período}} \times 1.000 \text{ pessoas} = \text{Novos casos devido à doença específica}/1.000 \text{ pessoas/mês}$$



Taxa de letalidade (TL)

Definição: o número de pessoas que morrem da doença dividido pelo número de pessoas que têm a doença.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pessoas que morrem da doença durante o período}}{\text{Pessoas que têm a doença durante o período}} \times 100 = x\%$$

Taxa de utilização das unidades de saúde

Definição: o número de visitas ambulatoriais por pessoa por ano. Sempre que possível, faça uma distinção entre visitas **novas** e antigas. As visitas novas devem ser usadas para calcular esta taxa. Contudo, muitas vezes é difícil diferenciar entre visitas novas e antigas; portanto, elas são frequentemente combinadas com visitas totais durante a crise.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de visitas em uma semana}}{\text{População total}} \times 52 \text{ semanas} = \text{Visitas por pessoa por ano}$$

Número de consultas por médico por dia

Definição: número médio de consultas totais (casos novos e repetidos) atendidas por médico, por dia.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de consultas em uma semana}}{\text{Número de clínicos ETI* na unidade de saúde}} \div \text{Número de dias em que o serviço de saúde abre por semana}$$

**ETI (equivalente a tempo integral) refere-se ao número equivalente de médicos que trabalham em unidades de saúde. Por exemplo, se houver seis médicos trabalhando no departamento ambulatorial, 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 orelhas, 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 retardo no crescimento e nutrição deficiente — e podem levar a doença ou morte.

Gestão inicial

Quando da sua apresentação à unidade de saúde, se é sabido que o paciente 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 pacientes;
- realize intervenções de salvamento;
- descontamine (por exemplo, remova as roupas do paciente ou enxague as áreas atingidas com água com sabão), preferencialmente fora da unidade de saúde para evitar outras exposições; e então
- siga os protocolos complementares de tratamento, inclusive os tratamentos de apoio.

Protocolos de tratamento

Os protocolos de tratamento podem variar de país a 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 comumente administrados.



Sintomas de exposição a substâncias tóxicas e possível tratamento

Pupilas contraídas; visão embaçada; dor de cabeça; secreções abundantes; peito apertado e dificuldade para respirar; náusea; vômito; diarreia; espasmos musculares; convulsões; perda da consciência.	Atropina Oximas (pralidoxima, obidoxima) Benzodiazepínicos (para convulsões)
Lacrimejamento; irritação dos olhos; conjuntivite; dano da 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
Respiração ofegante; asfixia; convulsões; confusão; náusea.	Nitrito de amila (primeiros socorros) tiosulfato de sódio e nitrito de sódio ou com 4-dimetilaminopiridina ou hidroxibalamina ou edetato dicobáltico
Boca e pele secas; taquicardia; consciência alterada; delírios; alucinações; hipertermia; descoordenação; pupilas dilatadas	Fisostigmina
Picadas e queimadura das membranas mucosas; lacrimejamento; salivação; coriza; peito apertado; dor de cabeça; náusea	Essencialmente tratamento de apoio
Vermelhidão ocular e lacrimejamento; irritação no nariz e na garganta; tosse; asfixia ou sensação de asfixia; falta de ar; chiado; rouquidão; edema pulmonar.	N acetilcisteína (NAC)
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; déficits neurocognitivos.	Azul da Prússia
Anorexia; vômito; prisão de ventre; dor abdominal; palidez; falta de atenção; fraqueza; paralisia periférica.	Quelação
Salivação; lacrimejamento; micção; defecação; câimbra 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/>

Controle e prevenção de infecções

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>

Força de trabalho 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/>

Aparelhos médicos, inclusive 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>

Produtos do sangue

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>

Detecção 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 de 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. <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>

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 do estupro

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>

HIV

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 lesão e trauma

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 in) 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://bmcpublihealth.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/>



Aparelhos médicos, inclusive 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 de 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 lesão e trauma

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>

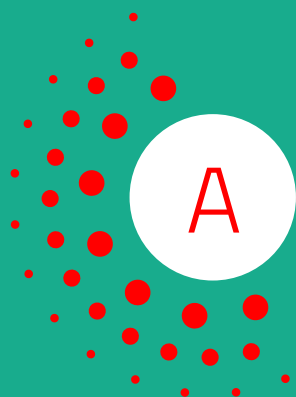
Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010.

<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 (ONGs) 403

Anexo 3: Abreviaturas e Siglas 411

Anexo 1

Fundamentos Jurídicos da Esfera

A Carta Humanitária expressa as crenças compartilhadas 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 de documentos-chave 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. Ela não pretende representar a legislação regional, tampouco seu desenvolvimento. No endereço eletrônico da Esfera, www.spherestandards.org, há recursos adicionais e referências a outras diretrizes, princípios, normas e modelos de trabalho que contribuem para sua aplicação. São feitas anotações somente para os documentos que requerem explicação, são novas adições, ou contêm seções específicas relativas a desastres ou conflitos.

O Manual Esfera reflete questões específicas que são parte de um arcabouço jurídico internacional. De maneira geral, elas incluem o direito à segurança e à dignidade pessoais, à não discriminação, o direito à água e ao saneamento, a alojamento, à segurança alimentar e nutrição e a cuidados de saúde. Ainda que alguns desses direitos sejam enunciados em acordos internacionais específicos, eles estão todos incluídos em algum dos instrumentos gerais de direitos humanos, sejam sobre direitos civis e políticos, sejam sobre direitos econômicos, 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 a direitos humanos, proteção e vulnerabilidade na preparação e na resposta a situações de emergência**

Para que se compreenda o tipo de cada documento dessas categorias, eles estão 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 a direitos humanos, proteção e vulnerabilidade

Os documentos a seguir referem-se principalmente aos direitos humanos reconhecidos nos tratados e declarações universais. Incluem-se também vários documentos-chave 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 de direitos humanos aplica-se sempre, com duas possíveis exceções:

- Parte dos direitos civis e políticos pode ser suspensa 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 de 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. <http://www.mp.go.gov.br/>

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 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, em vigor no dia 23 de março de 1976, ONU, Série de Tratados, vol. 999, p. 171 e vol. 1057, p. 407. <http://www.planalto.gov.br>

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, em vigor no dia 11 de julho de 1991, ONU, Série de Tratados, vol. 1642, p. 414. <https://www2.camara.leg.br>

Comentário: os Estados-Partes do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos devem respeitar e garantir os direitos a todos os indivíduos que estejam em seus territórios ou sob 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 ou a outro tratamento cruel, desumano ou degradante*; a não ser submetido à escravidão*; a não ser submetido a prisão ou detenção arbitrária; a não ser preso por descumprimento de contrato*; a tratamento humano e digno durante a detenção; à liberdade de locomoção e de residência; à expulsão de estrangeiros somente mediante o procedimento legal; 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 religião e consciência*; à liberdade de opinião, de expressão e de reunião pacífica; à liberdade de associação; ao casamento e à vida familiar; à proteção das crianças; ao voto e à participação em questões públicas; ao direito das minorias de cultivar sua própria cultura, religião e idioma*.

Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) – 1966, adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 dezembro de 1966, em vigor no dia no dia 3 de janeiro de 1976, ONU, Série de Tratados, vol. 993, p. 3. <http://www.planalto.gov.br>

Comentário: os Estados-Partes concordam em comprometer o máximo de seus recursos disponíveis para “implementar progressivamente” os direitos do pacto, para que homens e mulheres os usufruam em igualdade de condições.

Direitos do PIDESC: ao trabalho; à justa remuneração; à sindicalização; à seguridade ou seguro social; à vida em família, incluída a proteção das mães após o parto e a proteção das crianças contra 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, em vigor no dia 4 de janeiro de 1969, ONU, Série de Tratados, vol. 660, p. 195. <https://www2.camara.leg.br>

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, em vigor no dia 3 de setembro de 1981, ONU, Série de Tratados, vol. 1249, p. 13. <http://www.planalto.gov.br>

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, em vigor no dia 2 de setembro de 1990, ONU, Série de Tratados, vol. 1577, p. 3. <http://www.planalto.gov.br>

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, em vigor no dia 12 de fevereiro de 2002, ONU, Série de Tratados, vol. 2173, p. 222. <http://www.crianca.mppr.mp.br>

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, em vigor no dia 18 de janeiro de 2002, ONU, Série de Tratados, vol. 2171, p. 227. <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br>

Comentário: a Convenção sobre os Direitos da Criança possui adesão quase universal dos Estados. Ela reafirma os direitos humanos básicos das crianças e identifica quando elas necessitam de proteção especial (por exemplo, quando separadas de 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, em vigor no dia 3 de maio de 2008, ONU, Coleção de Tratados, Capítulo IV, 15. <http://www.planalto.gov.br>

Comentário: a CDPD apoia os direitos das pessoas com deficiência assegurados por outros tratados de direitos humanos, bem como 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, em vigor no dia 12 de janeiro de 1951, ONU, Série de Tratados, vol. 78, p. 277. <http://www.planalto.gov.br>

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, em vigor no dia 26 de junho de 1987, ONU, Série de Tratados, vol. 1465, p. 85. <https://www2.camara.leg.br>

Comentário: esta convenção tem um número muito elevado de Estados-Partes. A proibição da tortura também é reconhecida como parte do Direito Internacional Consuetudinário atualmente. 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, em vigor no dia 1º de julho de 2002, ONU, Série de Tratados, vol. 2187, p. 3. <http://www.planalto.gov.br>

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 em 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 (Madri) – 2002, Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, Madri, 2002, endossado pela Resolução 37/51 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 3 de dezembro de 1982. <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br>

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 Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) é o depositário oficial dos tratados do Direito Internacional Humanitário e fornece abrangente informação e recursos em seu site, inclusive o comentário oficial sobre as Convenções de Genebra e 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

<http://www.direitoshumanos.usp.br>

Protocolo II Adicional às Convenções de Genebra, de 12 de Agosto de 1949, relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados sem Caráter Internacional – 1977

<http://www.planalto.gov.br>

Comentário: as quatro Convenções de Genebra — das quais todos os Estados são partes e que também são geralmente aceitas 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). Elas se aplicam 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 aceitos 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. Ele 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.direitoshumanos.usp.br 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 aceito pelos Estados — por intermédio de 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 cobre quase todo o âmbito do Direito do Conflito Armado. Ele lista 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 sua metodologia, o estudo CIHL surgiu de um grande processo de consulta e de rigorosa pesquisa ao longo de dez anos, e 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 vinculante 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 a comitês permanentes interagências (IASC).

Resoluções do Conselho de Segurança da ONU sobre violência sexual e 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 seção 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 (tal como emendada), adotada pela Conferência de Plenipotenciários das Nações Unidas sobre o Status dos Refugiados e Apátridas, Genebra, de 2 a 25 de julho de 1951, 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, pertencimento a um grupo social em particular ou opinião política, está fora do país de sua nacionalidade e não pode ou, devido a este receio, não está disposta a se 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 em 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 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, 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, como “um importante marco internacional para a proteção das pessoas deslocadas internamente” 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.

<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 objetivam 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, em vigor no dia 15 de janeiro de 1999, ONU, Série de Tratados, vol. 2051, p. 363. <http://www.planalto.gov.br>

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, 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 a construção da paz e a 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, 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, recepcionada pela Resolução 47/195 de 22 de dezembro de 1992 da Assembleia Geral das Nações Unidas, 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, em vigor no dia 16 de fevereiro de 2005, ONU, Série de Tratados, vol. 2303, p. 148. <http://www.direitoshumanos.usp.br>
- **Acordo de Paris - 2015**, adotado na 21ª sessão da Conferência das Partes à Convenção-Quadro (COP-21), Paris, França, dezembro de 2015, em vigor em dia novembro de 2016. <https://www.undp.org/>

Comentário: a Convenção-Quadro da Organização das Nações Unidas sobre Mudança Climática, o Protocolo de Quioto e o Acordo de Paris são todos parte de um único conjunto de tratados. Eles abordam a urgente necessidade de

se implementarem adaptações frente às alterações climáticas e se estabelecerem estratégias de redução de seus riscos, bem como de se construírem capacidade e resiliência local, especialmente em países propensos a desastres naturais. Eles enfatizam 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.

Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres (Marco de Sendai).

<https://www.unisdr.org/>

Comentário: o Marco de Sendai é o instrumento que sucedeu o Marco 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 Redução do Risco de Desastres (UNISDR) apoia a sua implementação. É um acordo de 15 anos de duração, voluntário e não vinculante, 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 aqui um conjunto delas sob os títulos temáticos de: padrões gerais; igualdade de gêneros e proteção contra a violência de gênero; crianças em situações de emergência; refugiados e pessoas deslocadas internamente.

1. Normas associadas à Esfera

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019. <https://alliancecpha.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 (ONGs); ⊕ *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. Comitê 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 gêneros e proteção contra a violência de gênero

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 em 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 (ONGs)

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 busca preservar 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, ele 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 Acolhida, pelos Governos Doadores e pelas Organizações Intergovernamentais com o objetivo de facilitar a entrega efetiva de ajuda humanitária.

Definições

ONGs: ONGs (Organizações Não Governamentais) refere-se a organizações, tanto nacionais quanto internacionais, constituídas separadamente do governo do país onde foram fundadas.

AHNGs: 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 da Cruz Vermelha e da Sociedade Crescente Vermelho e suas Sociedades Nacionais — e as ONGs como definidas acima. Este código refere-se especificamente àquelas Agências Humanitárias Não Governamentais envolvidas na resposta a desastres.

OIGs: o termo OIGs (Organizações Intergovernamentais) refere-se a organizações constituídas por dois ou mais governos. Inclui, assim, todas as Agências da Organização das Nações Unidas e as organizações regionais.

Desastres: um desastre é um evento calamitoso que resulta em perda de vidas, grande sofrimento humano e 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 engajadas 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 nossa obrigação de prestar ajuda humanitária onde ela é necessária. Daí a fundamental importância 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 estresse 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 em uma avaliação profunda das necessidades das vítimas da catástrofe e das capacidades locais já ativadas para responder a essas necessidades. Na totalidade dos nossos programas, refletiremos considerações a respeito da proporcionalidade. O sofrimento humano deve ser aliviado sempre que for encontrado; a vida é tão preciosa em uma parte de um país quanto em outra. Assim, nossa prestação de ajuda irá refletir o grau de sofrimento que ela 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 de nossos programas de ajuda. A implementação de tal política universal, imparcial e independente, só pode ser eficaz se nós e 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 de seus beneficiários com essas opiniões. Não vamos vincular a promessa, a entrega ou a 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 à medida que coincida com a nossa própria política independente. Jamais, conscientemente ou por negligência, nos permitiremos, ou a nossos empregados, ser 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; tampouco 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 nosso trabalho e reconhecer a independência da ação promovida por esta motivação voluntária. A fim de proteger nossa independência, procuraremos evitar a dependência de uma única fonte de financiamento.

5. Respeitaremos a cultura e os costumes

Vamos nos empenhar para respeitar a cultura, as estruturas e os costumes das comunidades e dos países em que estamos trabalhando.

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 empregando o pessoal local, comprando materiais locais e negociando com empresas locais. Quando possível, trabalharemos por intermédio de Agências Humanitárias Não Governamentais como parceiras no planejamento e na implementação, e cooperaremos com as estruturas dos governos locais, se conveniente. Daremos alta prioridade à adequada coordenação de 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 de 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 no desenho, na gestão e na implementação do programa de ajuda. Vamo-nos esforçar para obter a plena participação da comunidade em 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, vamo-nos esforçar 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 no desenho e na gestão dos programas de ajuda. Também procuraremos reduzir o impacto negativo da ajuda humanitária buscando evitar a dependência de longo prazo do beneficiário em relação a essa ajuda externa.

9. Somos responsáveis tanto frente àqueles que assistimos quanto àqueles 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 de nossas atividades tanto do ponto de vista financeiro quanto do ponto de vista da eficácia. Reconhecemos a obrigação de assegurar o adequado monitoramento 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. Nossos programas estarão baseados em altos padrões de profissionalismo e de habilidade técnica para reduzir o desperdício de recursos valiosos.

10. Em 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. Em nossa informação pública, vamos retratar uma imagem objetiva da situação de catástrofe, destacando as capacidades e aspirações das vítimas e não apenas suas vulnerabilidades e seus medos. Embora cooperemos com a mídia a fim de conseguir um maior apoio público, de maneira nenhuma permitiremos que as exigências de 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 mídia em situações nas quais tal cobertura possa ocorrer em detrimento do serviço prestado aos beneficiários, ou da sua segurança, ou da segurança de nossos colaboradores.

O ambiente de trabalho

Tendo 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 acolhida 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. Elas não são juridicamente vinculantes, nem esperamos que os governos e as Organizações Não Governamentais manifestem 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 nossos parceiros saibam o tipo de relação que desejamos estabelecer com eles.

Anexo I: Recomendações aos governos de países atingidos por catástrofes

1. Os Governos devem reconhecer e respeitar as ações independentes, humanitárias e imparciais das AHNs

As Agências Humanitárias Não Governamentais são organismos independentes. Os governos anfitriões deverão respeitar essa independência e imparcialidade.

2. Os governos de acolhida devem facilitar o acesso rápido das AHNs às vítimas de catástrofes

Para as Agências Humanitárias Não Governamentais poderem agir de pleno acordo com seus princípios humanitários, deve ser concedido a elas acesso rápido e imparcial às vítimas de catástrofes para o efeito de prestar ajuda humanitária. É dever do governo de acolhida, como parte do exercício de responsabilidade soberana, não impedir essa ajuda e aceitar a ação imparcial e apolítica das Agências Humanitárias Não Governamentais. Os governos de acolhida devem facilitar a entrada rápida da equipe 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 aterrisagem para aviões que estejam transportando suprimentos de emergência e missionários durante toda a fase de ajuda emergencial.

3. Os Governos devem facilitar, em tempo hábil, 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, 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 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 de veículos, aeronaves leves e equipamentos de telecomunicações — deve ser facilitada pelo governo de acolhida que os está recebendo, por meio de uma dispensa temporária de exigências de licença ou registro. Da mesma forma, os governos não devem restringir a reexportação de equipamento de socorro ao final da operação de assistência.

Para facilitar a comunicação em catástrofes, os governos de acolhida são incentivados a designar certas frequências de rádio para as organizações de assistência utilizarem dentro do país e em comunicações internacionais, com o propósito de possibilitar a comunicação na situação de catástrofe e de tornar tais frequências conhecidas da comunidade de resposta previamente ao desastre. Eles devem autorizar a equipe de assistência a utilizar todos os meios de comunicação necessários para suas operações de ajuda humanitária.

4. Os governos devem procurar fornecer um serviço coordenado de informações sobre a catástrofe e sobre o planejamento

O planejamento e a coordenação geral da mobilização de forças para prestar assistência é, em última análise, responsabilidade do governo de acolhida. Podem-se melhorar muito o planejamento e a coordenação se as Agências Humanitárias Não Governamentais receberem informações sobre as necessidades de ajuda e sobre os sistemas governamentais para o planejamento e a implementação das iniciativas de socorro, bem como informações sobre eventuais riscos que elas possam encontrar. Os governos são instados 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 acolhida também são instados a designar, antes da catástrofe, um ponto único de contato para que as Agências Humanitárias Não Governamentais, ao chegar, conectem-se às 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 Agências Humanitárias Não Governamentais

As Agências Humanitárias Não Governamentais são organismos cuja independência e imparcialidade devem ser respeitadas pelos governos doadores. Estes não devem utilizar as AHNGs para o cumprimento de nenhum objetivo político ou ideológico.

2. Os governos doadores devem fornecer financiamento com garantia de independência operacional

As AHNsG aceitam financiamento e ajuda material dos governos doadores com o mesmo espírito que permeia 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 AHNsGs.

3. Os governos doadores devem usar seus bons ofícios para ajudar as Agências Humanitárias Não Governamentais 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. Eles devem estar preparados para recorrer à via diplomática com os governos de acolhida para tratar dessas questões, caso necessário.

Anexo III: Recomendações às organizações intergovernamentais

1. As Organizações Intergovernamentais (OIG) devem reconhecer as Agências Humanitárias Não Governamentais locais e estrangeiras como parceiras importantes

As AHNsGs estão dispostas a trabalhar com a ONU e com outras agências intergovernamentais para melhor responder a catástrofes. As AHNsGs o fazem 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 Organizações Intergovernamentais devem ajudar os governos de acolhida a estabelecer um esquema geral de coordenação para 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 acolhida e sobre as autoridades competentes da ONU, os quais são instados 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 de seus próprios serviços.

Em caso de conflito armado, as ações de socorro são regidas pelas disposições do Direito Internacional Humanitário pertinentes.

3. As OIGs devem estender às AHNGs 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 OIGs devem disponibilizar às Agências Humanitárias Não Governamentais o mesmo acesso às informações pertinentes que é concedido às organizações da ONU

Roga-se às OIGs que compartilhem toda informação pertinente à implementação de uma resposta efetiva à catástrofe com os parceiros das Agências Humanitárias Não Governamentais.

Anexo 3

Abreviaturas e Siglas

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACS	agente comunitário de saúde
CDPD	Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CBPM	circunferência do braço no ponto médio
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 contra a difteria, tétano e coqueluche
EPI	equipamento de proteção individual
EWAR	alerta precoce e resposta rápida
FANTA	<i>Food and Nutrition Technical Assistance</i>
FAO	Organização de Alimentos e Agricultura
FICV	Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
GIDI	gestão integrada de doenças da infância
IASC	Comitê Permanente Interagências
ICCM	Manejo Integrado de Casos Comunitários
IMC	índice de massa corporal
INEE	Rede Interinstitucional para a Educação em Emergências
IYCF	<i>infant and young children feeding</i> (alimentação de bebês e de crianças pequenas)
IYCF-E	<i>infant and young children feeding in emergencies</i> (alimentação de bebês e de crianças pequenas durante emergências)
LEGS	<i>Livestock Emergency Guidelines and Standards</i>
LGBTQI	lésbica, gay, bissexual, transgênero, queer, intersex
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	Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
OMS	Organização Mundial de 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 controle de infecções
PDI	peessoas deslocadas internamente
PEP	profilaxia pós-exposição ao HIV
PIDCP	Pacto Internacional de Direitos Civis 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	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
UFC	unidades formadoras de coliformes
UNT	unidades nefelométricas de turbidez
WASH	abastecimento de água, saneamento e promoção de 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, com os Princípios de Proteção e a Norma Humanitária Essencial estabelecendo 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 de higiene; segurança alimentar e nutrição; alojamento e assentamento; saúde.

As Normas Mínimas mensuráveis descrevem o que é preciso alcançar em uma resposta humanitária para que as pessoas possam sobreviver e restabelecer suas vidas e meios de subsistência de modo a que seja respeitada sua voz e estimulada 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 se complementam uns aos outros.

A força de todo o Manual Esfera reside em sua universalidade e adaptabilidade a todos os contextos humanitários. Ele 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 de estatuir normas para reunir evidências, opiniões especializadas e as melhores práticas e usá-las para melhorar a qualidade e a prestação de contas na resposta humanitária.

ISBN 978-65-88468-04-3

