

Normas Mínimas em Matéria de Cuidados Médicos

Índice

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

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

Normas Mínimas em Matéria de Cuidados Médicos

Introdução

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

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

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

1 A importância dos cuidados médicos em situações de emergência

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

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

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

2 Guia para este capítulo

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

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

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

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

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

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

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

Nota

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

As Normas Mínimas

1 Análise

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

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

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

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

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

Norma 1 relativa à análise: avaliação inicial

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

Indicadores-chave

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

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

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

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

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

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

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

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

Notas de orientação

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

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

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

deficientes, idosos e menores não-acompanhados e outros grupos de risco. Contudo, devem ser feitos esforços no sentido de reunir informação sanitária sobre as necessidades sanitárias crescentes da população afectada desde o início da resposta à situação de emergência.

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

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

1. O sistema de informação sanitária serve para:

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

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

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

face a alterações importantes da situação ou das necessidades.

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

Norma 5 relativa à análise: participação

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

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

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

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