

2 Luta Contra o Sarampo

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

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

Norma 1 relativa à luta contra o sarampo: vacinação

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

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

Notas de orientação

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

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

3 Luta Contra Doenças Transmissíveis

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

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

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

Norma 1 relativa à luta contra doenças transmissíveis: controlo

O aparecimento de doenças transmissíveis deve ser controlado.

Indicadores-chave

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

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

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

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

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

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

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

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

Notas

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

4 Serviços de Cuidados Médicos

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

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

Indicadores-chave

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

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

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

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

Nota

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

5 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

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

Norma 1 da capacidade: competência

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

Indicadores-chave

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

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

Norma 2 da capacidade: apoio

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

Indicadores-chave

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

Norma 3 da capacidade: capacidade local

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

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

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

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

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