

2 Apoio Geral à População em Matéria de Nutrição

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

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

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

As necessidades nutricionais da população devem ser satisfeitas.

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

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

Notas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consultar Sommer, A (1995)

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

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

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

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

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

Indicadores de carência de iodo - bócio

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

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

*de preferência crianças de 6-12 anos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

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

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

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

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

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

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

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

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

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

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

3 Apoio Nutricional aos que Sofrem de Subnutrição

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

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

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

Norma 1 relativa ao apoio nutricional específico: subnutrição moderada

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

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

Norma 2 relativa ao apoio nutricional específico: subnutrição grave

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

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

Norma 3 relativa ao apoio nutricional específico: carências de micronutrientes

As carências de micronutrientes são corrigidas.

Indicadores-chave

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

Notas de orientação

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

4 Capacidade e Formação em Matéria de Recursos Humanos

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

Norma 1 da capacidade: competência

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

Indicadores-chave

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

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

Norma 2 da capacidade: apoio

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

Indicadores-chave

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

Norma 3 da capacidade: capacidade local

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

Indicadores-chave

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

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

Notas de orientação

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

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

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