

ACOLHIMENTO DE REFUGIADOS: ALIMENTAÇÃO E NECESSIDADES NUTRICIONAIS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA





ACOLHIMENTO DE REFUGIADOS: ALIMENTAÇÃO E NECESSIDADES NUTRICIONAIS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

***REFUGEE RECEPTION: FOOD AND NUTRITION
NEEDS IN EMERGENCIES***



Autores

Rui Valdiviesso

Maria João Gregório

Sofia Mendes de Sousa

Cristina Teixeira Santos

Manuel Ramos Graça

Andreia Correia

Clara Salvador

Jéssica Filipe

Joana Carriço

António Guerra

Pedro Graça

Design

IADE - Instituto de Arte, Design e Empresa

Editor

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa

Portugal

Tel.: 21 843 05 00

E-mail: geral@dgs.pt

Lisboa, 2015

ISBN

978-972-675-234-9

ÍNDICE

RESUMO	8
ABSTRACT	8
NOTA INTRODUTÓRIA	10
PRINCÍPIOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	11
1. A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DOS HÁBITOS ALIMENTARES	15
Avaliação do estado nutricional	15
Critérios Antropométricos.....	15
Critérios clínicos para a avaliação do estado nutricional	17
Malnutrição calórico-proteica.....	17
Carências de micronutrientes	18
Avaliação dos hábitos alimentares e preferências alimentares.....	21
2. RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS PARA GRUPOS POPULACIONAIS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	23
Fase inicial do acolhimento	23
Adaptação da intervenção alimentar e nutricional	32
Fase de estabilização	33
RESUMO DAS FASES DE APOIO E OBJETIVOS	34
GRUPOS POPULACIONAIS VULNERÁVEIS E NECESSIDADES NUTRICIONAIS ESPECÍFICAS:	
GRÁVIDAS E LACTANTES, CRIANÇAS E IDOSOS	35
Mulheres grávidas e a amamentar	35
Crianças	38
Pessoas idosas	40
NECESSIDADES DE ADAPTAÇÃO DOS PADRÕES ALIMENTARES AOS ASPETOS CULTURAIS E RELIGIOSOS	44
Restrições	44
Adequação cultural da dieta	45
PROGRAMAS DE AJUDA ALIMENTAR: QUE NECESSIDADES? QUAIS OS ALIMENTOS A PROMOVER E A DESINCENTIVAR?	50
3. A HIGIENE E SEGURANÇA DOS ALIMENTOS AO NÍVEL DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO	54
As 5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura	59
4. PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS – ABORDAGEM INICIAL	62
Como respeitar a Segurança, a Dignidade e os Direitos?	64
Questões éticas	64
Adaptação das ações tendo em conta a cultura	65

Resposta em situação de crise: como agir?	66
Ajudar com responsabilidade.....	66
Como realizar uma comunicação adequada?	66
Necessidades frequentes	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXO 1	78
Avaliação do Estado Nutricional e Adequação da Ajuda Alimentar	78
Critérios de avaliação da malnutrição.....	84
Intervenção alimentar e nutricional para situações específicas.....	86
ANEXO 2	86
Ajuste dos valores da intervenção alimentar e nutricional inicial	87
Características demográficas	87
Nível de Atividade Física.....	88
Estado de saúde	88
ANEXO 3	92
Boas práticas de higiene e fabrico	92
ANEXO 4	104
Metodologia 4 C's	104
ANEXO 5	105
Referências bibliográficas dos anexos	108

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Medidas antropométricas e índices nutricionais para cada grupo populacional.....	16
TABELA 2 - Principais sinais e sintomas clínicos de malnutrição calórico-proteica em crianças e adultos.....	18
TABELA 3 - Classificação de problemas de saúde pública em função de deficiências de micronutrientes utilizando diferentes indicadores.....	19
TABELA 4 - Necessidades médias diárias de energia, proteínas, lípidos, vitaminas e minerais para populações em situações de emergência.....	23
TABELA 5 - Exemplo de um dia alimentar.....	27
TABELA 6 - Percentagem de adequação do dia alimentar apresentado, tendo por base as necessidades médias diárias de vitaminas e minerais para populações em situações de emergência.....	29
TABELA 7 - Fontes alimentares selecionadas por teor de vitaminas e minerais.	29
TABELA 8 - Comparação das necessidades em micronutrientes entre mulheres em idade fértil, mulheres grávidas e mulheres a amamentar.....	36
TABELA 9 - Fontes alimentares selecionadas por teor de vitaminas e minerais (Vitamina B12 e cálcio).	42

TABELA 10 - Alimentos presentes na dieta dos países do Mediterrâneo Leste em função da facilidade com que se podem encontrar em Portugal..... 47

TABELA 11 - Alimentos básicos a incluir num cabaz para atingir as quantidades médias de energia, proteínas e lípidos preconizadas para a primeira fase de assistência. 51

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Carências de micronutrientes mais prevalentes em populações em situações de emergência..... 24

FIGURA 2 - Necessidades energéticas e nutricionais na gravidez..... 37

FIGURA 3 - Cinco chaves para uma alimentação mais segura 57



RESUMO

A Europa é neste momento um dos principais destinos de um intenso fluxo migratório provocado por diferentes conflitos armados no Médio Oriente e em África, tendo a Comissão Europeia (CE) acordado na distribuição de uma parte destas pessoas em clara necessidade de proteção nacional, pelos diversos Estados Membros. As populações em trânsito e as características do seu acolhimento possuem especificidades que podem comprometer o acesso a uma alimentação adequada e a cuidados básicos de saúde, influenciando a morbilidade e a mortalidade nos grupos afetados.

Este manual pretende estabelecer um referencial para a intervenção alimentar e nutricional aos refugiados que chegam a Portugal. Destina-se a todos aqueles que prestam apoio, quer a nível individual, quer a nível institucional, e que sejam responsáveis por qualquer aspeto relacionado com a saúde e a alimentação dessas populações, facilitando a operacionalização da assistência e fornecendo ferramentas para a tomada de decisões.

O manual está organizado em 3 partes. Inicia-se com a avaliação do estado nutricional da população a acolher, apresenta depois diversas estratégias para o desenho da intervenção alimentar e nutricional tendo por base as necessidades nutricionais previstas para estes grupos populacionais e, na parte final, aborda a importância de garantir a higiene e segurança dos alimentos na prestação desta assistência alimentar. Este manual apresenta ainda algumas considerações relacionadas com os cuidados básicos na área da psicologia destinados às equipas que estão no terreno.

ABSTRACT

Europe is now a major destination of an intense migratory flow caused by armed conflicts in the Middle East and Africa. In this sense, the European Commission (EC) agreed on the distribution of some of these people in clear need of international protection by various Member States. The populations in transit and the characteristics of its reception have specificities that can compromise the access to adequate food and basic health care. They can also influence morbidity and mortality in affected groups.

This manual aims to establish a framework of nutrition and food intervention to refugees in Portugal. It is aimed at all those who support it, either individually or institutionally, and are responsible for any aspect related to the health and nutrition of these populations, facilitating the implementation of care and providing tools for decision making. The manual is organized into 3 parts. It begins with the assessment of nutritional status of the population. Then

presents several strategies to support the design of food and nutrition intervention based on the estimated nutritional needs for these population groups. In the final section it addresses the importance of ensuring food safety and hygiene when providing this food assistance. This manual also addresses some considerations towards basic psychological intervention principles, destined to help the teams on the field.



NOTA INTRODUTÓRIA

Desafios complexos exigem soluções integradas e equipas multidisciplinares, capazes de adaptarem a evidência científica mais recente à realidade local.

Foi com este espírito, e também com a noção de serviço público, que se reuniram nutricionistas, dietistas, médicos, veterinários, psicólogos e especialistas em relações internacionais, de forma a construir um manual orientador para o acolhimento de refugiados, na vertente alimentar, destinado a cidadãos e técnicos que acolhem grupos de pessoas em situações de emergência e a quem a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) agradecem.

Agradecemos também ao corpo docente da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP) e à jovem equipa técnica do PNPAS, todo o apoio prestado ao longo de vários meses na construção deste exemplo de colaboração interdisciplinar. E também à Câmara Municipal de Odivelas, com quem trabalhamos em outras áreas, e que, de certa forma, nos inspirou inicialmente através do seu esforço excecional para integrar as diferentes minorias que fazem parte da sua comunidade.

Um manual básico de apoio e em construção permanente, que espera poder beneficiar da experiência dos autores, mas também, e no futuro, de todos os que vão participar no acolhimento a refugiados em Portugal. Esperamos que também possa ser útil em outras situações de emergência.

O nosso país possui uma cultura alimentar comum a tantos outros povos da bacia mediterrânica e uma já larga tradição científica de pensamento no domínio das ciências da nutrição que, em conjunto com a nossa tradicional capacidade de bem receber, podem fazer escola nesta área tão carenciada de ação qualificada.

Esperemos que este documento contribua para iniciar esta discussão e que seja útil a quem acolhe e aos próprios que recebem apoio.

Pedro Graça

Diretor Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS)

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Estima-se que os conflitos armados no Médio Oriente tenham provocado a deslocação de mais de 3 milhões de pessoas, a maior parte das quais foi acolhida em países vizinhos ⁽¹⁾. Neste contexto, a Europa tem sido também um dos principais destinos deste fluxo migratório que já se assume como um dos mais significativos desde a Segunda Guerra Mundial.

Em maio de 2015, a Comissão Europeia (CE) acordou na distribuição de 40.000 pessoas em clara necessidade de proteção internacional pelos diversos Estados Membros. Face a pressões crescentes que o aumento do êxodo de refugiados¹ causou em países fronteiriços da União Europeia, foi decidida, em setembro, uma distribuição adicional de 120.000 pessoas. Portugal deverá receber uma parte proporcional destes refugiados ^(3, 4).

Esta realidade exige uma resposta de cada um dos Estados Membros no sentido de garantir um acolhimento em conformidade com os elevados padrões de proteção internacional que a Europa defende para todos os refugiados.

Garantir o acesso aos alimentos e a manutenção de um estado nutricional adequado encontra-se no centro das medidas de proteção às populações afetadas por situações de emergência. Neste manual, entende-se por emergência qualquer situação relacionada com os fluxos migratórios das pessoas em clara necessidade de proteção internacional. Por definição, estas situações de emergência verificam-se quando “a vida ou o bem-estar dos refugiados está ameaçada, a não ser que medidas imediatas e adequadas sejam tomadas, as quais exigem uma resposta fora do comum e a tomada de medidas excecionais” ⁽⁵⁾.

As situações de emergência põem em risco a saúde pública, comprometendo o acesso a alimentos e a cuidados básicos de saúde. Nestas situações, a malnutrição é geralmente o problema de saúde pública mais grave e uma das principais causas de morte. Como tal, a alimentação e a nutrição adequadas têm um papel essencial em situações de emergência, contribuindo decisivamente para a redução da morbilidade e da mortalidade nos grupos afetados ⁽⁶⁾, sendo o objetivo central da intervenção nutricional em situações de emergência corrigir ou prevenir a malnutrição.

¹ Para este manual utilizou-se a definição de refugiado proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) - “pessoa que temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele.”⁽¹⁾

⁽¹⁾ Organização das Nações Unidas. Convenção relativa ao estatuto dos refugiados. 1951. Disponível em: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiado_s.pdf?view=1.

Diversas instituições internacionais têm criado orientações para a intervenção alimentar e nutricional em situações de emergência, baseadas em evidência científica e experiência no terreno. As referências centrais encontram-se em documentos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Programa Alimentar Mundial (WFP) e *Sphere Project*. Estes documentos de referência, que sugerem diversos modelos de intervenção alimentar e nutricional, são aplicáveis sobretudo em condições em que, ocorrendo um desastre ou emergência, os meios de ajuda são colocados no terreno e iniciam a operacionalização de um plano definido ⁽⁶⁻¹²⁾.

Este conjunto de recomendações é generalizável a diversas situações e por isso serviu como base para a construção deste manual. No entanto, algumas diferenças relativamente às situações descritas na literatura exigem um esforço de adaptação à realidade nacional e que, por isso, serão introduzidas. Por exemplo:

- As pessoas que irão receber ajuda em Portugal não se encontram no local onde ocorreu a emergência nem num campo de refugiados construído para as albergar;
- A população a acolher passou por um conjunto de circunstâncias diferentes até chegar ao destino final. A maioria pode ter abandonado os locais de origem há meses e encontrar-se em trânsito. O tempo de permanência em cada um dos locais de trânsito e a assistência que receberam também são muito variáveis;
- Conhecem-se alguns dados de saúde de populações de campos de refugiados que acolhem indivíduos provenientes da Síria, nomeadamente o estado de desnutrição e a prevalência de anemia em mulheres e crianças refugiadas na Jordânia. Se a desnutrição aguda não parece ser preocupante nestas populações, já a prevalência de anemia configura um problema severo de saúde pública ⁽¹³⁾. Os idosos também parecem estar numa situação de elevado risco nutricional, estimando-se proporções elevadas de doenças não transmissíveis entre idosos refugiados no Líbano, agravadas por hábitos alimentares inadequados e um estado mental fragilizado ⁽¹⁴⁾. No entanto, talvez devido à grande mobilidade dos grupos e ao facto de se tratar de um fenómeno relativamente recente, não são conhecidas, até à data, avaliações consistentes sobre a saúde das populações refugiadas em trânsito até à Europa que nos permitam estabelecer um padrão de necessidades nutricionais mais específico para esta situação.

Os países que acolhem refugiados na Europa poderão receber um conjunto de pessoas que viajaram milhares de quilómetros em situações muito diferenciadas. Em alguns casos poderão ter sido realizados longos percursos a pé, em constante *stress*, sem acesso a uma alimentação

equilibrada e variada, apresentando indicadores de saúde desconhecidos e um conjunto de situações quanto ao estado nutricional e de doença que podem divergir bastante dos descritos nos documentos de referência. O facto do trânsito e do acolhimento dos primeiros grupos ser feito em meses mais frios pode, inclusivamente, contribuir para piorar o estado de saúde dos refugiados.

Assim sendo, a intervenção alimentar e nutricional terá que ser constantemente adaptada à realidade específica de cada grupo acolhido. Contudo, a base conceitual para esse apoio deve cenejar-se nas referências e normas internacionais, pois apenas estas permitem operacionalizar a intervenção nesta área de uma forma baseada na evidência científica. Desde a avaliação do estado nutricional, que terá que ser válida e comparável com outras situações de emergência, até ao desenho da intervenção alimentar e nutricional e a sua adaptação a cada grupo ou, no limite, a cada indivíduo.

Um aspeto de extrema importância a ter em conta em todos os processos de intervenção é o recurso a mediadores culturais, ou seja, pessoas capazes de obter informação junto da população afetada de forma culturalmente aceitável. A sua atuação em situações de emergência tem enormes vantagens, desde a facilitação da comunicação à adequação da ajuda aos aspetos culturais e religiosos. Os mediadores poderão, inclusivamente, pertencer ao grupo de pessoas a acolher, desde que existam facilidades de comunicação, como por exemplo a fluência em outras línguas como o inglês.

A utilização de mediadores pode:

- Facilitar a comunicação, ultrapassando a barreira linguística;
- Esclarecer aspetos sociais e culturais das pessoas a acolher, não apenas alimentares, mas também dos próprios estilos de vida;
- Prevenir situações de recusa ou de desconforto no acolhimento resultantes de choques culturais;
- Alertar para problemas de saúde de determinados indivíduos que não o consigam expressar;
- Contribuir para a sua própria integração, através da sua experiência de trabalho e contacto com os profissionais e as instituições.

Por imperativos de ordem cultural e religiosa, deve ter-se em atenção a escolha dos profissionais e mediadores no relacionamento com certos grupos. Por exemplo, poderão existir restrições de género consubstanciadas na recusa de mulheres serem observadas ou

cuidadas por profissionais do sexo masculino. É de extrema importância que estas limitações sejam esclarecidas e respeitadas, para que o apoio tenha a maior qualidade possível.

Este manual pretende, assim, estabelecer um referencial de intervenção alimentar e nutricional aos refugiados que chegam a Portugal. Destina-se a todos aqueles que prestam apoio, quer a nível individual quer a nível institucional, e que sejam responsáveis por qualquer aspeto relacionado com a saúde e a alimentação dessas populações, facilitando a operacionalização da assistência e fornecendo ferramentas para a tomada de decisões.

O manual está organizado em 3 capítulos:

- Numa primeira parte, destaca-se a importância da avaliação do estado nutricional da população a acolher, para que seja possível adaptar a intervenção alimentar e nutricional em situações de emergência às necessidades específicas identificadas;
- Numa segunda parte, apresentam-se as estratégias para o desenho da intervenção alimentar e nutricional tendo por base as necessidades nutricionais previstas para estes grupos populacionais;
- Finalmente, na terceira parte, aborda-se a importância de garantir a higiene e segurança dos alimentos na prestação desta assistência alimentar a cidadãos deslocados, tendo como objetivo garantir a salubridade e a qualidade da oferta alimentar.

O manual possui ainda uma referência aos cuidados básicos na área da psicologia destinados às equipas que estão no terreno e um conjunto de anexos com materiais de suporte à tomada de decisão.



1. A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DOS HÁBITOS ALIMENTARES

Neste primeiro capítulo do manual descrevem-se os procedimentos para a avaliação do estado nutricional, nomeadamente a avaliação antropométrica, critérios clínicos, sinais e sintomas clínicos de deficiências nutricionais, avaliação bioquímica e avaliação dos hábitos, preferências e gostos alimentares, aceitabilidade cultural e religiosa.

Avaliação do estado nutricional

Numa fase inicial do acolhimento, deve ser realizada uma avaliação rápida do estado nutricional de modo a obter dados concretos para uma adequada intervenção na área alimentar.

Esta avaliação deverá ser o ponto de partida para este tipo de intervenções, permitindo:

- **Identificar os problemas nutricionais específicos;**
- **Identificar os grupos mais afetados de forma a priorizar as intervenções.**

Essa avaliação é particularmente importante para os grupos da população que se encontram em circunstâncias que os possam tornar mais vulneráveis e por isso em situação de risco nutricional, tais como as **crianças**, os **adolescentes**, as **grávidas** e os **idosos**. É de extrema importância que a avaliação do estado nutricional seja feita por pessoal qualificado e treinado para o efeito.

Para facilitar a consulta em gráficos e tabelas de referência, convencionou-se neste manual a utilização das siglas em inglês para os indicadores do estado nutricional utilizados.

Uma explicação mais detalhada sobre a forma como deve ser realizada a avaliação do estado nutricional e a interpretação dos seus resultados pode ser encontrada no **Anexo 1**.

Critérios Antropométricos

A utilização de medidas antropométricas tais como o peso, a altura, o perímetro da cintura e o perímetro do braço, por exemplo, são utilizadas para o diagnóstico do estado nutricional e avaliação do risco de algumas doenças.

De acordo com a OMS ⁽⁶⁾, em situações de emergência, as crianças entre os 0 e os 5 anos devem ser prioritárias na avaliação do estado nutricional. Os indicadores a aplicar nesta faixa etária são o *Z score* do peso-pelo-comprimento (WFL, *Weight For Length*) até aos 2 anos ou 86 cm de comprimento, e o *Z score* do peso-pela-altura (WFH, *Weight For Height*), a partir dos 2 anos ou dos 87 cm, de acordo com os *standards* de crescimento da OMS de 2006 ⁽¹⁵⁾.

Entre os 2 e os 5 anos poderá ser também usado o *Z score* do índice de massa corporal (BMI).

O perímetro do braço sem contração (MUAC, *Mid Upper Arm Circumference*), pode também ser utilizado em crianças dos 3 meses aos 5 anos ^(6, 8).

Para crianças dos 0 aos 6 meses não existem *standards* bem definidos para a medida e o registo de dados antropométricos especificamente em situações de emergência ^(6, 8). Caso seja necessário intervir sobre este grupo etário, podem ser usados os mesmos *standards* aplicáveis às crianças que nascem em Portugal, sendo o *Z score* do WFL o parâmetro preferencial a utilizar.

O MUAC deve ser também medido em grávidas, para estabelecer o seu grau de desnutrição ⁽⁸⁾.

Dos 5 aos 19 anos, deverá usar-se o *Z score* do índice de massa corporal (BMI, *Body Mass Index*), de acordo com os *standards* da OMS de 2007 ⁽¹⁶⁾.

Em adultos, o índice de massa corporal é o indicador do estado nutricional que deverá ser utilizado ⁽⁸⁾.

TABELA 1 - Medidas antropométricas e índices nutricionais para cada grupo populacional.

Grupo populacional	Parâmetro antropométrico ou índice nutricional	Ponto de corte que sugere desnutrição aguda
Crianças (0-2 anos)	WFL	≥ -3 < -2 Z score (moderada) < -3 Z score (severa)
Crianças (2-5 anos)	WFH ou BMI	≥ -3 < -2 Z score (moderada) < -3 Z score (severa)
Crianças (3 meses-5 anos)	MUAC	≥ 11,5 < 12,5 cm (moderada) < 11,5 cm (severa)
Crianças e adolescentes (5-19 anos)	BMI	≥ -3 < -2 Z score (moderada) < -3 Z score (severa)
Adultos (incluindo idosos)	BMI	< 18,5 Kg/m ² (moderada) < 16 Kg/m ² (severa)
Grávidas	MUAC	< 22 cm

Peso-pelo-comprimento (WFL - *Weight For Length*); Peso-pela-altura (WFH - *Weight For Height*); Perímetro do braço sem contração (MUAC - *Mid Upper Arm Circumference*); Índice de massa corporal (BMI - *Body Mass Index*).

Critérios clínicos para a avaliação do estado nutricional

Paralelamente à avaliação antropométrica, a avaliação dos sinais clínicos de alteração do estado nutricional, bem com a avaliação bioquímica são também essenciais para uma correta avaliação do estado nutricional. Não obstante ser importante avaliar a presença de determinadas doenças transmissíveis e outras infeções, como o HIV/SIDA, doenças respiratórias ou doenças crónicas, o foco da avaliação dos sinais e sintomas clínicos deve assentar essencialmente nos que estão relacionados com a malnutrição e deficiências nutricionais.

Destacamos, assim, as afeções e respetivos sinais e sintomas clínicos que resultam das principais carências em energia e nutrientes e que, tipicamente, têm prevalências elevadas nas populações em situações de emergência.

É importante que esta avaliação dos sinais clínicos seja realizada por profissionais de saúde treinados e deve ser sempre confirmada com exames complementares de diagnóstico.

Malnutrição calórico-proteica

Os estados de malnutrição calórico-proteica atingem, sobretudo, crianças dos 6 meses aos 5 anos, o que atesta bem a prioridade que deve ser dada a este grupo em todas as intervenções nutricionais. As principais afeções relacionadas com os estados de malnutrição calórico-proteica em crianças são ⁽⁶⁾:

Marasmo – estado de desnutrição severa, caracterizado pela depleção de gordura e músculo corporais. Os indivíduos ficam com um aspeto de “pele e osso”. Resulta essencialmente do aporte insuficiente de energia e proteína.

Kwashiorkor – caracterizado por edema, que geralmente se inicia nas pernas e se estende a todo o corpo; acompanhado, por vezes, de descoloração capilar e pele ressequida. Resulta, principalmente, de uma ingestão alimentar que pode ser suficiente em hidratos de carbono, mas extremamente pobre em proteína.

Kwashiorkor marásmico – caracterizado por uma combinação de magreza extrema e edema.

TABELA 2 - Principais sinais e sintomas clínicos de malnutrição calórico-proteica em crianças e adultos¹.

Grupo populacional	Sinais e sintomas clínicos	
	Sempre presentes	Presentes às vezes
Crianças		
Marasmo	Depleção do tecido muscular e adiposo (<i>wasting</i>)	Fome Aparência encarquilhada
Kwashiorkor	Edema	Comportamento irritável Falta de apetite Alterações cutâneas (dermatoses) Alterações capilares (cabelo descolorado, liso, laxo)
Kwashiorkor marásmico	Edema + <i>Wasting</i>	Qualquer um dos referidos acima
Adultos		
	<i>Wasting</i> e Fraqueza	Edema Alterações mentais

¹ Adaptado de: WHO. *The management of nutrition in major emergencies*. Geneva, 2000.

Carências de micronutrientes

As carências de micronutrientes, apesar de ocorrerem globalmente, podem estar particularmente presentes em populações em situações de emergência.

A prevalência de carências de micronutrientes numa dada população é um bom indicador da falta de acesso a esse micronutriente, quer através da disponibilidade geográfica reduzida, como acontece por exemplo com o iodo, quer por uma alimentação pouco variada e pobre, principalmente, em hortícolas frescos e cereais integrais ⁽⁶⁾. Prevalências médias a elevadas de carências constituem riscos de saúde pública e justificam intervenções populacionais. É importante definir, portanto, critérios que utilizem prevalências de carências em micronutrientes em populações, sendo que as pessoas que as apresentem devem ser tratadas individualmente ⁽⁸⁾.

A tabela seguinte resume as principais carências de micronutrientes e seus indicadores, os grupos que devem ser avaliados e, quando aplicável, o grau de severidade da sua prevalência para a sua definição como um problema de saúde pública.

TABELA 3 - Classificação de problemas de saúde pública em função de deficiências de micronutrientes utilizando diferentes indicadores¹.

Indicador de deficiência de micronutrientes	Grupo recomendado para a medição de prevalência	Definição de um problema de saúde pública	
		Severidade	Prevalência (%)
Deficiência de vitamina A			
Cegueira noturna (XN) ^{a (17)}	24-71 meses	Baixa	> 0 - < 1
		Moderada	≥ 1 -< 5
		Alta	≥ 5
Manchas de Bitot (X1B) ^{a (17)}	6-71 meses	Não especificada	> 0,5
Esclerose da córnea/ulcerações/queratomalácia (X2, X3A, X3B) ^a	6-71 meses	Não especificada	> 0,01
Cicatrizes na córnea (XS) ^{a (17)}	6-71 meses	Não especificada	> 0,05
Retinol sérico (≤ 0,7 μmol/L)	6-71 meses	Baixa	≥ 2 – < 10
		Moderada	≥10 – < 20
		Alta	≥ 20
Deficiência de Iodo			
Bócio (visível + palpável)	Crianças em idade escolar	Baixa	5,0 – 19,9
		Moderada	20,0 – 29,9
		Alta	≥ 30,0
Concentração da excreção urinária de iodo (mg/l)	Crianças em idade escolar	Ingestão excessiva	> 300 ^b
		Ingestão adequada	100 – 199 ^b
		Deficiência leve	50 – 99 ^b
		Deficiência moderada	20 – 49 ^b
		Deficiência severa	< 20 ^b

Deficiência de Ferro

Anemia	Mulheres e	Baixa	5 – 20
(Níveis de hemoglobina:	crianças dos 6-59	Moderada	20 – 40
mulheres não grávidas <12,0	meses	Alta	≥ 40
g/dl; crianças 6-59 meses			
<11,0 g/dl)			

Beriberi (deficiência de vit. B1)

Sinais clínicos	Toda a população	Baixa	≥ 1 caso e <1%
(fraqueza, perda de peso, perda de		Moderada	1 - 4
sensibilidade nas extremidades,		Alta	≥ 5
perda de flexibilidade nos			
membros)			
Ingestão diária de tiamina	Toda a população	Baixa	≥ 5
(B1)		Moderada	5 – 19
(<0,33 mg/1000 Kcal)		Alta	20 – 49
Mortalidade infantil	Crianças 2 – 5	Baixa	Sem aumento
	meses	Moderada	Ligeiro aumento
		Alta	Pico marcado

Pelagra (deficiência de niacina)

Sinais clínicos (dermatite,	Toda a população	Baixa	≥ 1 caso e <1%
diarreia e demência)	ou mulheres > 15	Moderada	1 - 4
	anos	Alta	≥ 5
Ingestão diária de	Toda a população	Baixa	5 - 19
equivalentes de niacina <5	ou mulheres > 15	Moderada	20 - 49
mg	anos	Alta	≥ 50

Escorbuto (deficiência de vit. C)

Sinais clínicos (edema e	Toda a população	Baixa	≥ 1 caso e <1%
hemorragia das gengivas, edema e		Moderada	1 - 4
dor nas articulações, especialmente		Alta	≥ 5
joelho, anca e cotovelo)			

¹ Adaptado de: *The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. 139-238. Rugby, 2011.*

^a Classificações de acordo com: *WHO. Indicators for assessing Vitamin A Deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. 1996.*

^b Valores da concentração da excreção urinária de iodo em mg/l.

^c Classificações de acordo com: *WHO. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 2007*

Avaliação dos hábitos alimentares e preferências alimentares

Na fase do diagnóstico inicial deverá também ser feita uma avaliação dos hábitos e preferências alimentares. Numa situação de emergência, fornecer alimentos que não são culturalmente aceites ou permitidos por motivos de ordem religiosa, pode significar a recusa da alimentação, comprometendo o estado nutricional dos indivíduos.

As preferências e gostos alimentares também são importantes, principalmente em casos de malnutrição, em que um maior aporte de energia e nutrientes pode ser melhorado com a adequação do plano alimentar aos gostos individuais.

As pessoas devem ser inquiridas sobre o grau de aceitação e preferências alimentares e os resultados devem ser utilizados para a decisão sobre os alimentos a fornecer. É assim importante assegurar que os alimentos disponibilizados:

- **Respeitam as tradições culturais e religiosas das populações a que se destinam;**
- **São familiares para as populações;**
- **Têm boa digestibilidade e sabor ⁽⁸⁾.**

Para facilitar esta avaliação da adequação e preferências alimentares pode ser importante a utilização de imagens ou iconografia de modo a que os alimentos sejam facilmente reconhecidos pelos indivíduos.

Instrumentos visuais como a nova Roda dos Alimentos Portuguesa ⁽¹⁸⁾, podem ser utilizados nesta tarefa, permitindo não só perceber quais as preferências ou restrições, como também estimar o nível de aproximação aos consumos preconizados para a população portuguesa. Para esta avaliação dos hábitos alimentares pode ser importante pedir aos indivíduos, por exemplo, que reportem o seu consumo em comparação com os grupos deste guia alimentar, indicando se ingerem alimentos de todos os grupos e, dentro de cada grupo, se a sua ingestão é maior ou menor que a proporção aconselhada.

A presença de mediadores culturais será de grande utilidade neste processo.

Um conjunto de considerações sobre os hábitos culturais, implicações religiosas e adequação da alimentação destas populações podem ser encontrados na secção 2 deste manual.

Principais recomendações para a avaliação do estado nutricional e adequação da intervenção alimentar e nutricional:

Formar equipas multidisciplinares com profissionais com as competências e formação necessárias para uma correta avaliação do estado nutricional;

Integrar mediadores culturais nesta equipa;

Incluir a avaliação dos seguintes parâmetros na avaliação do estado nutricional: avaliação antropométrica, sinais clínicos de alteração do estado nutricional, avaliação bioquímica e avaliação dos hábitos e preferências alimentares;

Garantir a fiabilidade e comparabilidade das medições e registos com as dos organismos internacionais através do uso dos padrões e *standards* descritos;

Garantir que a avaliação e o diagnóstico são efetuados de acordo com os valores que se adaptem às populações de origem;

Criar sistemas de alerta para a deteção e encaminhamento de casos particulares de elevada severidade;

Manter comportamentos e atitudes de todo o pessoal envolvido dentro de padrões de elevada tolerância e respeito pela dignidade humana.



2. RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS PARA GRUPOS POPULACIONAIS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

No segundo capítulo descreve-se como deve ser promovida a intervenção alimentar em situações de emergência, tendo por base as necessidades nutricionais específicas destes grupos populacionais.

Fase inicial do acolhimento

Numa fase inicial de uma situação de emergência, no sentido de suprir necessidades nutricionais básicas, convencionou-se utilizar as recomendações preconizadas pela OMS. Relativamente à energia considera-se um aporte mínimo de 2100 Kcal diárias por indivíduo como o padrão para garantir as necessidades nutricionais básicas, sendo que 17 a 20% da energia total deve provir de lípidos e pelo menos 10 a 12% de proteínas ^(6, 9).

Na tabela seguinte são apresentadas as recomendações de ingestão diária de energia, proteínas, lípidos e dos vários micronutrientes para populações que se encontram em situação de emergência. A base de evidência para esta tabela resulta da revisão das recomendações da OMS e da FAO de 2004, pelo *Sphere Project* ⁽¹⁹⁾. Estas recomendações devem servir como base para o planeamento da intervenção alimentar a nível populacional, sem esquecer no entanto que as necessidades individuais variam com o estado de saúde, sexo, idade, gravidez e amamentação.

TABELA 4 - Necessidades médias diárias de energia, proteínas, lípidos, vitaminas e minerais para populações em situações de emergência¹.

Energia / Nutrientes	Necessidades populacionais médias
Energia	2100 Kcal
Proteínas	53 g (10 % da energia total)
Lípidos	40 g (17 % da energia total)
Vitamina A	550 µg
Vitamina D	6,1 µg
Vitamina E	8,0 mg (equivalentes de alfa-tocoferol)
Vitamina K	48,2 µg
Vitamina B1 (Tiamina)	1,1 mg
Vitamina B2 (Riboflavina)	1,1 mg
Vitamina B3 (Niacina)	13,8 mg (equivalentes de niacina)
Vitamina B5 (Ácido Pantoténico)	4,6 mg
Vitamina B6 (Piridoxina)	1,2 mg

Vitamina B9 (Ácido Fólico)	363 µg
Vitamina B12 (Cobalamina)	2,2 µg
Vitamina C	41,6 mg
Ferro	32 mg
Iodo	138 µg
Zinco	12,4 mg
Cobre	1,1 mg
Selénio	27,6 µg
Cálcio	989 mg
Magnésio	201 mg

¹ Adaptado de: *The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. 139-238. Rugby, 2011*

Estão também descritas na literatura as deficiências de micronutrientes mais prevalentes nestes grupos populacionais, nomeadamente de **ferro, iodo, vitaminas A, B, C e D**.

Por um lado, é possível que estes grupos populacionais tenham passado recentemente por períodos de carência alimentar e consequentemente com um aporte insuficiente de micronutrientes (vitaminas e minerais), uma vez que em populações deslocadas, que viajaram longas distâncias, o acesso a alimentos frescos, como hortícolas e fruta, pode ser limitado, tal como o acesso a uma alimentação variada. Por outro lado, outros fatores como a carência endémica de micronutrientes nos países de origem ou as elevadas taxas de infeção em crianças podem também contribuir para um maior risco de se verificarem deficiências em micronutrientes nestes grupos populacionais.

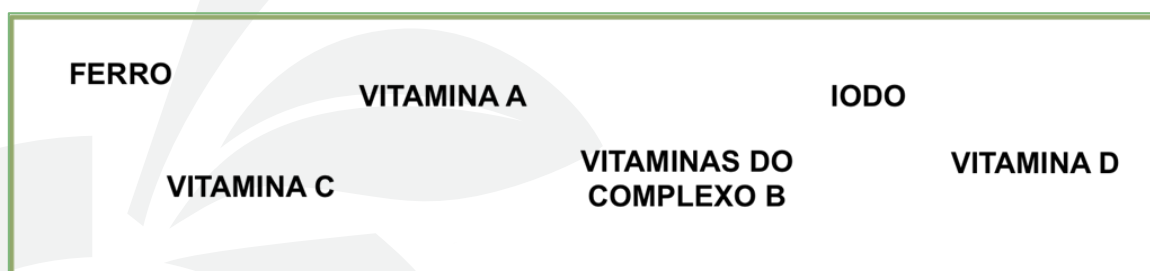


FIGURA 1 - Carências de micronutrientes mais prevalentes em populações em situações de emergência.

As deficiências em micronutrientes podem colocar em risco a saúde das populações, podendo as suas consequências ser globalmente graves. A deficiência severa de **vitamina A** é causa de cegueira e também compromete o sistema imunitário.

A carência de **iodo** está associada a danos cerebrais em crianças e a problemas na gestação, podendo levar inclusivamente a aborto espontâneo.

A anemia devido à carência de **ferro** compromete o desenvolvimento cognitivo em crianças e afeta o sistema imunitário. Durante a gravidez, uma ingestão insuficiente de ferro aumenta o risco de hemorragia, sépsis, mortalidade materna, mortalidade perinatal e baixo peso do recém-nascido ⁽⁸⁾. A anemia parece ser, aliás, o maior problema de saúde pública entre populações deslocadas. Um estudo recente num campo de refugiados sírios na Jordânia ⁽¹³⁾, demonstrou uma prevalência de anemia de 48,4% em crianças e de 44,8% em mulheres. O ferro está presente em alimentos de origem animal e vegetal. Contudo, é melhor absorvido quando provém de produtos animais, e essa absorção é potenciada pela ingestão de alimentos ricos em vitamina C. Por outro lado, a presença de certas substâncias em alguns hortícolas, chá e café pode limitar a absorção de ferro ⁽⁶⁾.

Das **vitaminas do complexo B**, destacam-se o ácido fólico (vitamina B9), pela sua importância na promoção de um desenvolvimento neuronal adequado do feto, a niacina (vitamina PP ou B3), cuja carência é causa de pelagra, uma condição clínica cujos sintomas são comumente designados por 3 Ds (Diarreia, Demência e Dermatite), e a tiamina (vitamina B1), essencial para o metabolismo da glicose e cuja deficiência causa beribéri ^(6, 8).

As deficiências em micronutrientes são difíceis de identificar em muitos contextos. Embora os sinais clínicos das carências de algumas vitaminas e minerais sejam, em muitos casos, facilitadores do diagnóstico, são as deficiências subclínicas que suscitam maiores preocupações, por serem mais prevalentes, pesando mais na saúde e sobrevivência das populações. As carências de micronutrientes originalmente prevalentes numa dada população, têm tendência para aumentar numa situação de emergência. É essencial, portanto, usar intervenções populacionais e tratamento individual para mitigar estas deficiências ⁽⁸⁾.

É importante incluir num planeamento alimentar inicial um conjunto de produtos frescos que garantam o aporte de micronutrientes ou, em alternativa, utilizar alimentos fortificados ou suplementação quando não existe uma disponibilidade imediata de produtos frescos.

A variedade dos géneros alimentares incluídos num plano alimentar pode ser uma importante estratégia para garantir a diversidade de micronutrientes. A Roda dos Alimentos ⁽¹⁸⁾ poderá ser usada como modelo para aferir a variedade da oferta, nomeadamente usando vários

alimentos diferentes de cada um dos grupos de alimentos. Por exemplo, uma seleção de hortícolas que não contenha apenas vegetais de folha verde mas também outro tipo de vegetais, como cenoura, pimento, tomate, pepino ou cebola, garantirá um aporte muito mais diversificado de micronutrientes. Da mesma forma, no grupo dos cereais, derivados e tubérculos, a inclusão de cereais integrais poderá trazer benefícios em algumas vitaminas e minerais.

Tendo em conta as carências de nutrientes mais frequentemente observadas nestes grupos, propõe-se um conjunto de recomendações alimentares:

- Promover o consumo diário de alimentos dos 7 grupos da Roda dos Alimentos (Hortícolas, Fruta, Cereais e derivados, tubérculos, Laticínios, Carne, pescado e ovos, Leguminosas e Gorduras e óleos), procurando variar os alimentos dentro destes grupos;
- Promover o consumo diário de produtos frescos, como os hortícolas e a fruta, nomeadamente:
 - Promover o consumo diário de hortícolas bem coloridos como os **hortícolas de folha verde** (espinafres, agrião, grelos, couve...) porque, entre outros micronutrientes, são fontes importantes de **ferro** e **ácido fólico** e os **hortícolas de cor alaranjada e vermelha** (cenoura, abóbora, tomate...) porque são fontes importantes de **vitamina A**;
 - Promover o consumo diário de 1 peça de fruta rica em **vitamina C** (laranja, tangerina, kiwi, morangos);
- Promover o consumo diário de alimentos fornecedores de proteínas, como carne, pescado e ovos, leite e derivados e leguminosas. Os ovos, as leguminosas e os laticínios podem ser importantes alternativas à carne e pescado. No caso dos laticínios e ovos estes são ainda importantes fontes de vitaminas (por exemplo vitamina D) e minerais;
- Dar preferência ao consumo de cereais integrais fornecedores de vitaminas habitualmente deficientes neste grupo populacional (vit. do complexo B) e de fibra;
- Incentivar o consumo de água e outras bebidas que contribuam para uma hidratação adequada, nomeadamente chá e infusões. Destaca-se também a sopa e bebidas como o leite, como importantes fontes de hidratação.

De seguida apresenta-se um exemplo prático de um dia alimentar e respetivas quantidades de alimentos a ingerir, tendo por base as recomendações alimentares apresentadas neste manual. Para fornecer apoio aos técnicos, enumeram-se também as porções representativas dos sete grupos da Roda dos Alimentos. De notar a presença de alguns alimentos de conforto como o açúcar e outros produtos açucarados como a marmelada, que aqui foram integrados tendo em conta a importância que este tipo de alimentos pode ter e o facto de se conseguir construir uma ementa que pouco se afasta do equilíbrio mesmo com a sua presença ocasional.

TABELA 5 - Exemplo de um dia alimentar.

Refeições	Dia alimentar	Porções grupos de alimentos
Pequeno-almoço	240ml de leite meio gordo	1 porção de laticínios (240 ml de leite)
	1 pão de mistura (50g)	1 porção de cereais e derivados, tubérculos (1 pão)
	10g de marmelada	
	7g de açúcar	
Almoço		1, 5 porções de hortícolas (sopa)
	Creme de cenoura com brócolos e grão-de-bico	2,5 porções de cereais e derivados, tubérculos ($\frac{1}{2}$ batata + $\frac{1}{2}$ pão + 6 colheres de sopa de arroz)
	Feijão vermelho com ovo escalfado (8 colheres de sopa de feijão, 1 ovo de 55g)	3 porção de leguminosas (8 colheres de sopa de feijão + 1 colher de sopa de grão-de-bico)
	Arroz (6 colheres de sopa de arroz cozinhado)	1 porção de carne, pescado e ovos (1 ovo)
	1 laranja (100g)	1 porção de gorduras e óleos (1 colher de sobremesa de azeite (5g))
	$\frac{1}{2}$ pão de mistura	1 porção de fruta (laranja)
Lanche	240ml de leite meio gordo	1 porção de laticínios (240 ml de leite)
	1 pão de mistura (50g)	1 porção de cereais e derivados, tubérculos (1 pão)
	1 colher de chá de manteiga	

Jantar	7g de açúcar	1 porção de gorduras e óleos (1 colher de chá de manteiga)
		2 porções de hortícolas (sopa + salada de tomate, alface e cenoura)
	Creme de cenoura com brócolos e grão-de-bico	2,5 porções de cereais e derivados, tubérculos ($\frac{1}{2}$ batata + $\frac{1}{2}$ pão + 6 colheres de sopa de massa)
	Massa de atum (6 colheres de sopa de massa cozinhada e meia lata de atum (60g))	$\frac{1}{2}$ porção de leguminosas (1 colheres de sopa de grão-de-bico)
	Salada de tomate, alface e cenoura	1 porção de carne, pescado e ovos (1/2 lata de atum)
	1 maçã (100g)	1 porção de gorduras e óleos (1 colher de sobremesa de azeite (5g))
Ceia	$\frac{1}{2}$ pão de mistura	1 porção de fruta (maçã)
	1 pão de mistura (50g)	1 porção de cereais e derivados, tubérculos (1 pão)
	1 colher de chá de manteiga	1 porção de gorduras e óleos (1 colher de chá de manteiga)
	1 banana (50g)	1 porção de fruta (banana)
Informação nutricional	Chá	
	2033 kcal	
	13% proteína (66g)	
	18% lípidos (39,7g)	

Considerando o dia alimentar acima descrito, calcularam-se as percentagens de adequação para alguns micronutrientes, tendo em conta as necessidades nutricionais apresentadas na tabela 4 ^(8, 19). De acordo com a tabela 6 é possível verificar que, para a sua grande maioria, os valores obtidos por este dia alimentar estão de acordo com as recomendações de vitaminas e minerais preconizadas para estes grupos populacionais.

TABELA 6 - Percentagem de adequação do dia alimentar apresentado, tendo por base as necessidades médias diárias de vitaminas e minerais para populações em situações de emergência.

	Valor obtido (exemplo de dia alimentar)	Valor diário recomendado	Percentagem de adequação
Fibra	39,4 g	25g	158%
Vitamina A	1254 µg	550 µg	228%
Vitamina D	1,4 µg	6,1 µg	24%
Vitamina B1 (Tiamina)	1 mg	1,1 mg	99%
Vitamina B2 (Riboflavina)	1,7 mg	1,1 mg	157%
Vitamina B3 (Niacina)	17,6 mg	13,8 mg (equivalentes de niacina)	127%
Vitamina B6 (Piridoxina)	1,65 mg	1,2 mg	137%
Vitamina B12 (Cobalamina)	2,3 µg	2,2 µg	107%
Vitamina C	92,9 mg	41,6 mg	223%
Ferro	16,1 mg	32 mg	50%
Cálcio	912 mg	989 mg	92%

A tabela 7, apresentada a seguir, contém algumas fontes alimentares selecionadas de vitaminas e minerais.

TABELA 7 - Fontes alimentares selecionadas por teor de vitaminas e minerais¹.

Micronutriente	Fontes alimentares	Porção ¹	Quantidade por porção ²
Vitamina A^b	Cenoura, crua	1 unidade média (147g)	1372 µg
	Couve galega, cozida	½ prato (120g)	434,4 µg
	Melo	1 taça (128g)	213,8 µg
	Brócolos, cozidos	½ prato (133g)	151,6 µg
	Tomate	¼ prato (84g)	71,4 µg
Vitamina D	Salmão, grelhado	1 posta (173g)	15,9 µg
	Solha, grelhada	1 posta (90g)	9,9 µg
Vitamina D	Sardinha em lata	Peso escurido (85g)	6 µg

(cont.)	Ovo, cozido	1 unidade (56g)	0,95 µg
	Leite MG	1 copo (200ml)	0,1 µg
Ácido Fólico	Feijão-frade, cozido	3 colheres de sopa (60g)	126 µg
	Espargos, cozidos	5 espargos (60g)	93 µg
	Lentilhas, cozidas	3 colheres de sopa (114g)	28,5 µg
	Grão-de-bico, cozido	3 colheres de sopa (51g)	27,5 µg
	Feijão manteiga, cozido	3 colheres de sopa (48g)	20,6 µg
Vitamina C	Pimento, cru	1 unidade (169g)	152 mg
	Morangos	10 morangos médios (270g)	127 mg
	Laranja	1 unidade média (161g)	91,7 mg
	Couve-flor, cozida	½ prato (141g)	63,5 mg
	Kiwi	1 unidade pequena (78g)	56,2 mg
Ferro	Carne de vaca, magra	100g	2mg
	Pão trigo integral	2 fatias (46g)	1,38 mg
	Feijão manteiga, cozinhado	3 colheres de sopa (48g)	1,3 mg
	Ovo, cozido	1 unidade (56g)	1,2 mg
	Frango cozido com pele	Porção peito (48g)	0,1 mg
Iodo³	Sal iodado	1 colher de sopa	400 µg
	Sardinha/Mexilhão ^c	100g	95-100 µg
	Atum/Cavala ^c	1 posta de 100g	50-60 µg
	Ovo	1 unidade	18-26 µg

¹ Porções retiradas de Goios, A., *et al.*, Pesos e Porções de Alimentos. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação do Porto – FCNAUP. Porto, 2014.

² Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Tabela da composição de alimentos. Lisboa: INSA; 2010

³ Adaptado de MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Princípios nutricionais. Vitaminas. In: *Krause – Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 10ed. Roca: São Paulo, 2003. cap. 4. p.76-77, excepto ^c Haldimann M, *et al.* (2005).

^b Quantidades de vitamina A em µg, sendo que 1 µg = 1 Equivalente de Retinol (RE) = 12 µg de β-caroteno = 3,33 UI de vitamina A.

1. Recomendações para a primeira fase de intervenção alimentar e nutricional

- Promover um fornecimento de alimentos devidamente planeado, que forneça, por dia e por indivíduo:
 - 2100 Kcal;
 - 10-12% do valor energético em proteínas;
 - 17% do valor energético em lípidos;
- Incluir, sempre, leguminosas, hortícolas e fruta fresca nos alimentos a fornecer;
- Incluir, sempre que possível, laticínios e ovos nos alimentos a fornecer;
- Não esquecer o fornecimento de carne e pescado;
- Incluir cereais integrais sempre que possível;
- Sobrestimar as quantidades dos alimentos contando com eventuais perdas e necessidades aumentadas;
- Fornecer quantidades adaptadas de alimentos ou nutrientes, o mais rapidamente possível, a grupos de risco:
 - Grávidas e mulheres a amamentar;
 - Crianças;
 - Idosos;
 - Doentes;
- Respeitar a origem cultural e religiosa dos beneficiários:
 - Nunca forçar a aceitação de alimentos;
 - Procurar ter, no conjunto de alimentos a fornecer, alimentos que se identifiquem culturalmente com os beneficiários;
 - Evitar alimentos sujeitos a restrições de índole religiosa.

Adaptação da intervenção alimentar e nutricional

Depois do acolhimento e das primeiras avaliações do estado nutricional da população e dos indivíduos, devem-se efetuar as adaptações na intervenção em conformidade com os dados da avaliação.

O cálculo das necessidades nutricionais e alimentares de uma população, no período que se segue à resposta inicial, é de extrema importância pois permite ir ao encontro das necessidades reais dessa população, possibilitando o planeamento de uma intervenção alimentar e nutricional mais adequada e contribuindo, assim, para a melhoria do seu estado de saúde.

A adaptação da intervenção alimentar e nutricional dependerá, nesta fase, de vários critérios ⁽⁶⁾.

- **Distribuição dos grupos demográficos na população;**
- **Casos de malnutrição identificados na população ou em indivíduos;**
- **Riscos para a saúde pública, como prevalências elevadas de carências de micronutrientes, doenças infecciosas, entre outros;**
- **Atividade física dos indivíduos;**
- **Temperatura média diária do local de acolhimento;**
- **Situação de desidratação e/ou presença de diarreia.**

A duração desta fase de adequação da intervenção inicial é variável e depende do tempo necessário para que haja uma integração dos indivíduos na sociedade e nos mecanismos de apoio comunitário comuns à população em geral.

É também nesta fase que os indivíduos ou grupos populacionais que se considerou estarem em risco de saúde são convenientemente assistidos através de programas de intervenção e alimentar e nutricional específicos .

No **Anexo 2** são explicados os critérios de adequação da dieta relativamente à avaliação feita aos indivíduos e grupos populacionais, bem como os critérios de inclusão numa intervenção específica.

2. Recomendações para a segunda fase da intervenção alimentar e nutricional

- Transitar o mais rapidamente possível para esta fase de intervenção;
- Usar, consistentemente, os dados da avaliação do estado nutricional e do estado de saúde para ajustar a alimentação a nível:
 - Individual – indivíduos malnutridos, com infeções, com carências de vitaminas e minerais, grávidas malnutridas;
 - De grupos – todas as mulheres grávidas, por exemplo;
 - Populacional – todos os indivíduos, de acordo com critérios de temperatura, atividade física, elevada prevalência de carências de micronutrientes, elevada prevalência de casos de malnutrição;
- Monitorizar frequentemente o estado nutricional e de saúde:
 - Dos indivíduos em risco;
 - Da população através de amostragens a determinados grupos, tendo como prioridade as crianças dos 6 meses aos 5 anos;
- Melhorar constantemente a oferta alimentar, principalmente com maior quantidade e variabilidade de hortícolas e fruta frescos;
- Melhorar constantemente a adequação cultural da oferta alimentar, através da comunicação com os mediadores culturais e beneficiários.

Fase de estabilização

As fases anteriores de um programa de intervenção alimentar e nutricional servem para responder, rapidamente, às exigências nutricionais e de saúde da população num contexto de emergência e para tratar indivíduos e grupos de indivíduos com carências ou afeções específicas. Em muitos locais onde prevalecem estados de emergência, os programas mantêm-se permanentemente na fase de adequação ao apoio alimentar inicial, na qual a intervenção alimentar responde constantemente às variações do meio e do estado de saúde da população.

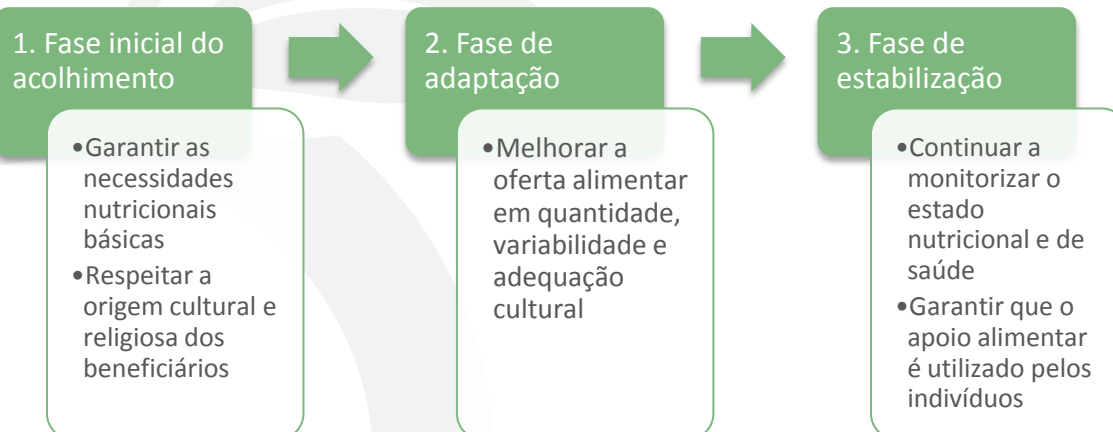
A situação do acolhimento de refugiados em Portugal é radicalmente diferente. Espera-se que os indivíduos atinjam um estado de integração no tecido social e comunitário, que lhes permita um certo grau de autonomia, inclusivamente relativamente a questões relacionadas com a alimentação.

Nesta fase, quando as situações de risco nutricional e de saúde identificados ao nível do acolhimento já encontraram resposta conveniente, as recomendações alimentares devem ser aproximadas às que são preconizadas para a população portuguesa: uma alimentação promotora de saúde, baseada nas recomendações da Nova Roda dos Alimentos Portuguesa.

3. Recomendações para a terceira fase da intervenção alimentar e nutricional

- Manter o contacto institucional com os indivíduos ou famílias;
- Continuar a monitorizar o estado nutricional e de saúde dos indivíduos mais vulneráveis;
- Garantir que o apoio prestado continua nutricionalmente adequado ao grupo e à família;
- Garantir que o apoio alimentar prestado é efetivamente usado pelos indivíduos;
- Promover a integração plena dos indivíduos na sociedade, também a nível alimentar;
- Difundir recomendações alimentares comuns à população residente em Portugal;
- Promover hábitos de saúde que previnam doenças não transmissíveis.

RESUMO DAS FASES DE APOIO E OBJETIVOS



GRUPOS POPULACIONAIS VULNERÁVEIS E NECESSIDADES NUTRICIONAIS ESPECÍFICAS: GRÁVIDAS E LACTANTES, CRIANÇAS E IDOSOS

Mulheres grávidas e a amamentar

Embora as mulheres grávidas e a amamentar estejam incluídas no grupo populacional que recebe uma provisão inicial básica de 2100 Kcal diárias, esta intervenção alimentar pode não ser suficiente para suprir as necessidades deste grupo, nomeadamente em termos de micronutrientes ⁽⁹⁾. É importante identificar, logo que possível, as mulheres nesta situação e adequar a intervenção alimentar inicial, tendo em conta as necessidades aumentadas quer em energia quer em micronutrientes.

De facto, durante a gravidez e a amamentação, as **necessidades energéticas, proteicas e de micronutrientes aumentam** significativamente, sendo estas necessidades também diferentes em função do trimestre da gravidez. As grávidas necessitam de um aporte adicional de cerca de 340 a 450 Kcal por dia durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez, respetivamente, enquanto a amamentação requer 300 a 400 Kcal diárias adicionais (330 kcal adicionais até aos primeiros 6 meses e 400 kcal adicionais a partir dos 6 meses) ^(20, 21).

Poderá também ser necessário ajustar dos valores de **ingestão proteica**, durante a gravidez e amamentação ⁽²²⁾.

Esta adequação da ingestão proteica pode ser complementada através do aumento da oferta alimentar de laticínios (leite, iogurte ou queijo), uma combinação de cereais e leguminosas (feijão, grão-de-bico, ervilhas, lentilhas), carne, pescado e ovos. Há que ter em atenção, contudo, que as necessidades proteicas devem ser supridas, sempre que possível, com produtos de origem animal, incluindo laticínios e ovos, dado o seu elevado valor biológico.

Uma ingestão adequada de micronutrientes como o **ferro, ácido fólico, vitamina A e iodo** são particularmente importantes para a saúde materno-infantil. Um mau estado nutricional ou uma ingestão inadequada em gestantes pode ter consequências nefastas para a saúde do recém-nascido, que vão desde o baixo peso à nascença até malformações fetais. Como tal, as grávidas devem ser sujeitas a atenção prioritária em situações de emergência.

A tabela seguinte compara as principais necessidades de micronutrientes entre mulheres em idade fértil, mulheres grávidas e mulheres a amamentar.

TABELA 8 - Comparação das necessidades em micronutrientes entre mulheres em idade fértil, mulheres grávidas e mulheres a amamentar¹.

Micronutrientes	Mulheres em idade fértil ^a	Grávidas ^a	Mulheres a amamentar ^a
Vitamina A (µg/dia)	700	770	1300
Ferro (mg/dia)	18	27	9
Ácido Fólico (µg/dia)	400	600	500
Iodo (µg/dia)	150	220	290

¹ Adaptado de: *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline (1998); Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc (2001)*. ^a Idades compreendidas entre os 19-50 anos.

Relativamente ao **ácido fólico** e de modo a assegurar as necessidades aumentadas para este micronutriente durante a gravidez e amamentação, é recomendado o consumo de fruta e hortícolas (em particular os hortícolas de folha verde) ricos nesta vitamina, bem como a utilização de cereais integrais (por exemplo pão integral, arroz e massa integral) e leguminosas (feijão, grão-de-bico, favas, ervilhas e lentilhas).

Também a **vitamina A**, tal como muitas outras vitaminas e minerais, encontra-se em abundância em hortícolas (por exemplo cenoura, abóbora, espinafres, brócolos) e na fruta, recomendando-se, portanto, um incremento da sua inclusão na oferta alimentar a grávidas e mulheres a amamentar.

Para o **ferro**, as recomendações apontam para uma ingestão diária de 27 mg como sendo a quantidade ideal durante a gravidez. Para garantir uma adequada ingestão deste mineral é importante aumentar o consumo de alimentos de origem animal (carne e peixe), leguminosas como o feijão e o grão-de-bico, e de hortícolas de folha verde escura.

Durante a gravidez e a amamentação as necessidades diárias de **iodo** estão também aumentadas, tal como é possível verificar na tabela 6, tanto que em Portugal existem recomendações para a suplementação diária de iodo durante o período preconcepcional, gravidez e durante o período do aleitamento materno exclusivo. No entanto, para garantir uma adequada ingestão de iodo é importante assegurar uma alimentação variada incluindo alimentos que são fontes de iodo, tais como o sal iodado, pescado, leguminosas, hortícolas, leite e outros produtos lácteos.

De modo a assegurar as necessidades aumentadas destes micronutrientes, por vezes, e em situações particulares, pode ser necessário recorrer, por exemplo, a suplementos de ferro, ácido fólico e iodo.

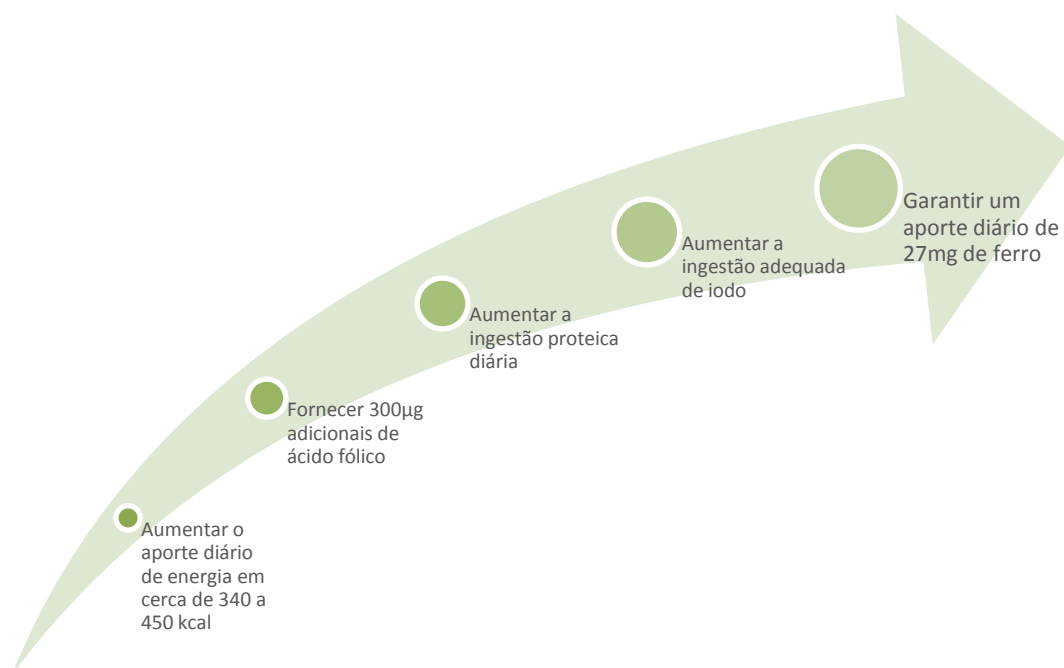


FIGURA 2 - Necessidades energéticas e nutricionais na gravidez (2º e 3º trimestre).

De um modo geral, para assegurar as necessidades energéticas e nutricionais aumentadas durante a gravidez, devem ser seguidas as seguintes recomendações:

1º Trimestre da gravidez (1-12 semanas)

- Aumentar o consumo diário de 1 chávena almoçadeira de leite (250ml) ou equivalentes;
- Garantir uma adequada ingestão de produtos hortícolas e de fruta, dando preferência aos hortícolas coloridos e de folha verde (cenoura, abóbora, espinafres, brócolos...) e à fruta rica em vitamina C (laranja, tangerina, kiwi...).

2º e 3º Trimestres da gravidez (13-40 semanas)

- Devem ser mantidas as recomendações descritas para o 1º trimestre e:
 - Aumentar o consumo de hortícolas e/ou fruta em cerca de 100 a 150g;
 - Aumentar o consumo de alimentos do grupo de cereais e derivados em cerca de 50g (por exemplo 1 pão de mistura);
 - Garantir uma adequada ingestão de carne ou pescado.

Por último, vale a pena referir que os cuidados com a higiene e segurança dos alimentos é determinante durante a gravidez, no sentido de evitar a contaminação por agentes patogénicos como, por exemplo, o *Toxoplasma gondii*, evitando assim as consequências de contrair toxoplasmose para a saúde e para o correto desenvolvimento do feto. As questões referentes à higiene e segurança dos alimentos estão descritas na secção 3 deste manual.

Crianças

Em situações de emergência, a morbilidade e a mortalidade infantis sofrem frequentemente aumentos dramáticos. A malnutrição calórico-proteica durante os primeiros anos de vida tem um impacto negativo no desenvolvimento das funções cognitivas, motora, social e emocional. Como tal, preconizam-se intervenções específicas no sentido de otimizar boas práticas de alimentação infantil.

A mais importante destas intervenções diz respeito à amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida. O leite materno é o alimento ideal para promover o crescimento e desenvolvimento das crianças, providenciando não apenas todos os nutrientes necessários em quantidades e proporções que dificilmente se encontram nas fórmulas de substituição, como também uma insubstituível proteção contra as infeções, ao fornecer anticorpos maternos ao lactente. Adicionalmente, a amamentação potencia a criação de laços emocionais e afetivos entre a mãe e o bebé.

Em situações de emergência, a importância da amamentação é acrescida dado que, além dos fatores descritos, permite uma forma segura, económica e sustentável de alimentação.

A substituição da amamentação materna por alimentação baseada em fórmulas só deve ser usada como solução de recurso, quando as outras alternativas não forem possíveis. Nestas circunstâncias, as fórmulas apenas devem ser prescritas, preparadas e distribuídas com base na avaliação das necessidades e por profissionais qualificados, de forma a garantir a correta mistura das fórmulas e a assegurar a higiene e a segurança do processo ^(7, 9).

Outro aspeto importante é a capacitação das instituições que promovem o acolhimento e integração das famílias para a potenciação da amamentação. **Todas as instituições que providenciam serviços e cuidados para crianças a amamentar devem implementar as medidas seguintes** ⁽²³⁾:

- 1. Possuir uma política de amamentação que seja regularmente difundida e comunicada a todo o pessoal da área da saúde;**
- 2. Formar todo o pessoal da área da saúde em competências necessárias para implementar esta política;**
- 3. Informar todas as mulheres grávidas sobre os benefícios da amamentação;**
- 4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora a seguir ao parto;**
- 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que separadas dos filhos;**
- 6. Não fornecer aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida além de leite materno, salvo por indicação médica;**
- 7. Praticar a ambientação da mãe com o bebé, permitindo a sua convivência 24 horas por dia;**
- 8. Encorajar a amamentação por pedido do bebé;**
- 9. Não fornecer chupetas ou tetinas durante as primeiras semanas;**
- 10. Estimular e promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães para esses grupos quando tiverem alta.**

A preferência da amamentação em detrimento de outras formas de alimentação não se aplica nos casos em que a mãe esteja infetada com HIV, tuberculose ativa não tratada, entre outros, e caso esteja a fazer medicação que interfira com a amamentação. Nestes casos, todas as mães devem receber informação sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação, aconselhamento para a escolha da forma mais adequada à sua situação e apoio sobre a forma como escolheram alimentar os bebés, ajudando-as a fazê-lo de forma segura e eficaz ⁽²⁴⁾.

Aos 6 meses inicia-se um período de introdução de novos alimentos a par da amamentação. Nesta fase da vida, devem ser introduzidos os primeiros alimentos não lácteos, de uma forma

gradual. Deve dar-se especial atenção à informação que é transmitida à mãe e à família, no sentido de continuar com hábitos de aleitamento materno essenciais à saúde da criança e de introduzir de forma progressiva e correctamente novos alimentos ⁽²⁵⁾. Informação mais detalhada relativa à diversificação alimentar pode ser consultada no artigo “Alimentação e Nutrição do Lactente” da Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria ⁽²⁶⁾.

Pessoas idosas

Em situações de emergência, as pessoas idosas poderão estar em risco nutricional e é, por isso, importante prestar especial atenção a este grupo etário, empreendendo esforços para assegurar o acesso a uma alimentação adequada ⁽⁹⁾. Os idosos são um grupo de risco para a malnutrição. Por um lado, a desnutrição e as carências de micronutrientes são situações frequentemente encontradas nestes grupos da população. Por outro lado, sabe-se também que doenças crónicas como a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares são muito prevalentes nos idosos, o que pode justificar uma intervenção do ponto vista nutricional e alimentar mais específica ⁽¹⁴⁾.

São preocupantes os dados recentes sobre o estado de saúde de idosos provenientes da Síria e que se encontram refugiados no Líbano. Relativamente aos hábitos alimentares, estes idosos apresentam habitualmente uma frequência muito baixa de consumo de carne, pescado e ovos (pouco mais que uma vez por semana). Os laticínios, os hortícolas e fruta também são consumidos com reduzida frequência. Saltar refeições, reduzir porções e não comer de todo durante o dia são também comportamentos frequentes ⁽¹⁴⁾.

A população idosa também é bastante mais propensa a infeções respiratórias, e o facto de fazerem uma grande parte da viagem durante os meses frios e chuvosos do inverno europeu pode aumentar o risco de contraírem estas infeções.

Atendendo a estas informações, é provável que muitos idosos que cheguem a Portugal tenham um mau estado nutricional e necessitem efetivamente de atenção especial, quer do ponto de vista alimentar, quer mesmo do clínico.

As necessidades energéticas para pessoas idosas (≥ 65 anos, de acordo com a OMS), são normalmente menores que as de um adulto jovem, devido ao decréscimo da atividade física e dos níveis da Taxa Metabólica Basal, devido à natural perda de massa muscular.

Já para a ingestão proteica, e apesar das recomendações para esta faixa etária serem semelhantes às dos adultos mais jovens, é importante garantir um aporte proteico adequado, na medida em que nos idosos é habitual verificar-se um consumo mais baixo de alimentos com

proteínas de elevado valor biológico. Deste modo, é importante garantir uma adequada ingestão de alimentos ricos em proteínas de elevado valor biológico. Como exemplos destacam-se a carne, pescado, ovos e leite e derivados. No quadro seguinte, apresentam-se algumas orientações para garantir uma adequada ingestão proteica.

Como aumentar o aporte proteico em pessoas idosas:

- Incluir, sempre que possível, uma fonte de proteína nas refeições principais (ex: carne, pescado, ovos ou leguminosas) e intermédias (ex: laticínios);
- Incluir leguminosas na alimentação diária. A combinação de algumas leguminosas com cereais permite obter proteínas de elevado valor biológico (por exemplo, combinar feijão com arroz ou grão com massa);
- Incluir cerca de 3 porções diárias de laticínios (leite, iogurte ou queijo) na alimentação.

Do mesmo modo, as necessidades de micronutrientes não diminuem, comparativamente com as necessidades para adultos jovens. Como tal, uma alimentação adequada para pessoas idosas deve assegurar que o aporte de micronutrientes é mantido apesar da redução da quantidade de alimentos ingeridos, pelo que se preconiza o fornecimento de alimentos nutricionalmente densos através do reforço da oferta, por exemplo, de hortícolas, fruta e leguminosas.

Nesta faixa etária, destaca-se a importância de assegurar um aporte adequado de micronutrientes, tais como **vitamina B12, ferro, vitamina D e cálcio**. Apesar das necessidades se manterem constantes, é importante considerar que nesta fase do ciclo de vida a absorção de alguns destes micronutrientes está diminuída.

Em relação à **vitamina B12**, as pessoas idosas têm muitas vezes défices nesta vitamina. Por um lado devido à baixa ingestão de alimentos com proteínas de origem animal e, por outro lado, devido a uma absorção diminuída, resultado da produção reduzida de fator intrínseco, componente produzido no estômago, essencial para a absorção desta vitamina. No que diz respeito ao **ferro**, a sua deficiência pode também ser comum nos idosos, decorrente da reduzida ingestão de alimentos ricos em proteínas e do comprometimento da sua biodisponibilidade causada pela ausência ou diminuição da produção de secreção gástrica, comum nos idosos. Deste modo, é importante fornecer fontes de vitamina B12 e também de

ferro, nomeadamente alimentos ricos em proteínas de origem animal (carne, pescado, ovos e laticínios) (tabela 7).

Nesta faixa etária é também essencial assegurar uma adequada ingestão de vitamina D e de cálcio. A síntese de **vitamina D** através da pele, assim como a sua conversão para a forma ativa pelos rins, têm a sua eficácia reduzida nesta faixa etária. Estes fatores, conjugados com uma baixa ingestão desta vitamina e uma exposição inadequada à luz solar, reduzem a absorção de **cálcio** nas pessoas idosas. Por este motivo, e pelo facto de se verificar uma menor biodisponibilidade do cálcio, as necessidades neste mineral podem estar aumentadas. Como tal, é importante fornecer alimentos que sejam fontes de vitamina D (tabela 7) e de cálcio, como leite e derivados e hortícolas de folha verde (tabela 9).

TABELA 9 - Fontes alimentares selecionadas por teor de vitaminas e minerais (Vitamina B12 e cálcio).

Micronutriente	Fontes alimentares	Porção ¹	Quantidade por porção ²
Vitamina B12	Coelho	Perna grande (125g)	10,3 µg
	Carne de vaca, bife	100g	2 µg
	Ovo cozido	1 unidade (56g)	0,28 µg
	Carapau, grelhado	1 unidade média (47g)	3 µg
	Dourada, grelhada	1 unidade pequena (180g)	7,6 µg
Cálcio	Leite MG	1 copo (200ml)	224 mg
	Iogurte natural sólido MG	1 unidade (125g)	147,5 mg
	Queijo flamengo	1 fatia (18g)	144 mg
	Sardinhas em lata	Peso escurrido (85g)	402 mg
	Couve galega, cozida	½ prato (120g)	316,8 mg
	Brócolos, cozidos	½ prato (133g)	74,5 mg
	Tofu, bife	137g	178 mg
	Amêndoas, com pele	1 mão (30g)	79,8 mg

¹ Porções retiradas de Goios, A., *et al.*, Pesos e Porções de Alimentos. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação do Porto – FCNAUP. Porto, 2014.

² Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Tabela da composição de alimentos. Lisboa: INSA; 2010

Outra consideração importante relaciona-se com a manutenção de uma elevada ingestão de fluidos, dada a reduzida capacidade de reflexo de sede nas pessoas idosas ⁽⁹⁾. Aqui, o recurso a bebidas como chá ou sumos de fruta poderá servir como uma motivação para o aumento da ingestão de fluidos.

As recomendações alimentares apresentadas na secção 2 deste manual também se aplicam a esta faixa etária.



NECESSIDADES DE ADAPTAÇÃO DOS PADRÕES ALIMENTARES AOS ASPETOS CULTURAIS E RELIGIOSOS

Para muitas populações, a alimentação é um importante elemento de identidade cultural e desempenha um papel social relevante. Se os alimentos fornecidos num programa de intervenção alimentar e nutricional forem desconhecidos da população-alvo, ou não forem aceitáveis por razões culturais ou religiosas, o aporte de energia e nutrientes pode ficar comprometido. Por este motivo, devem ser empreendidos esforços para que a ajuda fornecida seja culturalmente aceitável e familiar para a população deslocada. A introdução de novos alimentos numa situação de emergência é altamente desaconselhada ^(6, 8).

Restrições

A maior parte dos cidadãos deslocados que serão acolhidos em Portugal insere-se socioculturalmente nos países de cultura islâmica, havendo, portanto, que salvaguardar um conjunto de condições impostas à alimentação – quer por motivos religiosos no que concerne a determinadas restrições, quer por motivos culturais, pois mesmo os cidadãos provenientes da mesma zona mas que não professem o islamismo, dificilmente terão acesso a determinados alimentos sobre os quais imperem restrições de ordem religiosa e, portanto, não farão parte dos seus hábitos alimentares.

Relativamente às restrições alimentares por motivos religiosos, os muçulmanos regem-se por um conjunto de regras implícitas ou explícitas no Corão e noutros textos religiosos, que define um conjunto de alimentos proibidos – *haram* – e permitidos – *halal*.

A restrição mais comum é a da **carne de porco e derivados**. Deve haver especial cuidado por parte das instituições que fornecem alimentos para não incluírem produtos de origem suína, incluindo: **carne, fiambre, salsichas, chouriço, presunto, mortadela, paio, salpicão, farinheira, morcela, entranhas (tripas, fígado, pulmão, etc.) ou banha. Gelatina produzida a partir de proteína animal** deve ser também evitada.

Para a manipulação de produtos de origem suína nas instituições que fornecem e/ou preparam alimentos para os cidadãos deslocados, devem-se aplicar os mesmos processos de segurança alimentar de modo a evitar a contaminação cruzada, ou seja, os equipamentos, superfícies e utensílios que entrem em contacto com produtos de porco devem ser convenientemente lavados e higienizados.

Relativamente a outros tipos de carne, em algumas culturas e seguindo determinadas correntes do Islão, poderão haver reservas sobre a forma como o animal é abatido, havendo especificidades rituais próprias que terão que ser cumpridas.

A ingestão de carne de animais que morrem por acidente ou causa natural, e de todo o tipo de sangue, é também proibida pelo Islão. Em alguns grupos é proibido o consumo de carne de coelho.

Pelos mesmos motivos religiosos, a ingestão de **bebidas alcoólicas** está restrita na maior parte das sociedades de influência islâmica, pelo que o seu fornecimento ou a sua utilização para preparação de alimentos ou refeições devem ser evitados. Esta restrição pode incidir sobre a **utilização de bebidas alcoólicas como tempero, em caldos, marinadas e sobremesas**. Determinados ingredientes, como o **extrato de baunilha**, também podem ser proibidos por utilizarem álcool na sua composição ou no processo de produção ^(27, 28).

Outra situação relacionada com a religião e merecedora de destaque é o cumprimento do período de abstinência alimentar do Ramadão, durante o qual todos os muçulmanos devem praticar jejum entre o nascer e o pôr-do-sol. O início do próximo Ramadão está previsto, com base no calendário lunar, para junho de 2016, sendo importante nessa altura articular os meios de assistência alimentar para que sejam satisfeitas as necessidades dos que cumprem abstinência.

A complexidade e a variabilidade deste conjunto de regras alimentares poderão ser facilmente debeladas recorrendo a um mediador social ou cultural⁽¹⁾ pertencente a uma comunidade muçulmana integrada em Portugal, que poderá trabalhar em conjunto com as instituições e os Nutricionistas.

Adequação cultural da dieta

A restrição aos produtos de origem suína e, no limite, a todos os tipos de carne (devido à desconfiança sobre a forma como os animais são abatidos), cria dificuldades aparentes sobre a variabilidade das principais fontes de proteína de origem animal. Em contrapartida, todo o pescado é permitido, tal como os ovos e laticínios. Juntamente com as proteínas de origem vegetal, cujo equilíbrio nutricional, expresso em aminoácidos essenciais, se poderá facilmente atingir por combinação de leguminosas e cereais, o leque de oferta de fontes proteicas permite facilmente atingir o mínimo de 10% da energia total da dieta proveniente de proteína nas primeiras fases de ajuda alimentar, e ajustar a ingestão para as recomendações da OMS de 0,83 g/kg/dia⁽²²⁾ numa fase de estabilização.

Ainda relativamente à carne, nos casos em que não haja qualquer tipo de restrição, o borrego é a espécie culturalmente mais aceite nos locais de origem dos cidadãos deslocados, seguido da carne de frango.

Nos casos em que os indivíduos sigam um padrão alimentar vegetariano, por razões culturais, pessoais ou religiosas, recomenda-se a leitura das *Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável*, do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, da DGS ⁽²⁹⁾.

As fontes vegetais de proteína são extremamente úteis em situações de emergência. Convenientemente, a maior parte dos locais de origem dos cidadãos deslocados tem um historial gastronómico rico nestes produtos. Nos países do Mediterrâneo Leste, leguminosas como o grão-de-bico e a lentilha são usados em larga escala.

Um fator de grande conveniência é a prevalência de muitos aspetos da Dieta Mediterrânica na maior parte dos países do Mediterrâneo Leste, que ajuda a adequar a oferta alimentar em Portugal à de muitos dos cidadãos a acolher.

A Dieta Mediterrânica não é apenas um conjunto de recomendações nutricionais e alimentares, enquadrando-se também num estilo de vida que propicia a socialização à volta das refeições, entendidas como momentos de fruição da vida e da companhia de familiares e amigos ⁽³⁰⁾. Assim, além da natural identificação cultural com alguns dos hábitos alimentares portugueses, poderão existir benefícios afetivos no reforço e implementação dos aspetos centrais da Dieta Mediterrânica nos programas de assistência.

Os principais aspetos da Dieta Mediterrânica são ⁽³⁰⁾:

- Azeite como principal fonte de gordura;
- Hortícolas, fruta, pão e outros cereais não refinados e leguminosas em abundância;
- Alimentos pouco processados, frescos, locais e da época;
- Consumo de carnes vermelhas com moderação e maior consumo de peixe e ovos;
- Ingestão diária de laticínios em quantidades baixas a moderadas;
- Água como bebida de eleição.

Apesar da maior parte dos refugiados a acolher – senão a sua totalidade – ter proveniência em países cuja tradição alimentar tem por base um padrão alimentar do tipo mediterrânico, determinados constrangimentos de ordem económica, geográfica e edafoclimática, além dos já referidos de índole social, cultural ou religiosa, fazem variar a disponibilidade de certos alimentos:

- O pescado é mais consumido nas zonas litorais destes países. Por exemplo, na Síria, o consumo de peixe, marisco e moluscos aquáticos é bastante raro no interior do país;
- Determinadas fontes de hidratos de carbono, como a batata e as massas alimentares não têm um consumo muito expressivo. Por outro lado, o arroz parece estar na base de diversos pratos. O trigoilho (ou bulgur) – uma preparação de trigo-duro – é raro em Portugal mas é usado em muitas confeções;
- Uma grande variedade de hortícolas está disponível em Portugal, mas a beringela, que é central na gastronomia do Mediterrâneo Leste, é menos frequente;
- As leguminosas mais comuns em Portugal, nomeadamente o feijão e a ervilha, são secundárias ao grão-de-bico e às lentilhas em certos países da África Subsariana e Médio Oriente de onde vem a maioria dos refugiados e que, por uma questão de facilidade, designámos aqui por “Mediterrâneo Leste”.

A tabela seguinte resume alguns alimentos presentes na dieta dos países do Mediterrâneo Leste ⁽³¹⁾ em função da facilidade com que se podem encontrar em Portugal.

TABELA 10 - Alimentos presentes na dieta dos países do Mediterrâneo Leste⁽³¹⁾ em função da facilidade com que se podem encontrar em Portugal.

Grupos de géneros alimentícios	Muito comum em Portugal	Moderadamente comum	Raro em Portugal
Hortícolas	- Tomate	- Beringela	- Folhas de videira
	- Cebola		- Quiabo
	- Alho		
	- Pimentos		
	- Couve-flor		
	- Pepino		
	- Espinafre		
	- Curgete		
	- Couve-coração		

	- Limão	- Lima	
Fruta	- Laranja		
	- Maçã		
	- Pera		
Cereais, tubérculos e derivados	- Farinha de trigo		- Triguilho (bulgur ou burghur)
	- Arroz		
Carne, pescado e ovos	- Frango	- Borrego	- Alguns tipos de peixe (alabote, arinca)
	- Ovos		
	- Vaca		
Leguminosas	- Grão-de-bico	- Lentilhas	
	- Fava		
Gorduras e óleos	- Azeite		- Óleo de sésamo
	- Manteiga		
Leite e derivados	- Leite de vaca	- Queijo Feta	- Alguns tipos de queijo (Chancliche, Akkawi, Jibne Khadra, Shelal)
	- Iogurte (natural, sem açúcar)		
	- Manteiga		
Frutos Gordos, Frutos Secos e Sementes	- Pinhão	- Pistácio	- Sésamo
	- Amêndoa	- Tâmara	
	- Passas de uva	- Damasco	
Oleaginosas			
Temperos	- Pimentão (colorau)	- Cardamomo	- Pimenta de Aleppo (pimenta halaby)
	- Hortelã-pimenta		
	- Salsa		
	- Pimenta		
	- Tomilho		
	- Cominhos		
	- Canela		
	- Coentros		

Como se constata, existe uma boa aproximação em termos da disponibilidade da maior parte dos alimentos. No entanto, as formulações gastronómicas dos países do Mediterrâneo Leste são bastante diferentes. Seria benéfico encontrar compromissos entre os mecanismos de

assistência alimentar, no sentido de fornecer alguns destes alimentos aos indivíduos. Algumas sugestões neste sentido podem ser encontradas na secção seguinte.

Recomendações para uma correta adequação cultural da dieta

- Avaliar a aceitabilidade e a adequação dos alimentos incluídos no plano de intervenção alimentar, por parte da população;
- Integrar, em todos os processos de decisão e comunicação, um mediador cultural;
- Compreender e respeitar a importância de aspetos de índole cultural, social e religiosa na alimentação, garantindo que os alimentos promovidos não entram em conflito com as tradições religiosas ou culturais da população;
- Compreender que uma correta adequação cultural da dieta contribui para uma alimentação mais equilibrada;
- Evitar alimentos sobre os quais possam existir restrições religiosas, tais como:
 - Produtos ou subprodutos de porco;
 - Sangue de animais ou produtos contendo sangue;
 - Em alguns casos, carne de aves ou mamíferos que não tenham sido sacrificados de acordo com rituais específicos;
 - Bebidas alcoólicas ou produtos contendo álcool na sua formulação, preparação ou confecção;
- Substituir adequadamente alimentos que estão restritos por outros com constituição nutricional aproximada;
- Promover a Dieta Mediterrânica como base para uma alimentação saudável, variada, equilibrada, económica e ambientalmente sustentável e com identificações culturais com a maior parte dos refugiados a acolher.

PROGRAMAS DE AJUDA ALIMENTAR: QUE NECESSIDADES? QUAIS OS ALIMENTOS A PROMOVER E A DESINCENTIVAR?

Os programas de ajuda alimentar (distribuição de alimentos) existentes em Portugal poderão ser um apoio importante às intervenções alimentares e nutricionais em situações de emergência e de apoio às populações a acolher.

A Federação Portuguesa de Bancos Alimentares (www.bancoalimentar.pt), coordena presentemente o fornecimento de alimentos a mais de 390.000 pessoas carenciadas em Portugal. Estes alimentos são fornecidos por instituições de proximidade, sob a forma de refeições preparadas ou cabazes de alimentos.

Um aspeto não menos importante será o aumento da variabilidade dos produtos a requisitar em donativo. Numa situação ideal, seriam requisitados alimentos com maior identificação cultural com os refugiados. No entanto, a baixa disponibilidade de alguns desses géneros alimentícios pode colocar constrangimentos económicos, principalmente do lado do cidadão ou da empresa que faz o donativo.

As campanhas de donativos dos Bancos Alimentares são frequentes, pelo que existe a oportunidade de sensibilizar estas instituições e o público em geral, para incrementar o donativo de bens não perecíveis que se adequem melhor, em termos culturais, aos beneficiários a acolher, dos quais se destacam:



Relativamente aos bens perecíveis, como hortícolas e fruta frescos, ovos e laticínios, a sensibilização poderá ser feita principalmente às empresas produtoras e distribuidoras, como uma medida que pode também contribuir para a redução do desperdício alimentar por parte destas empresas. Seria extremamente interessante, do ponto de vista da identificação

gastronómica, se houvesse um esforço de adequação da oferta em hortícolas como a beringela, o pepino, a curgete ou os pimentos e de ervas aromáticas como a hortelã e a salsa.

Sobre os laticínios, nomeadamente os iogurtes, a preferência sobre o natural sem açúcar é bastante pertinente, pois pode ser usado também em diversas formulações gastronómicas comuns a muitos países do Mediterrâneo Leste. Iogurtes aromatizados, açucarados ou com pedaços comprometerão este tipo de utilização.

Seguidamente, damos exemplos de preparação de um cabaz básico de alimentos que cumpre com o estipulado relativamente às necessidades diárias médias em energia e nutrientes da primeira fase da intervenção alimentar e nutricional.

TABELA 11 - Alimentos básicos a incluir num cabaz para atingir as quantidades individuais médias de energia, proteínas e lípidos preconizadas para a primeira fase de assistência.¹

Item	Quantidade (g)
Cereais (ex. arroz, massa...)	390
Leguminosas	50
Leite	240
Óleos e outras gorduras	30
Carne e peixe	50
Açúcar	22
Hortícolas e Fruta, frescos	100
Energia	2100 Kcal
Proteínas	63 g (12% da energia total)
Lípidos	40 g (17% da energia total)

¹ Adaptado de *WFP, UNHCR. Guidelines for estimating food and nutritional needs in emergencies, 1997.*

Este exemplo pode servir de base para a construção de um cabaz básico de alimentos por parte das instituições de apoio/acolhimento. É importante ter em conta a quantidade e diversidade mínimas, por indivíduo e por dia, a fornecer ou a incluir na alimentação para estas populações.

Podem exceder-se estas quantidades em cerca de 10-15%, no sentido de:

- Contar com eventuais perdas no armazenamento, preparação, confeção ou distribuição dos alimentos;
- Fornecer maior quantidade de alimentos a grupos com necessidades nutricionais aumentadas, nomeadamente grávidas, mulheres a amamentar, indivíduos com infeções e outros quadros clínicos que o justifiquem.

Além dos alimentos descritos, as instituições deverão aumentar a provisão quotidiana em hortícolas e fruta frescos, ovos e outras fontes de proteína animal (ex. atum em conserva), laticínios e, se possível, frutos gordos (amêndoas, nozes, avelãs, etc.). Esta disponibilidade de produtos será importante para fornecer, no imediato, uma alimentação adequada aos indivíduos mais vulneráveis.

Principais recomendações na articulação com programas de ajuda alimentar

- Sensibilizar os responsáveis das Organizações Não Governamentais (ONGs) para as especificidades e necessidades desta situação de emergência;
- Adequar a necessidade de donativos às preferências culturais e gastronómicas dos beneficiários:
 - Tentar obter maiores quantidades de alimentos comuns e disponíveis em Portugal mas raramente disponibilizados em donativo;
 - Tentar obter alguns alimentos pouco comuns em Portugal, mas importantes na gastronomia dos países de origem dos refugiados;
- Reforçar a importância de obter alimentos frescos, nomeadamente hortícolas, fruta, laticínios e ovos.

Idealmente, os produtos embalados destinados a estas populações deveriam ter alguma informação básica sobre a sua composição escritos na língua de origem. Contudo, como na maior parte das vezes tal não acontece, o recurso a mediadores deve ser utilizado. A designação do produto, data de produção, prazos de validade e detalhes da composição nutricional poderão nestes casos ser considerados ⁽⁸⁾. Poderá haver, também, a necessidade de especificar algum ingrediente potencialmente alergénio ou fazer menção de presença ou

ausência de ingredientes com restrições culturais e religiosas. Nestas tarefas, o recurso a mediadores culturais ao lado do Nutricionista ou outro técnico é essencial.



3. A HIGIENE E SEGURANÇA DOS ALIMENTOS AO NÍVEL DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

Como garantir a higiene e segurança alimentar na receção, manipulação, produção, armazenamento, distribuição/transporte e conservação de refeições/alimentos.

A higiene e segurança alimentar, de extrema importância em situações de normalidade, tornam-se ainda mais pertinentes em situações de emergência, em que a debilidade física dos indivíduos deslocados pode causar sérios riscos à sua saúde, tornando-os, por exemplo, mais suscetíveis a infeções.

Garantir a segurança dos alimentos implica minimizar os riscos. A União Europeia (EU) assume com seriedade a sua responsabilidade de gestão e controlo dos riscos dos alimentos num mercado mundial em constante evolução. As decisões da EU são tomadas com base em provas científicas sólidas que são transparentes para todos: cientistas, agricultores, produtores do setor alimentar ou consumidores.

Embora seja impossível eliminar totalmente os riscos, o estabelecimento de normas rigorosas, a permanente avaliação dos riscos e o recurso aos melhores pareceres científicos independentes traduzem uma política de segurança alimentar avançada e moderna, de que a União Europeia se pode orgulhar.

As exigências de higiene e segurança alimentar na Europa encontram-se sob os dispostos legais que emanam do Regulamento (CE) n.º 178/2002⁽³²⁾ e do “Pacote de Higiene” designadamente o Regulamento (CE) n.º 853/2004⁽³³⁾, que estabelece as regras gerais destinadas aos operadores das empresas do setor alimentar no que se refere à higiene dos géneros alimentícios e aplica-se a todas as empresas e operadores do setor alimentar, responsabilizando os respetivos operadores pela ausência de cumprimento das normas da legislação alimentar. Aplica-se a todas as fases de produção, transformação e distribuição de géneros alimentícios. A elaboração das normativas de execução, cumprimento e fiscalização deste regulamento europeu para Portugal, encontra-se no Decreto-Lei n.º 113/2006⁽³⁴⁾.

As instituições de acolhimento de pessoas deslocadas, ou as instituições que providenciem cabazes alimentares ou refeições preparadas a refugiados, operando em Portugal, não devem estar, portanto, à margem dos dispositivos legais. Idealmente, devem ter instituídos e em funcionamento, processos de higiene e segurança alimentar ao longo de toda a cadeia aplicável. Trata-se, principalmente, de uma responsabilidade pela segurança de terceiros, que

deve ser olhada com os devidos cuidados. A formação dos colaboradores das instituições é também um ponto importante.

Para instituições encarregues de qualquer um dos processos de assistência alimentar em emergência e que não tenham um sistema de segurança alimentar implementado ou adequado, o programa de assistência alimentar aos refugiados que seja feito através dessas instituições pode ser visto como uma oportunidade para a implementação de um sistema. Aliás, o Decreto-Lei n.º 64/2007⁽³⁵⁾, que define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social, estabelece que “para efeitos das ações de avaliação e fiscalização, o Instituto da Segurança Social, I. P., pode solicitar a colaboração de peritos e entidades especializadas, da Inspeção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Autoridade Nacional de Proteção Civil, da autoridade de saúde e de outros serviços competentes, tendo designadamente em consideração as condições de salubridade e segurança, acondicionamento dos géneros alimentícios e condições hígiossanitárias.” Como tal, as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) podem contar com apoios de organismos oficiais públicos na assistência e monitorização da implementação de sistemas de segurança alimentar, se tal for solicitado ao Instituto da Segurança Social.

No caso de instituições que já tenham um ou mais sistemas integrados, deverá ser feita uma avaliação no sentido de verificar se esses sistemas/metodologias respondem à especificidade do apoio alimentar a ser prestado.

Os Nutricionistas, entre outros profissionais de saúde, têm um papel essencial na organização de sistemas de segurança alimentar, devido ao conhecimento integrado da higiene, segurança e qualidade alimentar, dos diversos processos, procedimentos e metodologias que lhe assistem, do seu *design*, implementação, manutenção/monitorização e avaliação da garantia de qualidade alimentar que estes sistemas devem instituir, promovendo uma alimentação não apenas segura do ponto de vista sanitário, mas nutricionalmente adequada e organoleticamente agradável.

Relativamente aos referenciais para a higiene e segurança alimentar, destacamos o Regulamento (CE) n.º 852/2004⁽³³⁾, Códigos de Boas Práticas de Higiene e Fabrico destinados ao setor de atividade, quer nacionais quer comunitários quer o *Codex Alimentarius*⁽³⁶⁾, que consiste num conjunto de regras gerais e específicas relativas à higiene dos géneros alimentícios baseadas em evidência científica aceite internacionalmente. Este documento

serviu e serve de modelo para a elaboração da legislação comunitária e nacional relativa à segurança alimentar.

O Regulamento (CE) n.º 852/2004⁽³³⁾ obriga os operadores das empresas do setor alimentar a criarem, aplicarem e manterem um processo ou processos permanentes baseados nos princípios do sistema de segurança alimentar - *Hazard Analysis and Critical Control Point* (HACCP) e o *Codex Alimentarius* recomenda, sempre que possível, um sistema de segurança alimentar com uma abordagem baseada na metodologia e nos princípios HACCP para garantir e melhorar a segurança dos alimentos. Para que seja possível implementar esta metodologia torna-se necessário que os pré-requisitos HACCP, pré-requisitos de higiene (Anexo II do Regulamento (CE) n.º 852/2004)⁽³³⁾ e a rastreabilidade (Regulamento (CE) n.º 178/2002)⁽³²⁾ tenham sido implementados em rotina.

O sistema HACCP - Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos - é uma metodologia sistemática, proativa e preventiva com o objetivo de garantir a segurança alimentar através da identificação dos potenciais perigos, da análise do risco (risco = probabilidade de ocorrência do perigo X severidade do perigo), seu significado na cadeia alimentar, formas de os detetar, evitar, eliminar ou reduzir a níveis aceitáveis, para além de os corrigir, monitorizar e registar.

A aplicabilidade de um sistema HACCP, em virtude da sua especificidade e exigência, quer em termos técnicos, de tempo, mão-de-obra e recursos, pode não ser provável em instituições que sejam designadas para a prestação de assistência alimentar a refugiados. No entanto, nestes casos, não deve deixar de servir de inspiração para uma melhoria sistemática dos processos que envolvem toda a cadeia de alimentos na instituição. Há que valorizar e fazer cumprir as regras básicas de higiene pessoal e profissional, higiene dos locais de trabalho/laboração, instalações, equipamentos e utensílios e higiene dos géneros alimentícios, apostando sempre na formação e numa metódica organização por processos sem esquecer a estrutura documental.

Para a implementação/execução das Boas Práticas de Higiene e Fabrico ao longo do sistema de abastecimento existem também metodologias que auxiliam na sua concretização sendo, disso exemplo, o SAFE, os 4C's⁽³⁷⁾ e a 5 Chaves para uma Alimentação Segura⁽³⁸⁾. No **Anexo 3** podem-se encontrar um conjunto de orientações relativas às boas práticas de higiene e fabrico e no **Anexo 4** descreve-se resumidamente a metodologia 4C's.

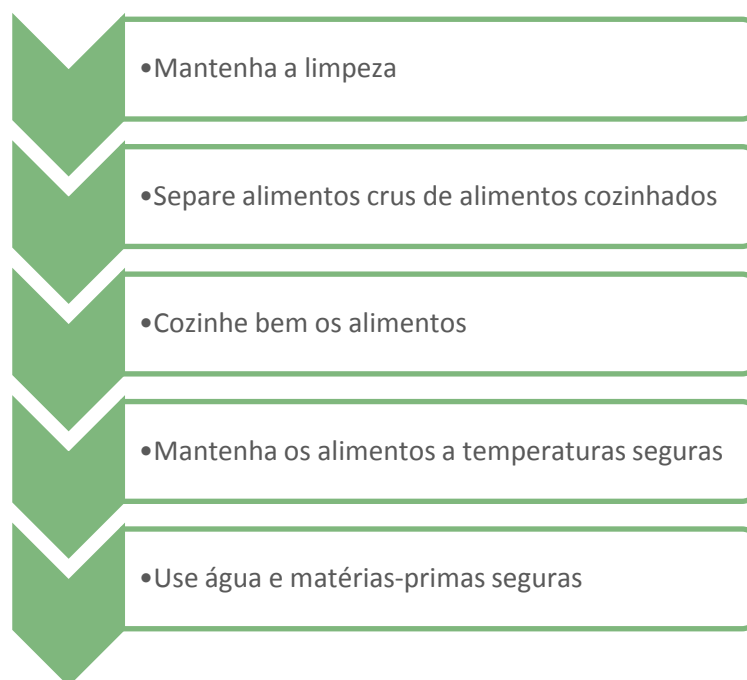


FIGURA 3 - Cinco chaves para uma alimentação mais segura

Muitos dos processos são simples de implementar e podem contribuir para controlar um dado risco de forma eficiente e com pouco dispêndio de recursos. Trata-se, muitas vezes, por exemplo, de controlar uma dada temperatura na preparação de um alimento, higienizar uma superfície que não era alvo de cuidados anteriormente, reorganizar a disposição de uma bancada para evitar contaminação cruzada, etc.. Estas pequenas alterações podem, se convenientemente sistematizadas, significar muito em termos de segurança alimentar. No entanto, é necessário um elevado conhecimento dos processos para detetar e avaliar os perigos/riscos (probabilidade de o risco se manifestar).

Os beneficiários, destinatários finais da cadeia dos alimentos, devem ter também um papel importante na garantia da segurança alimentar. No caso de receberem cabazes de alimentos, deverão ter todas as condições de segurança para os transportar, armazenar, preparar, cozinhar e consumir. Estas condições consubstanciam-se nas instalações, equipamentos e utensílios de que dispõem, mas também num conjunto de comportamentos de higiene que deverão ter. Nesta situação, a responsabilidade pela segurança alimentar passa a estar do lado da família ou agregado a partir do momento em que recebe o cabaz, pelo que a manutenção das regras de segurança exige um aturado esforço de comunicação e formação direcionada aos destinatários. Também aqui, o papel dos mediadores culturais poderá ser essencial.

Principais recomendações em higiene e segurança dos alimentos

- Verificar a aplicabilidade de sistemas implementados às novas exigências;
- Adequar os sistemas implementados, se necessário (exemplo: um alimento que não era distribuído anteriormente poderá ter exigências diferentes ao nível da higiene e segurança, necessitando de avaliação de riscos e implementação de medidas preventivas ao longo de todo o seu percurso);
- Implementar uma metodologia de higiene e segurança alimentar, se não houver nenhuma implementada na instituição;
- Se condições organizacionais, de tempo, recursos humanos, orçamento, etc. não permitirem a implementação de HACCP, usar metodologias que auxiliem e facilitem a implementação em rotina das boas práticas de higiene e fabrico no sentido de garantir a segurança alimentar:
 - 4C's;
 - 5 Chaves para uma Alimentação Segura;
- Requisitar, se necessário, colaboração a entidades oficiais no sentido de obter apoio na implementação ou revisão de um sistema ou metodologia;
- Dar resposta às necessidades de formação do diverso pessoal envolvido na assistência alimentar, principalmente aos manipuladores de alimentos;
- Garantir que os recursos disponíveis pelas famílias para o armazenamento, conservação, preparação e confeção dos alimentos são adequados e seguros;
- Educar e formar as famílias em assuntos relacionados com a higiene e segurança na alimentação, em particular aquelas que tiverem indivíduos mais vulneráveis.

Seguidamente, exploramos as linhas gerais de boas práticas de higiene e segurança alimentar, baseadas nas *5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura*⁽³⁸⁾, que são um conjunto de indicações simples e fáceis de memorizar e utilizar, que têm uma base científica sólida e podem contribuir para a higiene e segurança dos alimentos. Os pósteres da OMS relativos às *5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura*, nas línguas Portuguesa, Inglesa e Árabe, estão disponíveis no **Anexo 5**.

O manual **5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura** pode ser utilizado como instrumento de formação para as instituições. Esta publicação está disponível no *website* da OMS:

Língua Portuguesa:

http://www.who.int/foodsafety/consumer/manual_keys_portuguese.pdf

Língua Inglesa:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43546/1/9789241594639_eng.pdf?ua=1

Língua Árabe:

http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_ar.pdf

O manual é acompanhado de um *poster* com o resumo das 5 chaves, que poderá ser afixado na instituição ou fornecido às famílias.

As 5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura

1. Mantenha a limpeza

- ✓ Lave as mãos antes de iniciar a preparação dos alimentos e, frequentemente durante todo o processo;
- ✓ Lave as mãos depois de ir à casa de banho;
- ✓ Higienize todos os equipamentos, superfícies e utensílios utilizados na preparação dos alimentos;
- ✓ Proteja as áreas de preparação e os alimentos de insetos, pragas e outros animais.

Porquê?

Embora a maior parte dos microrganismos não provoque doenças, grande parte dos mais perigosos encontra-se no solo, na água, nos animais e nas pessoas. Estes microrganismos são veiculados pelas mãos, passando para roupas e utensílios, sobretudo para as tábuas de corte, donde facilmente podem passar para o alimento e vir a provocar doenças de origem alimentar.

2. Separe alimentos crus de alimentos cozinhados

- ✓ Separe carne e peixe crus de outros alimentos;
- ✓ Utilize diferentes equipamentos e utensílios, como facas ou tábuas de corte, para alimentos crus e para alimentos cozinhados;
- ✓ Guarde os alimentos em embalagens ou recipientes fechados, para que não haja contacto entre alimentos crus e alimentos cozinhados.

Porquê?

Alimentos crus, especialmente a carne, o peixe e os seus exsudados, podem conter microrganismos perigosos que podem ser transferidos para outros alimentos durante a sua preparação ou armazenagem.

3. Cozinhe bem os alimentos

- ✓ Deve cozinhar bem os alimentos, especialmente carne, pescado e ovos;
- ✓ As sopas e os guisados devem ser cozinhados a temperaturas acima dos 70°C. Use um termómetro para confirmação. No caso das carnes, assegure-se que os seus exsudados são claros e não avermelhados;
- ✓ Se reaquecer alimentos já cozinhados assegure-se que o processo é o adequado.

Porquê?

Uma cozedura adequada consegue matar quase todos os microrganismos perigosos. Estudos demonstraram que cozinhar os alimentos a uma temperatura acima dos 70°C garante um consumo mais seguro. Os alimentos que requerem mais atenção incluem carne picada, rolo de carne, grandes peças de carne e aves inteiras.

4. Mantenha os alimentos a temperaturas seguras

- ✓ Não deixe alimentos cozinhados, mais de 2 horas, à temperatura ambiente;
- ✓ Refrigere rapidamente os alimentos cozinhados e/ou perecíveis (preferencialmente abaixo de 5°C);
- ✓ Mantenha os alimentos cozinhados quentes (acima de 60°C) até ao momento de serem servidos;
- ✓ Não armazene alimentos durante muito tempo, mesmo que seja no frigorífico;
- ✓ Não descongele os alimentos à temperatura ambiente.

Porquê?

Os microrganismos podem multiplicar-se muito depressa se os alimentos estiverem à temperatura ambiente. Mantendo a temperatura abaixo dos 5°C e acima dos 60°C, a sua multiplicação é retardada ou mesmo evitada. Alguns microrganismos patogénicos multiplicam-se mesmo abaixo dos 5°C.

5. Use água e matérias-primas seguras

- ✓ Use água potável ou trate-a para que se torne segura;
- ✓ Selecione alimentos variados e frescos;
- ✓ Escolha alimentos processados de forma segura, como o leite pasteurizado;
- ✓ Lave frutas e hortícolas, especialmente se forem comidos crus;
- ✓ Não use alimentos com o prazo de validade expirado.

Porquê?

As matérias-primas, incluindo a água e o gelo, podem estar contaminadas com químicos ou microrganismos perigosos. Podem formar-se químicos tóxicos em alimentos estragados ou com bolor. Tenha atenção na escolha das matérias-primas e no cumprimento de práticas simples que podem reduzir o risco, tais como a lavagem e o descascar.

4. PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS – ABORDAGEM INICIAL

Apesar de este manual se centrar nas questões da emergência alimentar e das necessidades nutricionais, quem presta assistência a estas populações deve estar sensibilizado e ter um conhecimento mínimo sobre os cuidados psicológicos básicos para que o próprio apoio alimentar seja mais eficaz.

Para facilitar a compreensão de todos estes processos, desde a receção à adaptação dos refugiados, a OMS editou, em 2015, um manual, em língua portuguesa, com as diretrizes básicas para os **primeiros cuidados psicológicos**, que envolvem assistência humanitária e ajuda prática para apoiar indivíduos em situações de crise. O manual destina-se a todos os indivíduos que estão no terreno e apresenta algumas informações modelo que devem ser adaptadas ao contexto local e à cultura das pessoas que esperam receber apoio. Este texto tem por base o guia acima referido e suas diretrizes internacionais ⁽³⁹⁾.

Esta informação de base, disponibilizada pela OMS para todos os que prestam assistência, não dispensa o apoio de equipas dos serviços de Atendimento Psicológico Especializado. De acordo com Borges e Pocreau (2012), os serviços de Atendimento Psicológico Especializado aos refugiados devem refletir a importância da codificação cultural na expressão e estruturação do sofrimento psicológico de um grande número de migrantes e refugiados ⁽⁴⁰⁾. Os refugiados são um grupo vulnerável de migrantes, tendo em conta que vêm de zonas de conflito ou de campos de refugiados onde podem ter permanecido por períodos variáveis. É necessário ter em consideração que podem ter passado por um processo de guerra e de perturbações violentas que decerto marcaram a sua história pessoal e familiar. Note-se que para estas pessoas, o regresso ao seu país natal está normalmente comprometido devido à situação de conflito ou guerra. Deste ponto de vista, é fundamental a adaptação ao país onde se encontram atualmente e às mudanças do contexto social ⁽⁴⁰⁾.

A *European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA) tem apelado a todos os psicólogos da Europa para se disponibilizarem na ajuda, direta ou indireta, nesta crise internacional de refugiados. Segundo o presidente da EFPA, o psicólogo tem a responsabilidade de aplicar o seu conhecimento e competências, para que os refugiados ultrapassem os seus traumas e as mais que expectáveis dificuldades de adaptação às novas condições de vida, de forma a atenuar ao máximo os efeitos desta catástrofe humana ^(41, 42).

Este tipo de situações extremas causa sofrimento visto que os indivíduos podem ter perdido as suas casas e os seus empregos, e correm o risco de perder contacto com a sua família ou com a sua comunidade, podendo ainda, durante todo o percurso, ter testemunhado situações de violência, destruição e morte. Existe, mesmo assim, uma grande variedade de reações e sentimentos de cada pessoa em situações de crise. Nestes casos, a presença de familiares pode ter um efeito terapêutico em pessoas que sobreviveram a experiências traumáticas e desempenha um papel fulcral na prestação de apoio emocional e físico ⁽⁴³⁾.

Existem pessoas que reagem de forma mais ligeira e outras que reagem de forma mais intensa e impulsiva. Alguns exemplos de reações psicológicas a uma crise são sintomas físicos (por exemplo: tremores, dores de cabeça, cansaço intenso, perda de apetite, dores), choro, tristeza, humor depressivo, pesar, ansiedade, medo, agitação, atitudes exageradamente defensivas, preocupação, perceção de que algo muito mau poderá acontecer, insónias, pesadelos, irritabilidade, raiva, culpa, vergonha (por exemplo: por ter sobrevivido ou por não ter ajudado outras pessoas), confusão, sentimento de que a situação é irreal ou que está a delirar, sentimento de “anestesia emocional”, apatia, não responder às pessoas, ficar calado, desorientação (por exemplo: não saber o próprio nome, de onde é ou o que aconteceu), não ser capaz de cuidar de si mesmo ou dos próprios filhos (por exemplo: não comer ou beber, não ser capaz de tomar decisões simples) ^(39, 44).

A forma como a pessoa reage depende de diversos fatores, como a natureza e intensidade dos acontecimentos aos quais foi exposta, a vivência anterior de situações de crise, o apoio que recebeu de outras pessoas durante a vida, o estado de saúde física, o historial pessoal e familiar relacionado com problemas de saúde mental, a cultura e tradições pessoais e a idade (por exemplo: as crianças, dependendo da faixa etária, reagem de modo diferente) ⁽³⁹⁾. Tendo em conta estes fatores, existem algumas situações de maior risco como pessoas que precisem de apoio adicional em virtude da sua idade (crianças e idosos), devido a problemas físicos ou mentais, ou por pertencerem a grupos que podem ser marginalizados ou alvo de violência. Deve ter-se especial atenção às pessoas que necessitam de apoio especializado imediato, como pessoas com lesões sérias, que corram perigo de vida, que necessitem de cuidados médicos de emergência, que estejam fragilizadas ao ponto de não conseguirem cuidar de si ou dos próprios filhos, pessoas que possam ferir-se a si mesmas ou a outras pessoas ^(39, 44).

Segundo o Projeto *Sphere* ⁽⁸⁾ e o *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) ⁽⁴⁵⁾, os **primeiros cuidados psicológicos** consistem numa resposta às pessoas em sofrimento e com necessidade de ajuda imediata. Ao exercer estes cuidados não se deve pressionar as pessoas a falar sobre sentimentos e reações que tiveram em determinada situação, não deve ser solicitado às

peessoas que analisem o que lhe aconteceu, ou que descrevam ou relatem acontecimentos ocorridos por ordem cronológica. A prestação dos primeiros cuidados pode não envolver, necessariamente, uma discussão detalhada sobre os acontecimentos que causaram sofrimento. Estes cuidados devem proporcionar, a longo prazo, segurança, calma e esperança, apoio social, físico e emocional e capacidade dos indivíduos se ajudarem a si mesmos e aos outros ⁽³⁹⁾.

Como respeitar a Segurança, a Dignidade e os Direitos?

O que deve ser respeitado:	
Segurança	- Evite que as suas ações coloquem as pessoas em maior risco ou prejuízo; - Assegure-se ao máximo de que os adultos e as crianças que recebem a sua assistência estão seguras e proteja-os de danos físicos e psicológicos.
Dignidade	- Trate as pessoas com respeito e de acordo com as suas normas sociais e culturais.
Direitos	- Certifique-se que as pessoas conseguem ter acesso à assistência oferecida de forma justa e sem discriminação; - Ajude as pessoas a procurar e a ter acesso ao apoio disponível; - Procure agir somente em benefício dos interesses das pessoas que encontrar.

Adaptado de: “*Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo*” ⁽³⁹⁾.

Questões éticas

Relativamente ao ponto de vista ético é apresentado, de seguida, um guia sobre o ‘O que fazer e o que não fazer’ para oferecer o melhor cuidado possível e de forma a atuar apenas em benefício dos interesses dos refugiados ⁽³⁹⁾.

O que fazer?	O que não fazer?
✓ Seja honesto e inspire confiança; ✓ Respeite o direito que a pessoa tem para tomar as suas próprias decisões; ✓ Fique atento aos seus próprios preconceitos e preferências e coloque-os de lado; ✓ Explique às pessoas que mesmo que não queiram ajuda agora, poderão obtê-la posteriormente;	× Não se aproveite da sua relação como cuidador; × Não peça dinheiro ou favores para ajudar as pessoas; × Não faça falsas promessas ou forneça informações falsas; × Não exagere sobre as suas competências; × Não force as pessoas a receberem

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respeite a privacidade da pessoa e mantenha a sua história em sigilo, caso seja apropriado; ✓ Comporte-se apropriadamente, considerando a cultura, a idade e o género da pessoa. | <p>ajuda e não seja invasivo ou agressivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> × Não pressione as pessoas para lhe contarem a própria história; × Respeite a confidencialidade; não conte as histórias das pessoas a outros; × Não julgue as pessoas pelas suas ações ou sentimentos. |
|---|---|

Adaptado livremente de: *“Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo”* ⁽³⁹⁾.

Adaptação das ações tendo em conta a cultura

Em situações de crise, é frequente a existência de pessoas pertencentes a várias culturas dentro da população afetada, que são muitas vezes diferentes da cultura de acolhimento. Este grupo de pessoas pode ainda incluir minorias em risco de serem marginalizadas. Posto isto, é de extrema importância uma prévia adaptação ao contexto cultural, pois isto ajudará a perceber o que pode ou não ser feito ou dito.

Tente, também, estar atento aos serviços e apoios disponíveis para que possa partilhar essa informação com as pessoas que recebem a sua ajuda e informá-los sobre “como” e “onde” podem ter acesso à ajuda prática ⁽³⁹⁾.

Para facilitar, existe um conjunto de questões que deve colocar a si próprio num processo de contextualização:

Questões:	
Vestuário	- Devo vestir-me de um modo específico para que me considerem respeitador(a) da cultura ou religião? - As pessoas que estou a ajudar precisarão de determinadas roupas para manterem a sua dignidade e costumes próprios?
Idioma	- Qual é a forma usual de cumprimentar as pessoas nesta cultura? - Qual é o idioma falado?
Género, idade e poder	- Será que as mulheres afetadas deveriam ser abordadas apenas por profissionais do sexo feminino? - Quem devo eu abordar? (ex.: o/a chefe de família ou da comunidade?)
Toque e comportamento	- Quais são os costumes no que diz respeito a tocar nas pessoas? - Existe inconveniente em segurar a mão de alguém ou tocar no ombro das pessoas? - Existem cuidados especiais a ter em consideração no trato com pessoas idosas, crianças, mulheres ou outras?

Religião e Crenças

- Quais são os diferentes grupos étnicos e religiosos que existem entre as pessoas afetadas?
- Que crenças ou práticas são importantes para os afetados e como podem influenciar a sua perceção do que lhes está a acontecer?

Adaptado de: *“Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo”* ⁽³⁹⁾.

Resposta em situação de crise: como agir?

Sempre que possível:

- Siga as instruções das autoridades competentes responsáveis pela gestão da crise;
- Caso existam, saiba quais as respostas de emergência que estão organizadas e que recursos estão disponíveis para ajudar as pessoas;
- Não interfira no trabalho de profissionais de procura e resgate ou da área médica;
- Conheça o seu papel e os limites da sua atuação.

Adaptado de: *“Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo”* ⁽³⁹⁾.

Ajudar com responsabilidade

Existe a possibilidade de o cuidador ser afetado por todas as situações vivenciadas e por toda a situação de crise envolvente. Assim, é de extrema importância que este tenha atenção ao seu próprio bem-estar físico e psicológico, para que seja capaz de ajudar as outras pessoas. Ao cuidar de si estará a cuidar melhor dos outros. Deve também prestar atenção aos seus colegas de equipa ⁽³⁹⁾.

Como realizar uma comunicação adequada?

Na tabela que se segue apresentam-se sugestões do que deve, ou não dizer e/ou fazer. É importante que seja genuíno, autêntico e sincero ao oferecer ajuda e cuidado ⁽³⁹⁾.

O que dizer e fazer:	O que não dizer e fazer
✓ Tente encontrar um lugar silencioso para conversar e limite as distrações externas; ✓ Respeite a privacidade e a confidencialidade da história da pessoa; ✓ Esteja perto, mas mantenha uma distância apropriada de acordo com a idade, o género e a cultura da pessoa;	× Não pressione para que lhe contem histórias pessoais; × Não interrompa ou apresse a história de alguém (por exemplo, não olhe para o relógio nem fale muito rapidamente); × Não toque na pessoa se não tiver a certeza de que é apropriado fazê-lo; × Não julgue o que as pessoas fizeram ou não fizeram ou como se estão a

- ✓ Mostre que está a ouvir: por exemplo, acene com a cabeça ou diga “hmmmm...”;
 - ✓ Seja paciente e calmo;
 - ✓ Forneça informações, se as tiver. Seja honesto sobre o que sabe e não sabe. Por ex. diga “*Eu não sei, mas vou informar-me sobre isso*”;
 - ✓ Forneça informações de modo a que a pessoa entenda: fale de forma simples;
 - ✓ Reconheça como os outros se estão a sentir e quaisquer perdas ou eventos importantes que contarem, tais como a perda da casa ou a morte de um ente querido: “*Lamento... Posso imaginar o quão triste isso é para si*”;
 - ✓ Reconheça os esforços da própria pessoa e como isso contribuiu para a ajudar;
 - ✓ Permita o silêncio.
- sentir. Evite dizer: “*Não deveria sentir-se assim*”, ou “*Deveria sentir-se sortudo por ter sobrevivido*”;
 - × Não invente factos que não conhece;
 - × Não use termos muito técnicos;
 - × Não conte a história de outra pessoa;
 - × Não fale sobre seus próprios problemas;
 - × Não faça falsas promessas nem dê falsas garantias;
 - × Não pense ou aja como se fosse a sua obrigação resolver todos os problemas da pessoa afetada;
 - × Não menospreze os esforços das pessoas e a capacidade de cuidarem de si próprias;
 - × Não fale sobre as pessoas utilizando termos negativos (por exemplo, não utilize os termos como “loucos” ou “malucos”).

Não se esqueça que deve preparar-se antes de agir, informando-se sobre a situação de crise, sobre quais os serviços e apoios que estão disponíveis e sobre as questões de segurança e proteção.

Os primeiros cuidados psicológicos têm princípios básicos de ação, como sejam observar, escutar e aproximar. Desta forma, deve:

Observar: verifique o estado de segurança, se há pessoas com necessidades básicas evidentes e urgentes ou com reações sérias de stresse psicológico;

Escutar: aborde pessoas que possam precisar de ajuda, pergunte sobre as suas preocupações e necessidades, escute-as e ajude-as a sentir-se mais calmas;

Aproximar: ajude as pessoas a resolver as suas necessidades básicas e a ter acesso aos serviços, ajude-as a lidar com os problemas que encontrem, forneça informações e aproxime as pessoas dos seus entes queridos e do apoio social ⁽³⁹⁾.

Necessidades frequentes

Os migrantes apresentam frequentemente as seguintes carências: abrigo, comida, água e saneamento básico, serviços de saúde para pessoas feridas ou para pessoas com doenças

crónicas, informações precisas e corretas sobre o evento e serviços disponíveis, possibilidade de contactar entes queridos e amigos, acesso a apoio específico relacionado com a própria cultura ou religião, serem consultadas e estarem envolvidas em decisões importantes. As pessoas podem sentir-se vulneráveis, isoladas ou impotentes depois de terem passado por um evento crítico. Ajude-as a ajudarem-se a si próprias, a recuperar o controlo da sua situação, a atender às suas necessidades básicas, a ter acesso aos serviços disponíveis e a lidar com os seus problemas ⁽³⁹⁾.



APOIO ON-LINE

Nesta secção pode encontrar alguns endereços electrónicos gratuitos para apoio a atividades complementares de educação ou informação sobre alimentação saudável.

Cartaz "Porções Diárias Recomendadas Segundo a nova Roda dos Alimentos"

Trata-se de um cartaz onde, de forma pedagógica, se explica como atingir as porções diárias recomendadas dentro dos 7 grupos de alimentos representados. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/cartazes-e-manuais-de-referencia/>

Manual de Capitações de Géneros Alimentícios para Refeições em Meio Escolar

Trata-se de um manual que permite identificar as quantidades adequadas de alimentos para a construção de uma ou várias ementas para crianças em idade escolar. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/cartazes-e-manuais-de-referencia/>

Sítio do PNPAS e blogue "Nutrimento"

Nestes espaços, que pode consultar em www.alimentacaosaudavel.dgs.pt e www.nutrimento.pt, respetivamente, encontra informação e materiais de qualidade relativamente à temática da alimentação e nutrição que podem ser utilizados como ferramentas de apoio.

Manual "Alimentação Inteligente – coma melhor, poupe mais"

Trata-se de um manual que disponibiliza informações úteis relativamente ao planeamento, à compra, confeção e conservação dos alimentos permitindo fazer as melhores escolhas nutricionais ao melhor preço. O manual encontra-se disponível numa versão on-line em: www.alimentacaointeligente.dgs.pt.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pottie K, Martin JP, Cornish S, Biorklund LM, Gayton I, Doerner F, et al. Access to healthcare for the most vulnerable migrants: a humanitarian crisis. *Conflict and Health* 2015; 9:16.
2. Organização das Nações Unidas. Convenção relativa ao estatuto dos refugiados. 1951. Disponível em:
http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf?view=1_
3. European Commission. European Commission makes progress on Agenda on Migration. Press Release. Brussels; 2015. Disponível em: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5039_en.htm.
4. European Commission. Refugee Crisis: European Commission takes decisive action. Press Release. Strasbourg; 2015. Disponível em: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5596_en.htm
5. United Nations High Commissioner for Refugees. Handbook for Emergencies. Geneva; 2007. Disponível em: <http://www.unhcr.org/472af2972.pdf>.
6. WHO. The management of nutrition in major emergencies. Geneva; 2000.
7. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva; 2004.
8. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. Rugby; 2011. 139-238.
9. UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. Food and Nutrition Needs in Emergencies. 2002
10. UNHCR, WFP. Acute Malnutrition in Protracted Refugee Situations: A Global Strategy. UNHCR/WFP; 2006.
11. WFP, UNHCR. Guidelines for estimating food and nutritional needs in emergencies. 1997
12. UNHCR, WFP. Guidelines for Selective Feeding Programmes in Emergencies. 1999
13. Bilukha OO, Jayasekaran D, Burton A, Faender G, King'ori J, Amiri M, et al. Nutritional Status of Women and Child Refugees from Syria — Jordan, April–May 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2014; 63(29):638-9.
14. Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Burnham GG. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. *Conflict and Health* 2015; 9:12.

15. WHO, UNICEF. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2009
16. WHO. Growth reference data for 5-19 years. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>
17. WHO. Indicators for assessing Vitamin A Deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. 1996
18. Franchini B, Rodrigues S, Graça P, de Almeida M. A nova roda dos alimentos: um guia para a escolha alimentar diária. Nutricias. 2004; 4:55-56.
19. Seal A, Thurstans S. Derivation of nutrient requirements for disaster-affected populations: Sphere Project 2011. Food Nutr Bull. 2013; 34(1):45-51.
20. Teixeira D, Pestana D, Calhau Cao, Vicente L, Graça P. Alimentação e nutrição na gravidez. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. Disponível em: <http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/04/Alimentacao-e-nutricao-na-gravidez.pdf>.
21. World Health Organization Regional Office for Europe. Healthy Eating during Pregnancy and Breastfeeding. 2001
22. WHO, FAO, UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation (WHO Technical Report Series 935). 2007
23. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. . Geneva: World Health Organization; 1989.
24. WHO, UNICEF. HIV and infant feeding counselling tools: reference guide. World Health Organization; 2005.
25. WHO. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009
26. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e Nutrição do lactente. Acta Ped Port. 2012; 43(Supl II):S17-S40.
27. Toronto Public Health. Guide to Understanding Halal Foods. 2004. Disponível em: <http://www.utoronto.ca/~facilities/documents/GuidetoHalalFoods.pdf>.
28. Islamic Food and Nutrition Council of America (IFANCA). Halal Foodservice Kit. 2010. Disponível em: <http://www.ifanca.org/Assets/PopularLinks/HalalFoodserviceKit.pdf>
29. Silva SCG, Pinho JP, Borges C, Santos CT, Santos A, Graça P. Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável. Lisboa: Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção Geral da Saúde; 2015.

30. Gregório MJ, Santos MCT, Ferreira S, Graça P. Alimentação Inteligente - coma melhor, poupe mais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012.
31. WHO. Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide. World Health Organization; 2012.
32. Regulamento (CE) N.º 178/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de Janeiro de 2002, que determina os princípios e normas gerais da legislação alimentar, cria a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos e estabelece procedimentos em matéria de segurança dos géneros alimentícios. 2002
33. Regulamento (CE) N.º 852/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho de 29 de Abril de 2004, relativo à higiene dos géneros alimentícios. 2004
34. Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-Lei nº 113/2006 de 12 de Junho de 2006, Estabelece as regras de execução, na ordem jurídica nacional, dos Regulamentos (CE) n.ºs 852/2004 e 853/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril, relativos à higiene dos géneros alimentícios e à higiene dos géneros alimentícios de origem animal, respectivamente. Dr 113 - Série I - A .
35. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março de 2007, Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas. DR 52 - Série I.
36. FAO, WHO. Codex Alimentarius Commission CAC/RCP 1 - 1969, Rev 4. Recommended International Code of Practice - General Principles of Food Hygiene. 2003
37. Food Standards Agency. Food hygiene – a guide for businesses. 2013. Disponível em: <http://www.food.gov.uk/sites/default/files/multimedia/pdfs/publication/hygienebooklet.pdf>
38. OMS, INSA. Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura: manual. 2006
39. WHO. Mental health - Mental Health Publications: Psychological first aid: Guide for field workers. 2015
40. Borges L, Pocreau JB. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. Estudos de Psicologia (Campinas). 2012; 29(4)
41. Federação das Associações Europeias de Psicologia (EFPA). Refugees crisis: European Psychologists offering their expertise. 2015. Disponível em: <http://www.efpa.eu/news/refugees-crisiseuropean-psychologists-offering-their-expertise>.
42. Ordem dos Psicólogos. Crise dos Refugiados na Europa "Psicólogos europeus têm o dever de ajudar". 2015. Disponível em: <http://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1527>

-
43. Australian Psychological Society. Refugees and asylum seekers. Disponível em: <http://www.psychology.org.au/community/public-interest/refugees/>.
 44. Foundation House - The Victorian Foundation for Survivors of Torture. Promoting Refugee Health: A guide for doctors, nurses and other health care providers caring for people from refugee backgrounds. 2012. Disponível em: http://refugeehealthnetwork.org.au/wp-content/uploads/PRH-online-edition_July2012.pdf.
 45. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007. Disponível em: http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.



BIBLIOGRAFIA PARA CONSULTA POR ASSUNTO

Referências de apoio alimentar em emergências:

1. WHO. The management of nutrition in major emergencies. Geneva, 2000.
2. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, 2004.
3. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. 139-238. Rugby, 2011.
4. UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. Food and Nutrition Needs in Emergencies. 2002.
5. WHO, UNICEF. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2009.
6. Seal A, Thurstans S. Derivation of nutrient requirements for disaster-affected populations: Sphere Project 2011. Food Nutr Bull. 2013 Mar; 34(1):45-51.
7. UNHCR, WFP. Acute Malnutrition in Protracted Refugee Situations: A Global Strategy. UNHCR/WFP, 2006.
8. WFP, UNHCR. Guidelines for estimating food and nutritional needs in emergencies, 1997.
9. UNHCR, WFP. Guidelines for Selective Feeding Programmes in Emergencies, 1999.
10. Pottie K, Martin JP, Cornish S, Biorklund LM, Gayton I, Doerner F, Schneider F. Access to healthcare for the most vulnerable migrants: a humanitarian crisis. Conflict and Health 9:16. 2015.
11. Gerdin M, Clarke M, Allen C, Kayabu B, Summerskill W, et al. (2014) Optimal Evidence in Difficult Settings: Improving Health Interventions and Decision Making in Disasters. PLoS Med 11(4): e1001632. 2014.
12. Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Gilbert Burnham G. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. Conflict and Health 9:12. 2015.
13. Bilukha OO, Jayasekaran, D, Burton A, Faender G, King'ori J, Amiri M, Jessen D, Leidman E. Nutritional Status of Women and Child Refugees from Syria — Jordan, April–May 2014. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 2014. 63(29); 638-9.

14. European Commission. European Commission makes progress on Agenda on Migration. Press Release. Brussels, 27 May. 2015. In http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5039_en.htm

15. European Commission. Refugee Crisis: European Commission takes decisive action. Press Release. Strasbourg, 9 September. 2015. In http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5596_en.htm

Referências para avaliação do estado nutricional:

1. Marfell-Jones, M, Olds, T, Stewart, A, Carter, JE. International Standards for Anthropometrical Assessment. 2006.
2. WHO, UNICEF. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2009.
3. WHO. Growth reference data for 5-19 years. 2007. in <http://www.who.int/growthref/en/>
4. WHO. WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS). 2004. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/en/>.

Referências para recomendações nutricionais e alimentares:

1. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization, 1989.
2. WHO, FAO, UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation (WHO Technical Report Series 935). 2007.
3. WHO, UNICEF, USAID. HIV and infant feeding counselling tools: reference guide. World Health Organization, 2005.
4. Gregório, MJ, Santos, MCT, Ferreira, S, Graça, P. *Alimentação Inteligente - coma melhor, poupe mais*. Direção-Geral da Saúde. 2012.
5. Haldimann M, Alt A, Blanc A, Blondeau K. Iodine content of food groups. J Food Comp Anal, 2005; 18:461-471.

6. Institute of Medicine (IOM), Food and Nutrition Board (FNB). Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline, 1998.
7. Institute of Medicine (IOM), Food and Nutrition Board (FNB). Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. 2001.
8. MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Princípios nutricionais. Vitaminas. In: Krause – Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10ed. Roca: São Paulo, 2003.
9. Silva SCG, Pinho JP, Borges C, Santos CT, Santos A, Graça P. Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável. Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2015.
10. Franchini B, Rodrigues S, Graça P, de Almeida M. A nova roda dos alimentos: um guia para a escolha alimentar diária. *Nutricias*. 2004; 4:55-56.
11. WHO. Indicators for assessing Vitamin A Deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. 1996.

Referências de adequação cultural da alimentação:

1. WHO. Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide. WHO, 2012.
2. Toronto Public Health. Guide to Understanding Halal Foods. 2004. *in* <https://www.utoronto.ca/~facilities/documents/GuidetoHalalFoods.pdf>
3. Islamic Food and Nutrition Council of America (IFANCA). *Halal Foodservice Kit*. 2010. *in* <http://www.ifanca.org/Assets/PopularLinks/Halal%20Foodservice%20Kit.pdf>

Referências de higiene e segurança dos alimentos:

1. FAO, WHO. Codex Alimentarius Commission CAC/RCP 1 - 1969, Rev 4. Recommended International Code of Practice - General Principles of Food Hygiene, 2003.
2. OMS, INSA. Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura: manual. 2006.
3. Food Standards Agency. Food hygiene – a guide for businesses. Crown. 2013. *In* <http://www.food.gov.uk/sites/default/files/multimedia/pdfs/publication/hygieneguidebooklet.pdf>

Referências para os primeiros cuidados psicológicos:

1. Federação das Associações Europeias de Psicologia (EFPA) [Internet]. Refugees crisis: European Psychologists offering their expertise. [Acedido em 2012 Novembro].
<http://www.efpa.eu/news/refugees-crisiseuropean-psychologists-offering-their-expertise>
2. Ordem dos Psicólogos [Internet]. Crise dos Refugiados na Europa "Psicólogos europeus têm o dever de ajudar". [Acedido em 2015 Novembro].
<https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1527>
3. Borges, L., & Pocreau, JB. (2012). Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. vol.29 no.4
4. Australian Psychological Society [Internet]. Refugees and asylum seekers. [Acedido em 2015 Novembro]. <http://www.psychology.org.au/community/public-interest/refugees/>
- 5.OMS. Mental health - Mental Health Publications: Psychological first aid: Guide for field workers. 2011
6. Promoting Refugee Health [Internet]. A guide for doctors, nurses and other health care providers caring for people from refugee backgrounds. 2012. [Acedido em 2015 Novembro].
http://refugeehealthnetwork.org.au/wp-content/uploads/PRH-online-edition_July2012.pdf
7. The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project. <http://www.sphereproject.org>.
8. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

ANEXO 1

Avaliação do Estado Nutricional e Adequação da Ajuda Alimentar

Critérios Antropométricos

A avaliação do estado nutricional em crianças dos 0 aos 5 anos segue os *standards* de crescimento da OMS de 2006, sendo que as medidas preferenciais a usar são o **Z score** do **peso-pelo-comprimento** (WFL, *Weight-For-Lenght*) e do **peso-pela-altura** (WFH, *Weight-For-Height*).

O *Z score* expressa o número de desvios-padrão acima ou abaixo do valor da mediana de referência, considerando uma distribuição normal, ou o desvio de um valor individual do valor mediano da população de referência, dividido pelo desvio-padrão da população de referência (8, 15).

O **WFL** é determinado em crianças com menos de 24 meses. As crianças devem ser medidas para o comprimento, ou seja, em supinação. O **WFH** deve ser determinado apenas em crianças com mais de 24 meses, com os indivíduos em pé. Para efeitos de simplificação, o comprimento deve ser medido em crianças até 86 cm e a estatura em crianças com 87 cm ou mais ⁽¹⁵⁾. Deve-se recorrer, portanto, a um infantómetro para o primeiro caso e a um estadiómetro para o segundo.

O **perímetro do braço sem contração** (MUAC, *Mid Upper Arm Circumference*) poderá ser um indicador alternativo para uma avaliação inicial do estado nutricional, quer em crianças, quer em adultos ^(6, 8). Para medir este perímetro, o indivíduo deve permanecer relaxado na posição bípede com os membros superiores pendentes ao longo do tronco. A fita deve ser colocada horizontalmente na circunferência do braço ao nível do ponto médio acromial-radial ⁽⁴⁶⁾.

O **MUAC** é usado, também, como ferramenta de monitorização para medir o estado de desnutrição em grávidas e decidir sobre a sua entrada num programa de alimentação seletiva. O MUAC reflete o risco de baixo desenvolvimento do feto, sendo severo quando menor que 20,7 cm e moderado se abaixo dos 23 cm. Neste manual, sugere-se um ponto de corte de 22 cm ⁽⁸⁾.

O **índice de massa corporal** (BMI, *Body Mass Index*), definido como a divisão do peso em kg pelo quadrado da estatura em cm, é usado em adultos.

O BMI é também usado para crianças e adolescentes dos 5 aos 19 anos, usando os *standards* de crescimento da OMS de 2007 ⁽¹⁶⁾.

A tabela seguinte resume a seleção recomendada das medidas antropométricas em cada grupo.

TABELA A1.1: Resumo das medidas antropométricas a selecionar para cada grupo populacional.

Grupo populacional	Parâmetro antropométrico ou índice nutricional	Ponto de corte que sugere desnutrição aguda
Crianças (0-2 anos)	WFL	$\geq -3 < -2$ Z score (moderada) < -3 Z score (severa)
Crianças (2-5 anos)	WFH ou BMI	$\geq -3 < -2$ Z score (moderada) < -3 Z score (severa)
Crianças (3 meses-5anos)	MUAC	$\geq 11,5 < 12,5$ cm (moderada) $< 11,5$ cm (severa)
Crianças e adolescentes (5-19 anos)	BMI	$\geq -3 < -2$ Z score (moderada) < -3 Z score (severa)
Adultos (incluindo idosos)	BMI	Moderada $< 18,5$ Kg/m ² Aguda < 16 Kg/m ²
Grávidas	MUAC	< 22 cm

Lista de material necessário para a colheita de dados antropométricos:

- Infantómetro (até aos 2 anos);
- Estadiómetro de pé ou de parede;
- Balança pediátrica (até aos 2 anos);
- Balança de chão;
- Fita métrica para perímetros;
- Formulário para registos;
- Calculadora;
- Tabelas de referência;
- Álcool etílico a 70% para higienização do material.

Tabelas de referência:

- Z score e percentis do WFL e WFH (0-5 anos) ⁽⁴⁷⁾:

http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_length_height/en/

- Z scores e percentis do BMI (2-5 anos) ⁽⁴⁸⁾:

http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/

- Z score e percentis do BMI (5-19 anos) ⁽¹⁶⁾:

http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

- Z score e percentis do MUAC (3 meses-5 anos) ⁽⁴⁹⁾:

http://www.who.int/childgrowth/standards/ac_for_age/en/

CrITÉRIOS CLÍNICOS

Malnutrição calórico-proteica

Os estados de malnutrição calórico-proteica atingem sobretudo crianças dos 6 meses aos 5 anos, o que atesta bem a prioridade deste grupo em todas as intervenções nutricionais. As principais afeções relacionadas com os estados de malnutrição em crianças são ⁽⁶⁾:

Marasmo – estado de desnutrição severa, caracterizado pela depleção de gordura e músculo corporais. Os indivíduos ficam com um aspeto de “pele e osso”. Resulta essencialmente de insuficiência no aporte de energia e proteína.

Kwashiorkor – caracterizado por edema, que geralmente se inicia nas pernas e se estende a todo o corpo; pode ser acompanhado por descoloração capilar e pele ressequida. Resulta, principalmente, de uma dieta por vezes suficiente em hidratos de carbono mas extremamente pobre em proteína.

Kwashiorkor marásmico – caracterizado por uma combinação de magreza extrema e edema.

TABELA A1.2: Principais sinais e sintomas de malnutrição calórico-proteica em crianças e adultos⁽¹⁵⁾.

Grupo populacional	Sinais / Sintomas	
	Sempre presentes	Presentes às vezes
Crianças		
Marasmo	Depleção do tecido muscular e adiposo (<i>wasting</i>)	Fome Aparência encarquilhada Comportamento irritável Falta de apetite
Kwashiorkor	Edema	Alterações cutâneas (dermatoses) Alterações capilares (cabelo descolorado, liso, fraco)
Kwashiorkor marásmico	Edema + <i>Wasting</i>	Qualquer um dos referidos acima
Adultos		
	<i>Wasting</i> e Fraqueza	Edema Alterações mentais

¹ Adaptado de: WHO. The management of nutrition in major emergencies. Geneva, 2000.

Carências de micronutrientes

A tabela seguinte resume as principais carências em micronutrientes e seus indicadores, os grupos que devem ser avaliados e, quando aplicável, o grau de severidade da sua prevalência para a definição de problemas de saúde pública.

TABELA A1.3: Classificação de problemas de saúde pública em função de deficiências de micronutrientes usando diferentes indicadores¹.

Indicador de deficiência de micronutrientes	Grupo recomendado para a medição de prevalência	Definição de um problema de saúde pública	
		Severidade	Prevalência (%)
Deficiência em vitamina A			
Cegueira noturna (XN) ^{a (17)}	24-71 meses	Baixa	> 0 - < 1
		Moderada	≥ 1 - < 5
		Alta	≥ 5
Manchas de Bitot (X1B) ^{a (17)}	6-71 meses	Não especificada	> 0,5
Esclerose da córnea/ulcerações/queratomalácia (X2, X3A, X3B) ^a	6-71 meses	Não especificada	> 0,01
Cicatrizes na córnea (XS) ^{a (17)}	6-71 meses	Não especificada	> 0,05
Retinol sérico (≤ 0.7 μmol/L)	6-71 meses	Baixa	≥ 2 – < 10
		Moderada	≥10 – < 20
		Alta	≥ 20
Deficiência de Iodo			
Bócio (visível + palpável)	Crianças em idade escolar	Baixa	5,0 – 19,9
		Moderada	20,0 – 29,9
		Alta	≥ 30,0
Concentração da excreção urinária de iodo (mg/l)	Crianças em idade escolar	Ingestão excessiva	> 300 ^b
		Ingestão adequada	100 – 199 ^b
		Deficiência leve	50 – 99 ^b
		Deficiência moderada	20 – 49 ^b

Concentração de iodo na urina (iodúria, µg/l) ^{c (50)}	Grávidas	Deficiência severa	< 20 ^b
		Ingestão excessiva	≥ 500
		Ingestão acima do recomendado	250-499
		Ingestão adequada	150-249
		Ingestão insuficiente	< 150

Deficiência de Ferro

Anemia	Mulheres, crianças	Baixa	5 – 20
(Níveis de hemoglobina: mulheres não grávidas <12.0 g/dl; crianças 6-59 meses <11,0 g/dl)	dos 6-59 meses e idosos	Moderada	20 – 40
		Alta	≥ 40

Beriberi (deficiência de vit. B1)

Sinais clínicos (fraqueza, perda de peso, perda de sensibilidade nas extremidades, perda de flexibilidade nos membros)	Toda a população	Baixa	≥ 1 caso e <1%
		Moderada	1 - 4
		Alta	≥ 5
Ingestão diária de tiamina (<0,33 mg/1000 Kcal)	Toda a população	Baixa	≥ 5
		Moderada	5 – 19
		Alta	20 – 49
Mortalidade infantil	Crianças 2 – 5 meses	Baixa	Sem aumento
		Moderada	Ligeiro aumento
		Alta	Pico marcado

Pelagra (deficiência de niacina)

Sinais clínicos (dermatite, diarreia e demência)	Toda a população ou mulheres > 15 anos	Baixa	≥ 1 caso e <1%
		Moderada	1 - 4
		Alta	≥ 5

Ingestão diária de	Toda a população	Baixa	5 - 19
equivalentes de niacina <5 mg	ou mulheres > 15	Moderada	20 - 49
	anos	Alta	≥ 50

Escorbuto (deficiência de vit. C)

Sinais clínicos (edema e hemorragia	Toda a população	Baixa	≥ 1 caso e <1%
das gengivas, edema e dor nas		Moderada	1 - 4
articulações, especialmente joelho, anca		Alta	≥ 5
e cotovelo)			

¹ Adaptado de: *The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. 139-238. Rugby, 2011.*

^a Classificações de acordo com: *WHO. Indicators for assessing Vitamin A Deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. 1996.*

^b Valores da concentração da excreção urinária de iodo em mg/l.

^c Classificações de acordo com: *WHO. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 2007*

CrITÉRIOS de avaliação da malnutrição

As crianças têm prioridade absoluta na avaliação do estado nutricional e despistagem de estados de malnutrição. Mesmo crianças com malnutrição ligeira têm 2 a 8 vezes mais risco de mortalidade por doenças comuns da infância que crianças bem nutridas ⁽¹⁰⁾.

Existem três graus de malnutrição, definidos de acordo com os *Z scores* para o peso-pelo-comprimento (WFL) e peso-pela-altura (WFH), o perímetro do braço (MUAC) e a existência ou não de edema nutricional:

- Malnutrição Aguda Global (**GAM**, *Global Acute Malnutrition*);
- Malnutrição Aguda Moderada (**MAM**, *Moderate Acute Malnutrition*);
- Malnutrição Aguda Severa (**SAM**, *Severe Acute Malnutrition*).

A tabela seguinte contém os critérios para a definição dos graus de malnutrição em crianças dos 6 meses aos 5 anos, faixa etária comumente utilizada para a avaliação da severidade da malnutrição numa dada população ^(6, 8, 10).

TABELA A2.1: Definição dos graus de desnutrição em crianças dos 6 meses aos 5 anos⁽¹⁵⁾.

	GAM	MAM	SAM
Crianças dos 6 meses aos 5 anos	WFL,WFH <-2 Z score e/ou MUAC <12,5cm e/ou edema nutricional	WFL,WFH -3 ≤ -2 Z score e/ou MUAC 11,5 ≤ 12,5cm	WFL,WFH <-3 Z score e/ou MUAC <11,5cm e/ou edema nutricional

¹Adaptado de: *The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. 139-238. Rugby, 2011*

A relação entre a malnutrição em crianças entre os 6 meses e os 5 anos, e o estado de emergência nutricional de uma população depende da percentagem de crianças que se encontram em malnutrição. Assim ⁽¹⁰⁾:

- O estado é **aceitável** se menos de 5% das crianças sofrerem de GAM;
- Entre 5% e 9,9%, o estado nutricional é **mau**;
- Existe **emergência nutricional** séria se mais de 10% das crianças estiverem em GAM;
- Acima de 15% de GAM, o estado é considerado **crítico**.

ANEXO 2

Intervenção alimentar e nutricional para situações específicas

De acordo com a avaliação do estado nutricional, indivíduos ou grupos em risco de malnutrição devem ser sinalizados para uma intervenção alimentar e nutricional individual cuja especificidade ultrapassa a generalidade da população, seja em termos alimentares e nutricionais, seja em termos clínicos.

As intervenções nutricionais e alimentares para situações específicas classificam-se, de acordo com o WFP/UNHCR ⁽¹²⁾, em:

- **Programas Terapêuticos** – destinam-se a reabilitar indivíduos com desnutrição severa.

Critérios de admissão: crianças com menos de 5 anos, em malnutrição severa (< -3 Z score do WFL ou WFH); outros indivíduos com malnutrição severa confirmada através de antropometria e/ou presença de edema; bebés com baixo peso à nascença; crianças órfãs com menos de um ano e sem acesso a amamentação natural; mulheres com crianças com menos de um ano e com incapacidade ou falhas na amamentação.

- **Programas de Cobertura** – têm como objetivo prevenir a deterioração do estado nutricional da população, através da suplementação em alimentos e micronutrientes a grupos em risco de malnutrição.

Critérios de admissão: todas as crianças com menos de 3 ou 5 anos e com comprimento/estatura menor que, respetivamente, 90 ou 110 cm; todas as mulheres grávidas ou a amamentar; outros grupos de risco, como idosos ou doentes.

- **Programas de Alvo** – dirigem-se a indivíduos selecionados em risco de malnutrição, ou em malnutrição moderada. São destinados também aos indivíduos reabilitados dos programas terapêuticos.

Critérios de admissão: crianças com menos de 5 anos, com malnutrição moderada (-3 a -2 Z score do WFL ou WFH); indivíduos malnutridos, com mais de 5 anos; indivíduos que tiveram alta de um Programa Terapêutico; grávidas ou mulheres a amamentar com MUAC < 22 cm.

Ajuste dos valores da intervenção alimentar e nutricional inicial

O cálculo das necessidades alimentares e nutricionais de uma população, no período que se segue à resposta inicial, é de extrema importância pois permite ir ao encontro das necessidades reais dessa população, possibilitando o planeamento de uma intervenção mais adequada e contribuindo, assim, para a melhoria do seu estado de saúde.

A avaliação deve ser feita por profissionais experientes na área da Nutrição e deve ser iniciada o mais cedo possível, tendo em consideração os diferentes fatores que influenciam as necessidades nutricionais diárias ⁽⁹⁾.

Características demográficas

A composição da população em idade e género afeta o cálculo das necessidades nutricionais. Por exemplo, uma população composta exclusivamente por mulheres e crianças terá como referência uma necessidade energética cerca de 6% menor que a de uma população com a distribuição *standard*.

As necessidades energéticas totais são determinadas somando as necessidades de energia de cada grupo populacional de acordo com a proporção do grupo na população, de acordo com a tabela seguinte.

TABELA A2.2: necessidades energéticas por grupos de sexo e idade¹

Género	Homens ^a		Mulheres ^a		Homens e Mulheres ^a	
Idades (anos)	% da população total	Necessidades Energéticas (Kcal/pessoa/dia)	% da população total	Necessidades Energéticas (Kcal/pessoa/dia)	% da população total	Necessidades Energéticas (Kcal/pessoa/dia)
0	1.31	850	1.27	780	2.59	820
1	1.26	1250	1.20	1190	2.46	1220
2	1.25	1430	1.20	1330	2.45	1380
3	1.25	1560	1.19	1440	2.44	1500
4	1.24	1690	1.18	1540	2.43	1620
0-4			6.05	1250	12.37	1290
5-9	6.32	1320	5.69	1730	11.69	1860
10-14	6.00	1980	5.13	2040	10.53	2210
15-19	5.39	2370	4.64	2120	9.54	2420
20-59	4.89	2700	23.82	1990	48.63	2230
60+	24.80	2460	3.82	1780	7.24	1890
Grávidas	3.42	2010	2.4	285 (extra)	2.4	
Amamentar			2.6	500 (extra)	2.6	
Toda a população	50.84	2250	49.16	2010		2070

¹ Adaptado de: WFP, UNHCR. Guidelines for estimating food and nutritional needs in emergencies, 1997 ⁽¹¹⁾.

Nível de Atividade Física

O valor inicial de 2100 Kcal por dia é calculado tendo em conta um Nível de Atividade Física (NAF) leve. O ajustamento deste valor deverá ter em conta, consequentemente, o Nível de Atividade Física dos indivíduos em função do sexo. A tabela seguinte traduz o incremento energético às 2100 Kcal da ração a fornecer em função do Nível de Atividade Física por sexo, em adultos, e para a média de toda a população, incluindo crianças.

TABELA A2.3: Incremento energético, em Kcal, às 2100 Kcal/dia em função do nível de atividade física, em mulheres e homens adultos e para a média da população, incluindo crianças.

	Nível de Atividade Física	
	Moderado	Elevado
Homens adultos	+ 360	+ 850
Mulheres adultas	+ 100	+ 330
Média da população (adultos e crianças)	+ 140	+ 350

¹Adaptado de: WHO. *The Management of Nutrition in Major Emergencies*. Geneva, 2009.

Temperatura média diária

Para se calcular o valor de 2100 Kcal por dia, usou-se uma Taxa Metabólica Basal (TMB) a uma temperatura média de 20°C. Temperaturas menores que 20°C aumentam a TMB, o que faz aumentar a necessidade energética. Estima-se que seja necessário um aporte adicional de 100 Kcal por cada decréscimo de 5°C na temperatura média diária.

Estado de saúde

Determinados quadros clínicos influenciam as necessidades nutricionais dos indivíduos e, no limite, de toda a população. Elevadas prevalências de doenças infecciosas, por exemplo, exigem aportes de energia e micronutrientes mais elevados. Indivíduos com HIV/SIDA poderão apresentar baixa taxa de absorção intestinal devido às complicações da doença, ou ter baixo apetite, afetando assim o seu aporte nutricional. Estas situações, identificadas no acolhimento, devem ser encaminhadas para uma intervenção alimentar e nutricional específica.

A *checklist* da tabela seguinte poderá ser usada para facilitar a alteração dos valores iniciais de energia e aporte nutricional.

TABELA A2.4: Checklist para ajustamento do valor inicial de 2100Kcal/dia⁽¹⁵⁾.

Condições		Check	Alterações a desenvolver
1	A maior parte da população está envolvida em atividades físicas extenuantes, como carregar cargas pesadas em longas distâncias?		Aumentar 140 Kcal em caso de atividade física moderada ou 350 Kcal para atividade física pesada ² .
2	A temperatura média diária é significativamente menor que 20°C?		Aumentar 100 Kcal por cada decréscimo de 5°C na temperatura média diária.
3	Qual é a prevalência de malnutrição na população?		Para prevalência de malnutrição infantil superior a 15% (<2 z-score do WFL ou WFH), aumentar a energia em cerca de 100-200 Kcal.
4	Existem riscos de saúde pública significativos na população?		Avaliar os riscos em equipa multidisciplinar e discutir eventuais alterações na energia total ou na composição da ração.
5	O perfil demográfico da população é muito diferente do perfil médio para um país em desenvolvimento?		Ajustar as necessidades energéticas de acordo com a proporção de cada grupo na população.
6	A população recebe assistência alimentar regular de outras fontes não contabilizadas?		Contabilizar a assistência regular providenciada por outras fontes ou a capacidade de produzir regularmente alimentos.
7	A proteína contribui com menos de 10-12 % da percentagem da energia total?		Ajustar a fração proteica para atingir pelo menos os valores mínimos. Se necessário, reforçar, por exemplo, com leguminosas.
8	A energia obtida através de lípidos é inferior a 17% da energia total?		Ajustar a fração lipídica para atingir os valores mínimos.

¹Adaptado de *UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. Food and Nutrition Needs in Emergencies. 2002.*

²Valores médios para toda a população, incluindo homens, mulheres e crianças. Para cada grupo, os valores podem ser consultados na Tabela A1.6.

O esquema representado a seguir resume o conjunto de ações a tomar no planeamento da intervenção alimentar e nutricional em função do estado nutricional dos indivíduos e das populações, nas fases antes do acolhimento, no início do acolhimento e na fase de adequação da intervenção inicial.



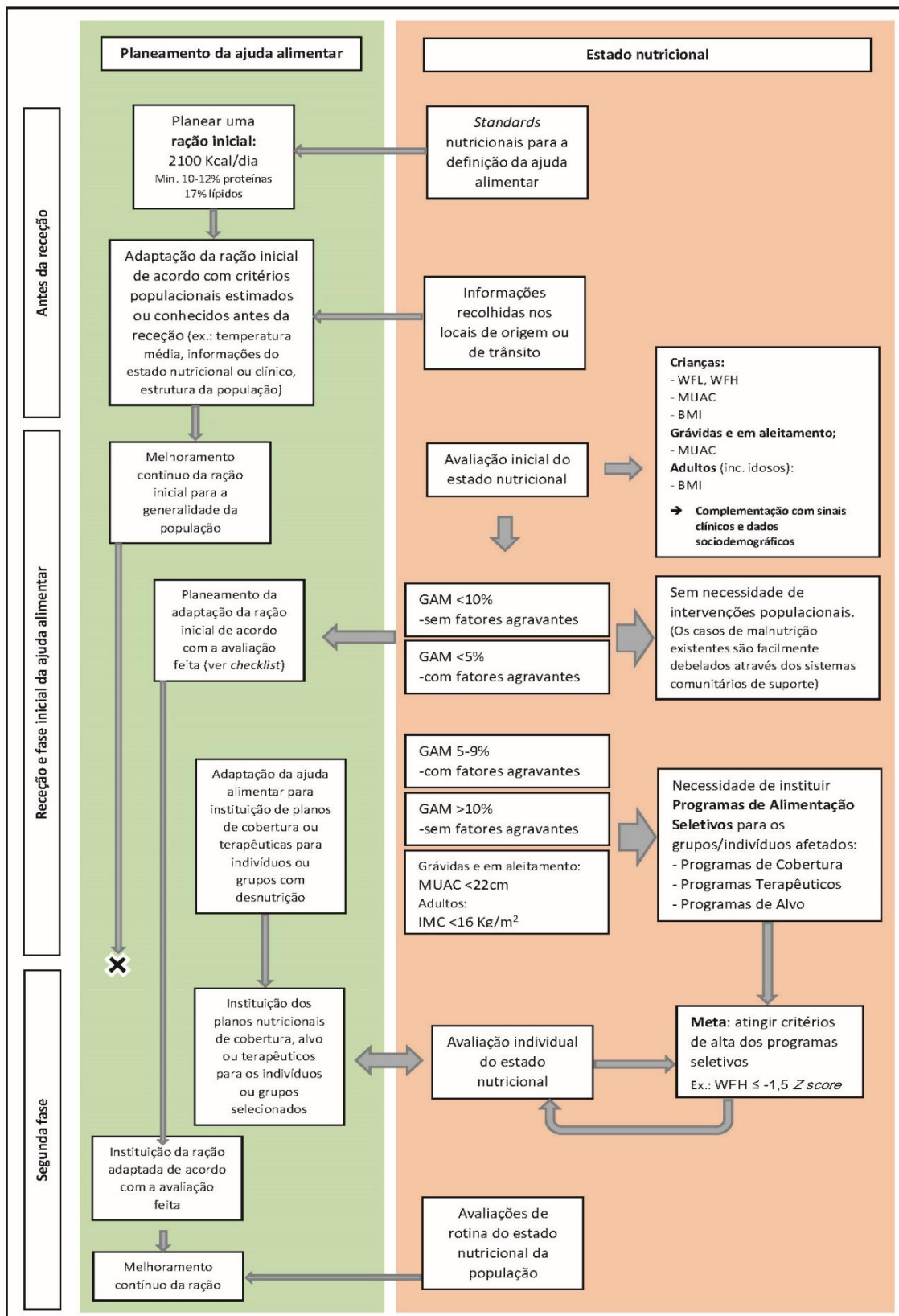


FIGURA A2.1: Esquema-resumo da articulação da ajuda alimentar com o estado nutricional dos indivíduos, nas várias fases do apoio alimentar.

ANEXO 3

Boas práticas de higiene e fabrico

Neste anexo pretende-se descrever um conjunto de regras que poderão ser tidas em conta no processo de produção de alimentos. De uma forma geral, este conjunto de orientações foi elaborado para instituições que produzem refeições. No entanto, grande parte destas boas práticas de higiene aplicam-se a uma cozinha doméstica.

1. Fases do processo de produção

Em todas as fases do processo produtivo (Receção das matérias-primas; Armazenamento/Conservação; Preparação; Confeção; Distribuição de alimentos; Eliminação de resíduos) deve existir um controlo efetivo, tendo em vista o objetivo final de produzir alimentos seguros e inócuos.

1.1 Receção de matérias-primas

A receção de matérias-primas é a primeira etapa do processo produtivo, não devendo ser menosprezada em relação a qualquer uma das restantes etapas, uma vez que do seu correto controlo dependem a qualidade e inocuidade dos alimentos/refeições produzidas.

No momento da receção das matérias-primas é importante garantir que todos os alimentos foram transportados e conservados em condições que limitem a sua deterioração. Deste modo, todos os que necessitem de condições de refrigeração e congelação para a sua conservação devem manter a mesma temperatura (rede de frio) ao longo do circuito de distribuição.

Idealmente deve haver um local específico para a sua realização (cais de descarga) e também um responsável. Todos os produtos rececionados devem ser documentados, sem esquecer que o dia e a hora de receção devem ser previamente combinados com os fornecedores.

No caso de não existir um local exclusivo para a receção dos produtos, a operação deve ser efetuada de modo a não interferir com o bom funcionamento da unidade. Assim, as entregas deverão ser efetuadas nos horários estipulados para que esta etapa seja realizada com a devida atenção e sem interrupções. Pretende-se assim que os géneros alimentícios sejam controlados de um modo mais eficaz.

O controlo desta etapa deve garantir que nenhum género alimentício não conforme ou com más características organoléticas seja aceite e utilizado e, por outro lado, que a qualidade dos

alimentos seja assegurada por uma manipulação correta, meios de transporte, conservação e armazenagem adequados.

A VERIFICAR NA RECEÇÃO:

- Condições de higiene do veículo e do pessoal encarregue do transporte e descarga;
- Separação entre alimentos com características diferentes e também entre produtos alimentares e produtos não alimentares;
- Acondicionamento dos produtos;
- A adequação dos meios de transporte às exigências dos produtos transportados, nomeadamente, no que concerne à necessidade de temperaturas de congelação e refrigeração;
- Pedido dos registos de temperatura do veículo;
- Verificar se as quantidades dos produtos coincidem com as notas de encomenda;
- Avaliação das características organoléticas dos produtos (cor, cheiro, tamanho, consistência...);
- Integridade das embalagens.

Após a receção, os alimentos refrigerados e congelados devem ser rapidamente armazenados, à respetiva temperatura, de modo a que a cadeia de frio não seja quebrada. Preferencialmente, todas as embalagens externas devem ser retiradas (descartagem).

1.2 Armazenamento/Conservação

As más condições de armazenagem dos alimentos contribuem para a possibilidade de contaminação dos mesmos.

Armazenamento a temperatura ambiente

Relativamente ao armazenamento a temperatura ambiente, as zonas onde se armazenam os alimentos (economato, despensa), devem permitir a ótima conservação dos alimentos. Estas zonas devem ser áreas frescas e secas e bem ventiladas. É importante por isso um controlo periódico da temperatura e da humidade. Nestas zonas, todos os géneros alimentícios deverão ser armazenados por famílias, tendo-se em atenção a separação de produtos alimentares e não alimentares. Os produtos de higienização devem ser armazenados num local próprio e

exclusivo para os mesmos, identificado e fechado, por constituírem um potencial perigo químico para os géneros alimentícios. Deve-se ter também em atenção o correto afastamento do teto, do pavimento, das paredes e entre prateleiras. Do mesmo modo, não se deve empilhar os géneros alimentícios. Quando não são guardados em prateleiras, os alimentos nunca devem estar em contacto direto com o chão, devendo nestas condições ser utilizados estrados de material resistente e facilmente lavável.

Os equipamentos existentes nestas áreas devem cumprir os requisitos técnico-funcionais legalmente previstos.

A arrumação dos produtos deve facilitar a localização, utilização e correta rotação dos mesmos. Todos os alimentos devem estar corretamente embalados. Quando as embalagens são abertas e o seu conteúdo não é utilizado na totalidade, o produto não utilizado deve ser guardado em recipientes fechados, mantendo-se o rótulo original junto, devendo ainda identificar-se a data da operação. A identificação e os rótulos de todos os produtos devem ser mantidos.

É necessário verificar com frequência os prazos de validade de todos os produtos armazenados e ter em atenção se está a proceder-se a uma correta rotação de *stocks*. Deve ser garantido que os primeiros produtos a expirar a data sejam os primeiros a sair.

Tal como em qualquer outro local, o plano de higienização do economato/despensa deve ser cumprido de modo a evitar a acumulação de poeiras e sujidades e todos os manipuladores de alimentos devem estar atentos a sinais que evidenciem a existência de pragas, devendo o plano de controlo de pragas ser cumprido escrupulosamente.

Armazenamento a temperatura controladas:

Este armazenamento inclui a refrigeração (frio positivo) e a congelação (frio negativo). Se possível, as temperaturas deverão ser controladas e registadas pelo menos duas vezes por dia, devendo por isso todas as câmaras disporem de termómetros visíveis. É importante também que as portas das câmaras devam ser mantidas abertas o mínimo de tempo possível. Do mesmo modo deve existir um plano de manutenção de equipamentos (borrachas e termómetros).

Uma vez mais, o plano de higienização para os equipamentos deve ser cumprido, (bem como o plano de controlo de pragas).

Os equipamentos de refrigeração e congelação devem estar localizados em áreas ventiladas e as temperaturas devem manter-se estáveis e uniformes. Nunca devem estar demasiado cheios, de modo a permitir a livre circulação de ar entre os produtos.

Todos os cuidados referidos no armazenamento à temperatura ambiente, no que concerne à arrumação, acondicionamento, rotulagem, identificação e rotação de *stocks* devem ser tidos em consideração.

Em caso de avaria, o apoio técnico deve ser contactado o mais rapidamente possível; os géneros alimentícios devem ser colocados rapidamente nos equipamentos alternativos e quando não se dispõe de equipamentos alternativos, os alimentos refrigerados devem ser utilizados o mais rapidamente possível ou rejeitados se for caso disso e os alimentos congelados devem ser utilizados no prazo máximo de 24h.

Alimentos armazenados sob refrigeração

Os alimentos armazenados sob refrigeração devem estar a uma temperatura de conservação maior que 0°C e menor ou igual a 5°C.

Nos frigoríficos, os alimentos confeccionados devem estar separados dos alimentos crus. Deve evitar-se a sobrecarga dos equipamentos, devendo os alimentos estar arrumados de uma forma que permita a correta circulação de ar.

Nunca devem ser colocados alimentos ainda quentes na câmara de refrigeração.

Organização dos alimentos no frigorífico:

- Para a organização dos alimentos no frigorífico deve ter em consideração que a temperatura no seu interior não é homogénea.
- Zona superior (zona mais fria) – iogurtes, queijo, natas, compotas e alimentos já cozinhados (estes alimentos devem ser conservados em recipientes adequados e fechados; não os coloque ainda quentes no frigorífico).
- Zona intermédia – carne e pescado, fiambre e outros produtos de charcutaria, conservas abertas e produtos de pastelaria.
- Prateleira inferior – produtos em fase de descongelação (estes alimentos devem estar acondicionados em recipientes que evitem o derrame de líquidos resultantes do processo de descongelação).
- Gavetas inferiores – Hortícolas, fruta e leguminosas frescas.

Em relação ao período de conservação de alguns alimentos no frigorífico, as carnes conservam-se no frigorífico até 3 dias, com exceção da carne picada que deve ser confeccionada até 24h e o período adequado de conservação do peixe fresco no frigorífico é de 24h.

O frigorífico não deve estar demasiado cheio pois o excesso de alimentos impede a circulação do ar frio não permitindo uma adequada conservação dos alimentos.

Relativamente ao processo de descongelação, este deve ser feito a temperaturas de refrigeração, devendo sempre ter o cuidado de se retirarem as embalagens exteriores, e colocar os alimentos em recipientes adequados e totalmente fechados que permitam a separação dos líquidos libertados.

Alimentos armazenados sob congelação

Os alimentos armazenados sob congelação devem estar a uma temperatura de conservação $<-18^{\circ}\text{C}$.

Preferencialmente, não congele os géneros alimentícios, salvo se tiver uma célula de arrefecimento rápido ou abatedor de temperatura ou se o congelador tiver capacidade. Os alimentos devem ser conservados em embalagens próprias, de forma a serem evitadas alterações nos mesmos, como por exemplo as “queimaduras do frio” (reduz a sua qualidade). Os alimentos após terem sido descongelados nunca devem voltar a ser congelados.

Os equipamentos não devem estar também sobrecarregados, devendo permitir a livre circulação de ar, devendo ser descongelados regularmente de forma a evitar a formação de gelo.

Ao contrário do frigorífico, no congelador é indiferente o local onde se colocam os alimentos, pois a temperatura deve ser uniforme. No entanto, antes de “congelar” os alimentos devem-se seguir os seguintes procedimentos:

1. Hortícolas – devem ser lavados, retiradas as partes não comestíveis e podem ser cortados. De modo a destruir as enzimas, reduzir os microrganismos e para manter a cor aconselha-se a escaldá-los durante 2 minutos e de seguida passa-los por água fria, retirar a humidade e acondicionar corretamente nas porções necessárias.

2. Carne – quando possível deve retirar pele, gordura visível e ossos.

3. Peixe – deve escamar, retirar as vísceras, limpar e lavar.

Os alimentos armazenados no congelador devem idealmente ser acondicionados em porções, ou seja, na quantidade que vai utilizar para uma refeição. Os alimentos congelados devem ser acondicionados em embalagens identificadas, datadas e próprias.

Dependendo das características dos alimentos, o seu tempo de vida em congelação será diferente.

Tempos de conservação recomendados para alimentos no congelador a -18°C:

Mariscos	3 meses
Peixes gordos	3 meses
Peixes magros	3 meses
Pão	3 meses
Bolos	3 meses
Frango e aves de caça	10 meses
Carne de vaca	12 meses
Hortícolas	12 meses

TABELA A3.1 Tempos de conservação recomendados para alimentos no congelador a -18°C

A descongelação do congelador deve ser um procedimento regular, pois previne a formação de gelo no interior que por sua vez provoca um aumento dos gastos de energia, para além de poder ser um meio de contaminação dos alimentos.

1.3 Preparação e Confeção de Alimentos

Nestas duas etapas, a fim de se evitar a contaminação dos alimentos, deve ter-se em atenção alguns aspetos:

- Os alimentos deverão permanecer na zona de perigo o menor tempo possível;
- Todas as operações devem assim realizar-se rapidamente e sem interrupções;

- O centro térmico dos alimentos deve atingir temperaturas superiores a 75°C ou 70°C durante 2 minutos.

No final destas duas fases do processo produtivo, os alimentos não devem constituir risco para a saúde dos consumidores.

PREPARAÇÃO

São exemplos de operações da preparação lavar, eviscerar, cortar, descascar e descongelar.

Nas zonas de preparação:

- As atividades devem ser organizadas, no espaço e no tempo;
- Deve-se seguir o sistema “marcha-em-frente”;
- Todos os manipuladores devem manter uma boa higiene pessoal e uma conduta apropriada para as suas funções;
- Todos os utensílios, equipamentos e superfícies devem ser cuidadosamente higienizados;
- Devem existir utensílios e equipamentos em quantidades suficientes para a atividade da unidade de produção;
- Os utensílios devem ser utilizados para uma tarefa, devendo ser lavados e higienizados após a conclusão da mesma;
- Idealmente deveria existir três/quatro áreas distintas e isoladas para preparação de alimentos: pescado; carnes; hortofrutícolas; sobremesas;
- É recomendado o uso do “sistema de cores”;
- Os caixotes do lixo presentes nestas zonas devem ser acionados por pedal e a sua área circundante deve estar, dentro do possível, sempre higienizada (limpa e desinfectada);
- Deve existir uma separação física ou espacial dos alimentos crus e confeccionados;
- De igual modo, os alimentos não devem ser manipulados juntos dos sujos;
- É muito importante que a descongelação seja realizada em condições ótimas, pois caso contrário existe uma grande probabilidade de contaminação dos alimentos;
- Este passo deve ser realizado com antecedência, para que no momento de confeção os alimentos estejam totalmente descongelados: se os alimentos não estiverem totalmente descongelados, o seu interior pode não atingir as temperaturas ideais durante a confeção.

Garantir um adequado processo de descongelação é essencial para a segurança dos alimentos. Neste processo devem ser utilizados os utensílios adequados. Por exemplo, os recipientes utilizados devem evitar o contacto dos sucos de descongelação com o alimento. Todos os equipamentos e utensílios utilizados na descongelação devem ser devidamente higienizados. As diferentes famílias, de géneros alimentícios, devem ser descongeladas separadamente.

Nenhum alimento deve ser descongelado à temperatura ambiente, devendo a descongelação ser idealmente efetuada a temperaturas de refrigeração. Em caso de emergência ou necessidade pode-se recorrer ao micro-ondas ou então a água corrente, potável e fria, devendo todos os alimentos estar dentro de um saco plástico bem fechado.

Depois de totalmente descongelados, todos os géneros alimentícios devem ser confeccionados e consumidos no prazo de 24 horas e, quando não são utilizados de imediato devem ser armazenados a temperaturas de refrigeração. Depois de descongelados, nenhum género alimentício deve ser congelado novamente.

CONFEÇÃO

São exemplos de operações da confeção, assar, cozer, fritar, grelhar, micro-ondas. Todas as formas ou métodos de confeção, quando efetuados de forma correta, asseguram uma adequada destruição dos microrganismos presentes nos alimentos.

Todas as partes do género alimentício devem ser totalmente confeccionadas. Os chamados alimentos “mal passados” como as carnes e os ovos podem causar toxinfecções alimentares.

Os alimentos confeccionados e prontos a consumir devem ser servidos o mais rapidamente possível e a sua manipulação deve ser correta e reduzida ao mínimo imprescindível.

Durante a confeção, os alimentos nunca devem ser provados com os dedos mas sim com utensílios próprios para o efeito, de utilização única, ou seja, é apenas usado uma vez, devendo ser higienizado de seguida.

Quando confeccionados com antecedência, os alimentos devem ser refrigerados ou congelados em equipamentos apropriados para a técnica/método de conservação a frio.

É importante monitorizar a etapa de fritura, uma vez que a mesma pode contaminar quimicamente os alimentos durante a sua operacionalização.

Podem usar-se testes, frequentemente, para se averiguar a quantidade de compostos polares presentes no óleo (periodicidade definida e registo).

1.4 Distribuição dos alimentos

A distribuição de alimentos é a última fase do processo produtivo que os alimentos passam, antes de serem apresentados ao consumidor final. Como os alimentos estarão expostos para consumo imediato, é importante que haja um controlo efetivo do tempo e da temperatura de forma a reduzir a atividade e o crescimento microbiano.

Tal como em todas as outras fases, é importante que os manipuladores de alimentos possuam uma higiene pessoal e profissional adequada e que os planos de higienização e de controlo de pragas sejam cumpridos em relação aos equipamentos e utensílios de distribuição.

Do mesmo modo, é importante ter em consideração que os consumidores finais também constituem uma fonte de contaminação para os alimentos e assim sendo, os mesmos (alimentos) devem estar protegidos/tapados a fim de evitar o contacto alimento – consumidor.

Quer para a distribuição a quente, quer para a distribuição a frio, nunca se devem colocar novas porções de alimentos sobre as que já estavam expostas.

DISTRIBUIÇÃO A QUENTE

É fundamental o controlo de temperatura, uma vez que os alimentos não irão sofrer nenhum tipo de confeção posteriormente, sendo apenas servidos aos consumidores.

É importante garantir que os alimentos se mantenham a temperaturas que não se situem dentro da “zona de perigo” até ao momento do seu consumo.

Neste tipo de conservação dos alimentos prontos a consumir, podem-se utilizar diversos tipos de equipamentos, como estufas, convetores e banho-maria.

Um dos aspetos a controlar é o tempo de exposição dos alimentos, não devendo este ser superior a 2 horas e no máximo 3 horas, sendo importante monitorizar a temperatura dos alimentos e da água do banho-maria.

Em qualquer um dos tipos de conservação a quente, o acondicionamento correto dos géneros alimentícios é essencial de forma a prevenir a contaminação dos mesmos.

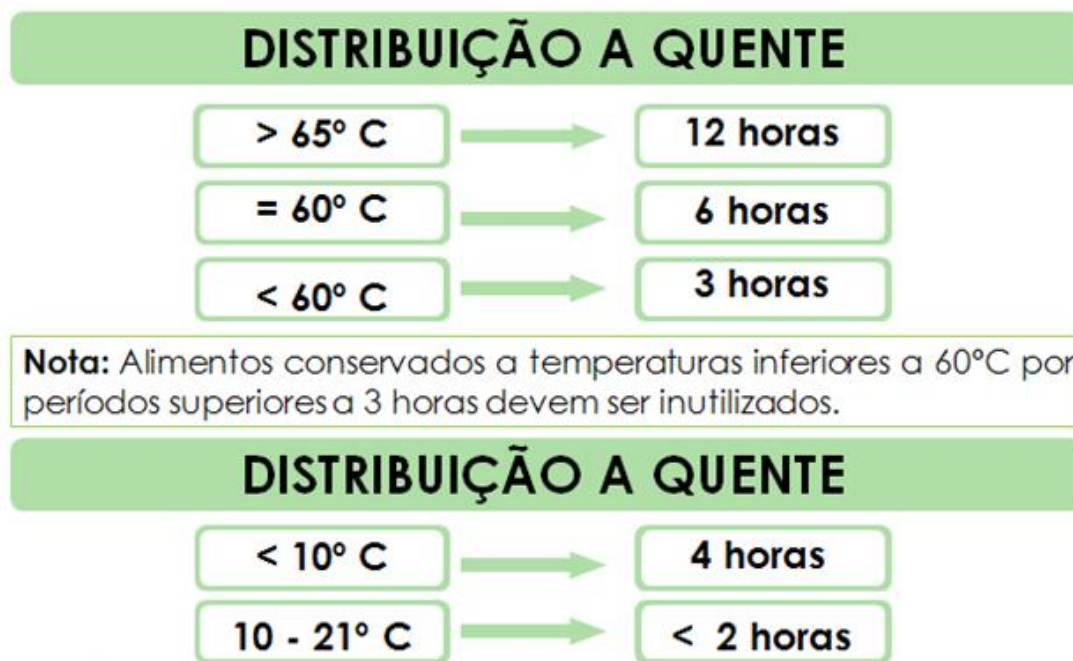


FIGURA A3.1: Distribuição a quente.

DISTRIBUIÇÃO A FRIO

É importante manter a cadeia de frio, de forma a reduzir a probabilidade dos alimentos se contaminarem.

Como na distribuição a quente, é essencial que os alimentos sejam conservados a temperaturas que não se encontrem na “zona de perigo”.

Alimentos como laticínios, saladas, sobremesas frias e molhos devem ser mantidos a temperaturas que não ultrapassem os 5°C ($> 0^{\circ}\text{C} \leq 5^{\circ}\text{C}$).

1.5. Eliminação de Resíduos

Os recipientes de recolha de resíduos devem ser de material facilmente lavável, ter tampa acionada por pedal e encontrarem-se forrados com sacos de plástico ajustados para o seu tamanho.

Os recipientes de recolha de resíduos não devem encontrar-se em locais que interfiram com a laboração embora devem estar próximos das zonas de preparação e confeção.

Mostra-se necessário averiguar a existência de pragas na proximidade dos locais onde se situam os recipientes de recolha de resíduos, sendo extremamente importante que as

descrições presentes no plano de higienização relativamente a este tipo recipientes sejam cumpridas, bem como o plano de controlo de pragas.

Os recipientes de recolha de resíduos presentes nas unidades de produção nunca devem estar demasiado cheios. Assim, as unidades devem dispor de contentores de lixo na proximidade exterior do edifício, ou uma sala de recolha e conservação de resíduos. Idealmente, deveria existir uma zona refrigerada no interior da unidade para se depositarem os resíduos.

2. Aproveitamento de Sobras

As sobras correspondem a alimentos que foram confeccionados em excesso e não chegaram a ser servidos.

Em alguns casos as sobras podem ser reaproveitadas, contudo, esta operação deve ser sempre bem considerada, uma vez que apresenta um elevado risco de contaminação dos alimentos. Deste modo é essencial que, no caso desta operação se realizar, sejam tomados todos os cuidados necessários.

De um modo geral deve ter-se em atenção a manutenção da cadeia de frio, logo os alimentos que irão ser reaproveitados devem ser colocados o mais rapidamente possível a temperaturas de refrigeração, sendo que os mesmos só podem ser congelados se a unidade dispuser de equipamentos de congelação.

Todas as sobras devem ser acondicionadas corretamente e ao acondicionar deve rotular-se devidamente todos os produtos com a identificação dos produtos, data de produção e prazo de validade.

Segundo o *Codex Alimentarius*, as sobras não devem ser armazenadas por períodos superiores a 5 dias.

Nunca se devem misturar sobras com produtos que não foram utilizados.

Os alimentos só podem ser reaproveitados uma vez, depois de serem colocadas novamente à temperatura ambiente, as sobras se não forem regeneradas e/ou consumidas terão de ser rejeitadas.

Existem alimentos que não podem ser reaproveitados: os alimentos de alto risco, por exemplo ovos crus, carne picada, vísceras, alimentos com maionese, bolos com cremes.

Relativamente ao arrefecimento das sobras, estas devem ser arrefecidas rapidamente de modo a que a sua inocuidade e qualidade sejam mantidas. Assim, em menos de 2 horas deve atingir uma temperatura inferior a 10°C.

No que diz respeito ao reaquecimento das sobras, é importante garantir que seja atingida uma temperatura de segurança no centro termético do género alimentício/preparação.

Depois de serem reaquecidas uma vez, as sobras têm de ser rejeitadas. Por esta razão só se devem reaquecer as quantidades de alimentos necessárias.



ANEXO 4

Metodologia 4 C's

O QUE SIGNIFICA?

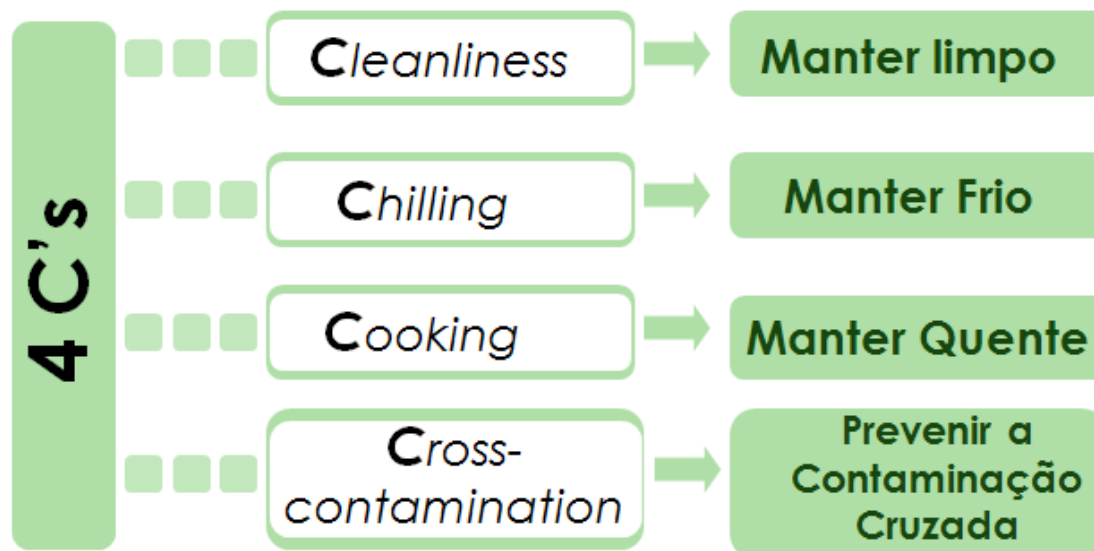


FIGURA A4.1 Metodologia 4C's.

- **Manter limpo**

Os manipuladores de alimentos devem manter um elevado grau de higiene pessoal;

Todas as superfícies, equipamentos e utensílios devem manter-se limpos.

- **Manter Frio**

Deve evitar-se interromper a cadeia de frio;

Os alimentos devem ser conservados a temperaturas adequadas.

- **Manter Quente**

Cozinhar os alimentos a temperaturas adequadas;

Deve assegurar-se que todo o alimento atinge uma temperatura elevada.

- **Prevenir a Contaminação Cruzada**

Todos os cuidados para prevenir a contaminação de alimentos devem ser tomados;

Por exemplo, devem-se separar alimentos crus de alimentos confeccionados, tendo-se em atenção que os utensílios e equipamentos também não devem ser os mesmos.

ANEXO 5

Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura



Mantenha a limpeza

- ✓ Lave as mãos antes de iniciar a preparação dos alimentos e, frequentemente, durante todo o processo
- ✓ Lave as mãos depois de ir à casa de banho
- ✓ Higienize todos os equipamentos, superfícies e utensílios utilizados na preparação dos alimentos
- ✓ Proteja as áreas de preparação e os alimentos de insectos, pragas e outros animais

Porquê?

Embora a maior parte dos microrganismos não provoque doenças, grande parte dos mais perigosos encontra-se no solo, na água, nos animais e nas pessoas. Estes microrganismos são veiculados pelas mãos, passando para roupas e utensílios, sobretudo para as tábuas de corte, donde facilmente podem passar para o alimento e vir a provocar doenças de origem alimentar.



Separe alimentos crus de alimentos cozinhados

- ✓ Separe carne e peixe crus de outros alimentos
- ✓ Utilize diferentes equipamentos e utensílios, como facas ou tábuas de corte, para alimentos crus e alimentos cozinhados
- ✓ Guarde os alimentos em embalagens ou recipientes fechados, para que não haja contacto entre alimentos crus e alimentos cozinhados

Porquê?

Alimentos crus, especialmente a carne, peixe e os seus exsudados, podem conter microrganismos perigosos que podem ser transferidos para outros alimentos, durante a sua preparação ou armazenagem.



Cozinhe bem os alimentos

- ✓ Deve cozinhar bem os alimentos, especialmente carne, ovos e peixe
- ✓ As sopas e guisados devem ser cozinhados a temperaturas acima dos 70 °C. Use um termómetro para confirmação. No caso das carnes, assegure-se que os seus exsudados são claros e não avermelhados.
- ✓ Se reaquecer alimentos já cozinhados assegure-se que o processo é o adequado

Porquê?

Uma cozedura adequada consegue matar quase todos os microrganismos perigosos. Estudos demonstraram que cozinhar os alimentos a uma temperatura acima dos 70 °C garante um consumo mais seguro. Os alimentos que requerem mais atenção incluem carne picada, rolo de carne, grandes peças de carne e aves inteiras.



Mantenha os alimentos a temperaturas seguras

- ✓ Não deixe alimentos cozinhados, mais de 2 horas, à temperatura ambiente
- ✓ Refrigere rapidamente os alimentos cozinhados e/ou perecíveis (preferencialmente abaixo de 5 °C)
- ✓ Mantenha os alimentos cozinhados quentes (acima de 60 °C) até ao momento de serem servidos
- ✓ Não armazene alimentos durante muito tempo, mesmo que seja no frigorífico
- ✓ Não descongele os alimentos à temperatura ambiente

Porquê?

Os microrganismos podem multiplicar-se muito depressa se os alimentos estiverem à temperatura ambiente. Mantendo a temperatura abaixo dos 5 °C e acima dos 60 °C, a sua multiplicação é retardada ou mesmo evitada. Alguns microrganismos patogénicos multiplicam-se mesmo abaixo dos 5 °C.



Use água e matérias-primas seguras

- ✓ Use água potável ou trate-a para que se torne segura
- ✓ Selecione alimentos variados e frescos
- ✓ Escolha alimentos processados de forma segura, como o leite pasteurizado
- ✓ Lave frutas e vegetais, especialmente se forem comidos crus
- ✓ Não use alimentos com o prazo de validade expirado

Porquê?

As matérias-primas, incluindo a água e o gelo, podem estar contaminados com microrganismos perigosos ou químicos. Podem formar-se químicos tóxicos em alimentos estragados ou com bolor. Tenha atenção na escolha das matérias-primas e no cumprimento de práticas simples que podem reduzir o risco, tais como a lavagem e o descascar.



Organização Mundial de Saúde
Segurança Alimentar



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
Dr. Ricardo Jorge

Conhecimento = Prevenção

© Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Portugal)
Tradução permitida por Five Keys for Safer Food
© Organização Mundial de Saúde, 2011

FIGURA A5.1: Póster resumo da 5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura em Português.

Five keys to safer food



Keep clean

- ✓ Wash your hands before handling food and often during food preparation
- ✓ Wash your hands after going to the toilet
- ✓ Wash and sanitize all surfaces and equipment used for food preparation
- ✓ Protect kitchen areas and food from insects, pests and other animals

Why?
While most microorganisms do not cause disease, dangerous microorganisms are widely found in soil, water, animals and people. These microorganisms are carried on hands, wiping cloths and utensils, especially cutting boards and the slightest contact can transfer them to food and cause foodborne diseases.



Separate raw and cooked

- ✓ Separate raw meat, poultry and seafood from other foods
- ✓ Use separate equipment and utensils such as knives and cutting boards for handling raw foods
- ✓ Store food in containers to avoid contact between raw and prepared foods

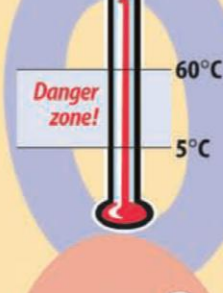
Why?
Raw food, especially meat, poultry and seafood, and their juices, can contain dangerous microorganisms which may be transferred onto other foods during food preparation and storage.



Cook thoroughly

- ✓ Cook food thoroughly, especially meat, poultry, eggs and seafood
- ✓ Bring foods like soups and stews to boiling to make sure that they have reached 70°C. For meat and poultry, make sure that juices are clear, not pink. Ideally, use a thermometer
- ✓ Reheat cooked food thoroughly

Why?
Proper cooking kills almost all dangerous microorganisms. Studies have shown that cooking food to a temperature of 70°C can help ensure it is safe for consumption. Foods that require special attention include minced meats, rolled roasts, large joints of meat and whole poultry.



Keep food at safe temperatures

- ✓ Do not leave cooked food at room temperature for more than 2 hours
- ✓ Refrigerate promptly all cooked and perishable food (preferably below 5°C)
- ✓ Keep cooked food piping hot (more than 60°C) prior to serving
- ✓ Do not store food too long even in the refrigerator
- ✓ Do not thaw frozen food at room temperature

Why?
Microorganisms can multiply very quickly if food is stored at room temperature. By holding at temperatures below 5°C or above 60°C, the growth of microorganisms is slowed down or stopped. Some dangerous microorganisms still grow below 5°C.



Use safe water and raw materials

- ✓ Use safe water or treat it to make it safe
- ✓ Select fresh and wholesome foods
- ✓ Choose foods processed for safety, such as pasteurized milk
- ✓ Wash fruits and vegetables, especially if eaten raw
- ✓ Do not use food beyond its expiry date

Why?
Raw materials, including water and ice, may be contaminated with dangerous microorganisms and chemicals. Toxic chemicals may be formed in damaged and mouldy foods. Care in selection of raw materials and simple measures such as washing and peeling may reduce the risk.

Knowledge = Prevention

Food Safety
World Health Organization

WHO SOLID FOS/05.1
Distribution: General
Original: English

FIGURA A5.2: Póster resumo da 5 Chaves para uma Alimentação Mais Segura em Inglês.

الوصايا الخمس لضمان مأمونية الغذاء

لماذا؟

حافظ على نظافتك

افصل بين الطعام النيء والطعام المطبوخ

اطبخ الطعام طبخاً جيداً

حافظ على إبقاء الطعام في درجة حرارة مأمونة

استعمل المياه المأمونة والمواد الغضائية المأمونة

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

لماذا؟

Referências bibliográficas dos anexos

1. Pottie K, Martin JP, Cornish S, Biorklund LM, Gayton I, Doerner F, et al. Access to healthcare for the most vulnerable migrants: a humanitarian crisis. *Conflict and Health* 2015; 9:16.
2. Organização das Nações Unidas. Convenção relativa ao estatuto dos refugiados. 1951. Disponível em: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf?view=1.
3. European Commission. European Commission makes progress on Agenda on Migration. Press Release. Brussels; 2015. Disponível em: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5039_en.htm.
4. European Commission. Refugee Crisis: European Commission takes decisive action. Press Release. Strasbourg; 2015. Disponível em: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5596_en.htm.
5. United Nations High Commissioner for Refugees. Handbook for Emergencies. Geneva; 2007. Disponível em: <http://www.unhcr.org/472af2972.pdf>.
6. WHO. The management of nutrition in major emergencies. Geneva; 2000.
7. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva; 2004.
8. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Minimum standards in food security and nutrition. Rugby; 2011. 139-238.
9. UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. Food and Nutrition Needs in Emergencies. 2002
10. UNHCR, WFP. Acute Malnutrition in Protracted Refugee Situations: A Global Strategy. UNHCR/WFP; 2006.
11. WFP, UNHCR. Guidelines for estimating food and nutritional needs in emergencies. 1997
12. UNHCR, WFP. Guidelines for Selective Feeding Programmes in Emergencies. 1999
13. Bilukha OO, Jayasekaran D, Burton A, Faender G, King'ori J, Amiri M, et al. Nutritional Status of Women and Child Refugees from Syria — Jordan, April–May 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2014; 63(29):638-9.
14. Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Burnham GG. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. *Conflict and Health* 2015; 9:12.
15. WHO, UNICEF. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2009

16. WHO. Growth reference data for 5-19 years. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>
17. WHO. Indicators for assessing Vitamin A Deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. 1996
18. Franchini B, Rodrigues S, Graça P, de Almeida M. A nova roda dos alimentos: um guia para a escolha alimentar diária. Nutricias. 2004; 4:55-56.
19. Seal A, Thurstans S. Derivation of nutrient requirements for disaster-affected populations: Sphere Project 2011. Food Nutr Bull. 2013; 34(1):45-51.
20. Teixeira D, Pestana D, Calhau Cao, Vicente L, Graça P. Alimentação e nutrição na gravidez. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. Disponível em: <http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/04/Alimentacao-e-nutricao-na-gravidez.pdf>.
21. World Health Organization Regional Office for Europe. Healthy Eating during Pregnancy and Breastfeeding. 2001
22. WHO, FAO, UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation (WHO Technical Report Series 935). 2007
23. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. . Geneva: World Health Organization; 1989.
24. WHO, UNICEF. HIV and infant feeding counselling tools: reference guide. World Health Organization; 2005.
25. WHO. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009
26. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e Nutrição do lactente. Acta Ped Port. 2012; 43(Supl II):S17-S40.
27. Toronto Public Health. Guide to Understanding Halal Foods. 2004. Disponível em: <http://www.utsc.utoronto.ca/~facilities/documents/GuidetoHalalFoods.pdf>.
28. Islamic Food and Nutrition Council of America (IFANCA). Halal Foodservice Kit. 2010. Disponível em: <http://www.ifanca.org/Assets/PopularLinks/HalalFoodserviceKit.pdf>
29. Silva SCG, Pinho JP, Borges C, Santos CT, Santos A, Graça P. Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável. Lisboa: Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção Geral da Saúde; 2015.
30. Gregório MJ, Santos MCT, Ferreira S, Graça P. Alimentação Inteligente - coma melhor, poupe mais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012.

31. WHO. Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide. World Health Organization; 2012.
32. Regulamento (CE) N.º 178/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de Janeiro de 2002, que determina os princípios e normas gerais da legislação alimentar, cria a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos e estabelece procedimentos em matéria de segurança dos géneros alimentícios. 2002
33. Regulamento (CE) N.º 852/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho de 29 de Abril de 2004, relativo à higiene dos géneros alimentícios. 2004
34. Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-Lei nº 113/2006 de 12 de Junho de 2006, Estabelece as regras de execução, na ordem jurídica nacional, dos Regulamentos (CE) n.ºs 852/2004 e 853/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril, relativos à higiene dos géneros alimentícios e à higiene dos géneros alimentícios de origem animal, respectivamente. Dr 113 - Série I - A .
35. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março de 2007, Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas. DR 52 - Série I.
36. FAO, WHO. Codex Alimentarius Commission CAC/RCP 1 - 1969, Rev 4. Recommended International Code of Practice - General Principles of Food Hygiene. 2003
37. Food Standards Agency. Food hygiene – a guide for businesses. 2013. Disponível em: <http://www.food.gov.uk/sites/default/files/multimedia/pdfs/publication/hygienebooklet.pdf>
38. OMS, INSA. Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura: manual. 2006
39. WHO. Mental health - Mental Health Publications: Psychological first aid: Guide for field workers. 2015
40. Borges L, Pocreau JB. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. Estudos de Psicologia (Campinas). 2012; 29(4)
41. Federação das Associações Europeias de Psicologia (EFPA). Refugees crisis: European Psychologists offering their expertise. 2015. Disponível em: <http://www.efpa.eu/news/refugees-crisiseuropean-psychologists-offering-their-expertise>.
42. Ordem dos Psicólogos. Crise dos Refugiados na Europa "Psicólogos europeus têm o dever de ajudar". 2015. Disponível em: <http://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1527>
43. Australian Psychological Society. Refugees and asylum seekers. Disponível em: <http://www.psychology.org.au/community/public-interest/refugees/>.

44. Foundation House - The Victorian Foundation for Survivors of Torture. Promoting Refugee Health: A guide for doctors, nurses and other health care providers caring for people from refugee backgrounds. 2012. Disponível em: http://refugeehealthnetwork.org.au/wp-content/uploads/PRH-online-edition_July2012.pdf.
45. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007. Disponível em: http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.
46. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, de Ridder H. International standards for anthropometric assessment. Lower Hutt, New Zealand: SAK; 2011.
47. WHO. Child growth standards. Weight for length/height. 2006. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_length_height/en/
48. WHO. Child growth standards. BMI-for-age. 2006. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/
49. WHO. Child growth standards. Arm circumference-for-age. 2006. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/ac_for_age/en/
50. WHO. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 2007





DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

