

Estrutura de higiene



Este documento define uma estrutura para a promoção da higiene e a mudança de comportamento nos países onde a WaterAid trabalha. Baseia-se na literatura actual sobre promoção da higiene e utiliza a nossa experiência no Sul da Ásia, na região do Pacífico e em África. Usa como base e substitui a *Política de Promoção da Higiene* (1999), da WaterAid, proporcionando orientação para os nossos programas nacionais, definindo princípios importantes e os compromissos mínimos para o nosso trabalho sobre a higiene. Também se destina a informar e a ajudar outras organizações que trabalham na higiene no contexto de programas de água, de saneamento e de higiene (WASH).

A preparação para esta estrutura foi liderada por Mara van den Bold, com contribuições significativas de Richard Carter e Erik Harvey, e forte apoio e orientação de Girish Menon. Os funcionários de quase todas as equipas regionais e programas nacionais da WaterAid no Sul da Ásia, na região do Pacífico e em África contribuíram de modo significativo partilhando os próprios conhecimentos e experiências. Os indivíduos que se seguem, em especial, contribuíram para o processo de consulta: Milly Akwi, Ferdinandes Axweso, Clarisse Baghnyan, Kitchinme Bawa, Om Prasad Gautam, Abdul Hafeez, Sulaiman Issah-Bello, Kuribachew Mamo, Gertrudis Noviana Mau, Wellington Mitole, Marko Msambazi, Sanjoy Mukherjee, Boyce Nyirenda, Sweta Patnaik, Pedro Pimentel, Joseph Pupe, Rindra Rakotojoelimaria, Nshuti Rugerinyange e Noella Urwibutso. Sue Cavill, Therese Mahon e Louisa Gosling proporcionaram feedback importante sobre as versões iniciais da estrutura, e Yael Velleman sobre a versão final. A Dra. Val Curtis (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Ingeborg Krukkert (Centro Internacional de Água e Saneamento da IRC) e o Dr Astier Almedom (Tufts University) serviram de revisores externos. Estas percepções e análise crítica foram extremamente valiosos.

Este documento deve ser citado como *WaterAid (2012) Estrutura de Higiene*. WaterAid, London, UK.

O documento encontra-se na secção de publicações no website da WaterAid – www.wateraid.org/publications.

Fotografia da capa: WaterAid/Zute Lightfoot

Crianças a lavar as mãos no ponto de lavagem de mãos da WaterAid junto do bloco de latrinas, Escola Primária de Juru, Sector de Juru, Ruanda

Índice

	Glossário	3
Parte 1	Contexto desta estrutura	7
	Introdução	7
	Finalidade desta estrutura	8
	Contextualização desta estrutura	8
	Adaptação estratégica	9
Parte 2	O que a WaterAid entende como promoção da higiene	11
	Termos e definições	11
	Porquê a higiene?	13
	A equidade e a inclusão na promoção da higiene	18
	Abordagens à promoção da higiene	23
	“Hardware” da promoção da higiene	30
	Monitorização e avaliação	31
Parte 3	Promoção da higiene na WaterAid	34
	História da promoção da higiene na WaterAid	34
	Promoção da Higiene nos programas nacionais da WaterAid	36
Parte 4	Promoção da higiene – princípios	40
	Planeamento e design	40
	Implementação	44
	Monitorização e avaliação	44
	Advocacia	45
	Resumo	46

Parte 5	Os compromissos mínimos da WaterAid	47
	Compromissos gerais	47
	Planeamento	47
	Design e implementação	48
	Monitorização e avaliação	49
	Aprendizagem	49
	Advocacia	50
	Notas finais e referências	51

Glossário

Estudo de linha de base	Um estudo levado a cabo antes da implementação de um programa, que proporciona informação sobre indicadores importantes, tais como cobertura e utilização de latrinas. A informação obtida por um estudo de linha de base proporciona informação para as actividades subseqüentes de monitorização e avaliação.
Criança a criança (CtC)	Uma abordagem de promoção da higiene com base na convicção de que as crianças podem ter grande influência em melhorar a saúde de terceiros, especialmente no que diz respeito a consciencializar a família sobre a higiene.
Saneamento total liderado pela comunidade (CLTS)	Saneamento total liderado pela comunidade, uma abordagem que usa a promoção do saneamento para levar a uma decisão colectiva da comunidade para rejeitar a defecação ao ar livre. As comunidades procuram conseguir o estatuto de Livre de Defecação ao Ar Livre (ODF). O CLTS na sua forma mais pura não recomenda ou subsidia tecnologias de saneamento específicas.
Alturas críticas	Em relação à lavagem de mãos, geralmente significa lavagem de mãos depois de defecar, de lidar com fezes das crianças ou de as limpar depois de defecarem, e antes de comer, de dar de comer às crianças, e de manusear alimentos ou água.
DALY	Disability adjusted life year (Ano de vida ajustado à deficiência): a soma dos anos de vida potenciais perdidos devido à mortalidade prematura e os anos de vida produtiva perdidos devido à deficiência ¹ .
Investigação formativa	Investigação levada a cabo antes da implementação dos programas para obter informação que pode ser usada para planear um programa de promoção da higiene.
Excreções	Fezes e urina.
Transmissão fecal-oral	A via pela qual os organismos que causam doenças (micróbios patogénicos) excretados nas fezes de seres humanos (ou animais) infectados entram no corpo humano através da boca. Esses organismos podem ser transportados das fezes para a boca através de dedos contaminados, alimentos, moscas, líquidos (por exemplo a água) ou solo (também designado “campos” no diagrama “F” – ver a Figura 5 na página 15).
Hardware	A infra-estrutura “dura” ou física (por exemplo latrinas ou instalações de tratamento de águas residuais) que possibilita a existência dos serviços de saneamento e das práticas de higiene.

Higiene	Práticas pessoais ou do agregado familiar que servem para evitar infecções e manter as pessoas e os meios ambientes limpos. Exemplos de práticas de higiene incluem lavagem de mãos, banhos, e gestão da água guardada nas casas, que visam preservar a limpeza e a saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a higiene como “as condições e práticas que ajudam a manter a saúde e a evitar que as doenças se espalhem” ² .
Educação sobre a higiene	Todas as actividades que visam dar a conhecer e transmitir informação sobre as ligações entre as práticas de higiene e a saúde.
Promoção da higiene	Abordagens sistemáticas para encorajar a adopção generalizada de práticas de higiene seguras com o fim de reduzir as doenças diarreicas e outras relacionadas com a água e o saneamento. A promoção da higiene concentra-se em elementos que determinam as mudanças de comportamento, que não estão necessariamente directamente relacionadas com os conhecimentos sobre as consequências para a saúde devido à falta de higiene ³ .
Morbidez	A incidência da falta de saúde.
ODF	Livre de Defecação ao Ar Livre – uma ambição nas abordagens de saneamento total.
Micróbio patogénico	Uma bactéria, vírus ou outro micro-organismo que pode causar doenças.
Metodologias participativas	A utilização de métodos, materiais e técnicas que encorajem a participação activa dos indivíduos num processo de grupo, independentemente da idade, sexo ou antecedentes económicos ou educacionais. As abordagens participativas têm como objectivo criar auto estima, facilitar as decisões e permitir que as pessoas aprendam umas das outras.
PHAST	Transformação participativa da higiene e do saneamento. Uma metodologia participativa planeada especificamente para o sector da água, do saneamento e da higiene, e usada nesse sector.
Saneamento	No sentido mais restrito da palavra, a eliminação segura ou reutilização de excreções humanas. Num sentido mais generalizado, é frequentemente mencionado como saneamento ambiental – gestão das excreções juntamente com a gestão dos desperdícios sólidos e das águas pluviais ⁴ .
SARAR	Auto estima, força associativa, responsabilidade, planeamento de acções e iniciativa. SARAR foi projectada como uma metodologia para o planeamento das acções da comunidade. Outras abordagens tais como PHAST baseiam-se nos princípios de SARAR.
Marketing social	Uma abordagem que usa princípios de marketing para conseguir benefícios sociais, tais como mudanças de atitude e de comportamento que se acha que são bons para a sociedade em geral ⁵ .

Software	Actividades que mobilizam os agregados familiares e as comunidades e estabelecem a infraestruturas “suave” necessária para o funcionamento dos serviços de água, de saneamento e de higiene (por exemplo os mecanismos institucionais e de governação necessários para manter um bom comportamento de higiene, tal como clubes de saúde da comunidade).
Sustentabilidade	As condições que levam a que os serviços ou práticas e os resultados dos mesmos continuem ao longo do tempo. Não há limite de tempo para estes serviços contínuos, mudanças de comportamento e resultados.
TSSM	Programa de Saneamento Total/Marketing de Saneamento do WSP.
Águas residuais	Água que já foi usada, desde as águas residuais às águas de lavagem.
WASH	Água, Saneamento e Higiene.
OMS	A Organização Mundial de Saúde.
WSP	O Programa de Água e de Saneamento do Banco Mundial.

WaterAid/GMB Akash/Panos



Millie, Presidente do Comité de WASH IDEA , Lakatoorah tea garden, Sylhet, Bangladesh



Pascal, que é portador de uma deficiência física, a lavar as mãos fora da nova latrina da família, Hambale, Chipenbele, Zâmbia

Parte 1

Contexto desta estrutura

Introdução

Os profissionais do sector de água e de saneamento reconhecem cada vez mais a importância da higiene para se conseguirem os maiores benefícios possíveis das melhorias feitas aos serviços de água e de saneamento. A quantidade cada vez maior de investigação destaca os impactos positivos que a prática de uma boa higiene pode ter sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, assim como os diversos benefícios sociais e económicos dessa prática.

No entanto, a higiene é frequentemente negligenciada no sector de água e de saneamento, assim como no sector da saúde. As razões possíveis para esta negligência incluem a dificuldade em mudar o comportamento das pessoas e o tempo necessário para o fazer; a dificuldade em medir o comportamento e as mudanças de comportamento; a natureza pessoal e privada dos comportamentos de higiene; e o facto de que a higiene está relacionada com condições ignoradas: doenças diarreicas e respiratórias – as duas maiores causas de morte infantil⁶. A dificuldade em medir o comportamento provavelmente também levou à falta de investimento na investigação sobre promoção da higiene e mudanças de comportamento⁷.

Não se adoptam automaticamente práticas seguras de higiene em seguida à provisão de serviços de água e de saneamento. Muito do êxito da adopção dos mesmos depende da compatibilidade dos serviços com as crenças e práticas existentes, assim como de factores psicológicos, condições ambientais e a disponibilidade de materiais de limpeza e “materiais de assistência à higiene”⁶. A investigação confirma que as motivações para as mudanças de comportamento não estão necessariamente directamente relacionadas com os benefícios para a saúde, mas sim com os benefícios que se obtêm de, por exemplo, um melhor estatuto social, conveniência, segurança, conforto, privacidade ou cheiros. Mesmo quando as pessoas têm conhecimento das ligações entre a saúde e praticar uma boa higiene, este conhecimento não se traduz automaticamente na adopção de práticas seguras de higiene⁸.

Portanto, é importante determinar o que motiva a adopção sustentada de práticas de higiene em diferentes contextos. No sector da água, do saneamento e da higiene (WASH), o termo “educação sobre higiene” está a ser gradualmente substituído com “promoção da higiene”, marcando um movimento de abordagens instrutivas que se centram na saúde para outras que tomam em conta factores motivacionais mais gerais e têm maior probabilidade de resultar em mudanças de comportamento permanentes.

Finalidade desta estrutura

Desde meados dos anos noventa que a WaterAid tem vindo a aumentar a ênfase que dá à higiene, juntamente com o trabalho no saneamento e na água, apesar dos níveis de experiência e de recursos dos funcionários terem variado⁹. Desde a elaboração da nossa *Política de promoção da higiene* em 1999, não se desenvolveu nenhuma estrutura ou estratégia a nível da organização para a promoção da higiene, e não se actualizaram as publicações anteriores. Usando como base a nossa *Política de promoção da higiene* e a nossa experiência subsequente, esta estrutura serve de documento estratégico de orientação para os programas nacionais da WaterAid à medida que desenvolvem ou refinam as abordagens à higiene. Define princípios importantes e compromissos mínimos para a promoção da higiene, nos quais se podem basear directivas práticas detalhadas e específicas aos contextos.

Os **objectivos** específicos desta estrutura são:

- Definir um entendimento comum dentro da WaterAid do que é a promoção da higiene e a terminologia com ela relacionada.
- Destacar a importância da promoção da higiene nos programas e políticas de água e de saneamento.
- Dar uma visão geral das abordagens de promoção da higiene usadas nos programas nacionais da WaterAid
- Delinear os princípios essenciais e compromissos mínimos para o trabalho de promoção da higiene da WaterAid.

A composição da **estrutura** é a seguinte:

- A Parte 1 proporciona os antecedentes da estrutura.
- A Parte 2 proporciona uma visão geral da literatura existente sobre a promoção da higiene
- A Parte 3 contém uma história breve e a visão geral do trabalho da WaterAid relacionado com a higiene.
- A Parte 4 define os princípios essenciais para os programas nacionais sobre a promoção da higiene, no âmbito da estrutura do ciclo do programa.
- A Parte 5 delinea os compromissos mínimos da WaterAid para o trabalho de promoção da higiene – que constituem a política da WaterAid sobre promoção da higiene.

Contextualização desta estrutura

A Figura 1 ilustra como um documento de estrutura como este se situa no âmbito da *Estratégia Global de 2009-2015* da WaterAid¹⁰. Os compromissos mínimos identificados nesta estrutura e noutros documentos de estruturas incluem as declarações das políticas mais detalhadas da WaterAid. Uma orientação detalhada e estratégias específicas ao contexto no que diz respeito à implementação do trabalho de promoção da higiene encontram-se mais “abaixo” de estruturas como esta.

Figura 1 – Estruturas e outros documentos da WaterAid



Este documento deve ser usado juntamente com as seguintes estruturas, políticas e directivas da WaterAid:

- Directivas e políticas nacionais sobre a qualidade da água.¹¹
- *Estrutura de equidade e inclusão*¹²
- *Estrutura de sustentabilidade*¹³
- Notas de orientação sobre a contagem de utentes e inquéritos pós-intervenção
- *Estrutura de saneamento*¹⁴
- *Estrutura urbana*¹⁵
- *A higiene menstrual tem importância: Um recurso para melhorar a higiene menstrual em todo o mundo*¹⁶
- *Estrutura de segurança hídrica*¹⁷
- *Estrutura de gestão de desastres*¹⁸

Adaptação estratégica

A **visão** da WaterAid é de um mundo onde toda a gente tem acesso à água segura e ao saneamento. Reconhecemos que o aumento do acesso sustentável e equitativo à água segura e ao saneamento tem que ser acompanhado de boas práticas de higiene. As boas práticas de higiene são essenciais para a eficácia dos serviços de água e de saneamento, e portanto para os objectivos e indicadores estratégicos delineados na *Estratégia Global de 2009-2015*¹⁰ da WaterAid.

A *Estratégia Global de 2009-2015* da WaterAid identifica **quatro objectivos globais**:

- 1 Promover e assegurar os direitos e o acesso das pessoas pobres à água segura, à higiene melhorada e ao saneamento trabalhando com organizações parceiras para proporcionar serviços e garantir que as vozes das comunidades são ouvidas nos processos de tomada de decisões.
- 2 Apoiar os governos e os provedores de serviços no desenvolvimento das capacidades para proporcionar água segura, higiene melhorada e saneamento, assegurar melhor financiamento, governação e gestão do sector para uma provisão de serviços de WASH equitativa e sustentável.
- 3 Defender a função essencial da água segura, de uma melhor higiene e do saneamento no desenvolvimento humano através do trabalho de advocacia com base na evidência para dar destaque ao perfil de WASH noutros sectores, especialmente na saúde e na educação.
- 4 Desenvolver-nos ainda mais como uma organização global eficaz reconhecida como líder no nosso campo e por vivermos os nossos valores melhorando a nossa investigação e aprendizagem.

A importância da higiene é destacada através dos nossos quatro objectivos. Vemos a promoção da higiene como uma parte essencial para todo o nosso trabalho e comprometemo-nos a contribuir para fazer progredir a investigação sobre as mudanças de comportamento. Finalmente, ao trabalharmos com intervenientes importantes do sector e que não são do sector, levando a cabo investigação e apoiando uma provisão de serviços integrados, ambicionamos ver um mundo onde toda a gente pode praticar boa higiene.

Os **indicadores estratégicos do desempenho** da WaterAid, desenvolvidos em 2010 como um modo de medir o progresso na nossa *Estratégia Global*, incluem um indicador sobre a higiene. Este indicador concentra-se em identificar a percentagem de “pessoas pobres que praticam um comportamento sustentado de higiene melhorada”¹⁹, desagregado por género, deficiência, idade e VIH/SIDA (notando que a viabilidade vai ter que ser avaliada quando a metodologia de medição tiver sido refinada). Apesar de se demonstrar assim o compromisso da WaterAid para com a promoção da higiene e para conseguir mudanças sustentadas de comportamento, é necessário melhorar as metodologias para recolher e harmonizar os dados e os indicadores (substitutos)²⁰. Esta estrutura reconhece a necessidade de uma quantidade substancial de investigação adicional sobre a higiene e a monitorização da higiene, e deve ser tratada como um documento “em progresso” que será revisto e modificado ao longo do tempo.

Parte 2

O que a WaterAid entende como promoção da higiene

Esta parte proporciona uma visão geral da literatura actual sobre promoção da higiene, e define o contexto para as Partes 3, 4 e 5.

Termos e definições

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a higiene como “as condições e práticas que ajudam a manter a saúde e a evitar que as doenças se espalhem”². Na *Estrutura de Saneamento*, da WaterAid, define-se a higiene como “práticas pessoais e dos agregados familiares tal como lavagem de mãos, banhos e gestão da água armazenada em casa, que se destinam a preservar a limpeza e a saúde”⁴.

Há diversas categorias de comportamentos de higiene que têm impacto significativo sobre a transmissão de doenças relacionadas com a água e o saneamento. São:

- Eliminação segura de excreções humanas (incluindo as das crianças e dos bebés).
- Protecção e utilização de fontes de água (desde a fonte de água ao transporte, armazenamento e “ponto de utilização”).
- Higiene pessoal (lavagem de mãos com sabão em alturas críticas²¹, assim como o corpo, viso e roupa).
- Higiene alimentar (cozinhar, lavar, armazenar e evitar contaminação transversal).
- Higiene doméstica e ambiental (eliminação de desperdícios sólidos e excreções animais, controlo de águas residuais e água da chuva, limpeza da casa e cercanias)²².

A higiene lida com o comportamento; mudar as práticas de higiene significa mudar o comportamento. A investigação demonstra que as mudanças de comportamento não se devem necessariamente ao conhecimento das possíveis repercussões negativas de uma prática (por exemplo, o conhecimento de que não lavar as mãos pode ter implicações para a saúde) também depende do contexto – as convicções, atitudes e oportunidades dos indivíduos e das sociedades.

Promoção da higiene em comparação com educação sobre a higiene

O sector de água e de saneamento está gradualmente a afastar-se do termo “educação sobre a higiene”. A educação sobre a higiene trata de melhorar os conhecimentos das pessoas dando-lhes a conhecer as ligações entre as boas práticas de higiene e a saúde. Tem como base a convicção de que ensinar as pessoas como as doenças se espalham irá resultar em mudanças de comportamento para melhor.

No entanto, as motivações para as mudanças de comportamento não estão necessariamente directamente relacionadas com os benefícios para a saúde. Podem estar mais estreitamente relacionadas com “cuidados (a necessidade de proteger as crianças), afiliação (a necessidade de se adaptarem a uma família ou grupo, evitar disputas), conforto (conveniência, tempo, clima, privacidade), atrair terceiros (orgulho, limpeza, conseguir mais votos, atrair noivas ou noivos), aversão pelo comportamento anterior (defecação ao ar livre), dignidade e responsabilidade, economia (poupa dinheiro, faz dinheiro), e convicções culturais existentes”²³.

Os programas de educação sobre a higiene – sejam participativos ou didácticos – nem sempre se baseiam e se ligam eficazmente às convicções e práticas existentes, daí a crítica de que “há poucas provas de que as abordagens educacionais são eficazes, seja nos países em desenvolvimento ou nos países desenvolvidos”²⁴.

A **promoção** da higiene” é um conceito muito mais vasto do que a educação sobre a higiene. Refere-se às “abordagens sistemáticas para encorajar a adopção generalizada de práticas seguras de higiene com o fim de reduzir as doenças diarreicas e outras relacionadas com a água e o saneamento”²⁵. Baseia-se no que as pessoas sabem, fazem e querem, e portanto concentra-se em identificar motivações para as mudanças de comportamento com base nas práticas e convicções existentes²⁶. Ao identificar os factores que dão impulso às mudanças e encontrando modos de os activar, a promoção eficaz de higiene reduz os principais comportamentos e práticas arriscadas de higiene entre os principais grupos visados.



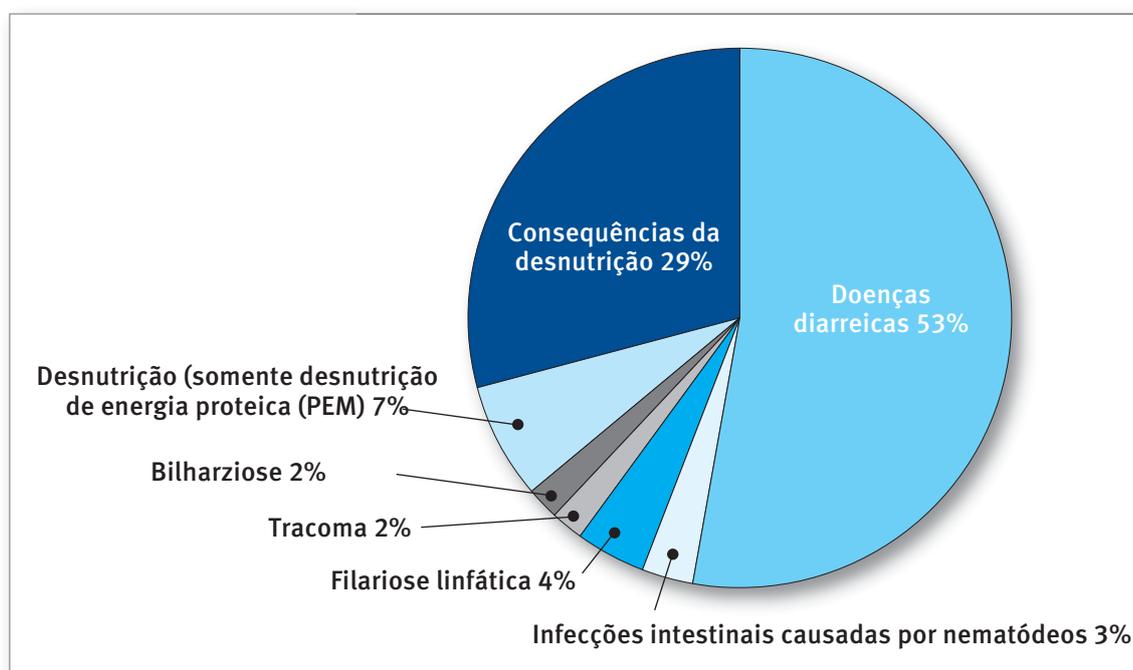
Alo Rani Mondal (centro), uma promotora da higiene no bairro degradado de Kalshi Takar Baa, Dhaka, Bangladesh

Porquê a higiene?

Doença

O acesso à água segura, ao saneamento e a boas práticas de higiene tem uma função importante para a redução das doenças. A nível global, melhorar WASH tem o potencial de evitar pelo menos 9,1% da carga de doenças (em anos de vida ajustados à deficiência, ou DALYs¹) ou 6,3% de todas as mortes (estatísticas de 2008)²⁷. Do peso total de falta de saúde evitável devido a melhoramentos em WASH, mais de metade deve-se às doenças diarreicas (Figura 2). As doenças diarreicas também contribuem para a desnutrição, fazendo com que as pessoas (especialmente as crianças) fiquem mais susceptíveis a outras doenças. Outras doenças associadas à falta de WASH incluem a bilharziose, tracoma, helmintoses transmitidas pelo solo e doença intestinal tropical²⁸.

Figura 2 – Contribuições globais (em DALYs) das doenças para o peso total de falta de saúde que se pode evitar com melhorias em WASH (dados de 2008)²⁹



Diarreia

Apesar de nem **totalmente** a diarreia ser causada por falta de WASH, as doenças diarreicas representam uma grande parte do peso de doenças de WASH, uma vez que os micróbios patogénicos que estão associados às doenças diarreicas são transmitidos principalmente através da via fecal-oral.

Vale a pena tomar nota das estatísticas que se seguem:

- As doenças diarreicas matam aproximadamente 1,8 milhões de pessoas por ano³⁰.
- Entre as doenças infecciosas, a diarreia está classificada como a terceira principal causa tanto de mortalidade como de morbidez, depois das infecções respiratórias e do VIH/SIDA³⁰.

As crianças jovens são especialmente afectadas:

- As crianças jovens carregam com 68% do peso total das doenças diarreicas³⁰.
- A nível global há aproximadamente 2,5 mil milhões de casos de diarreia entre as crianças com menos de cinco anos todos os anos. Cerca de 80% destes casos encontram-se na África e no Sul da Ásia (Figura 3)³¹.

- A diarreia é a segunda causa mais comum da morte de crianças com menos de cinco anos a nível global³⁰, e desde 2010, é a causa mais comum da morte de crianças com menos de cinco anos na África ao Sul do Saara³².
- Quase uma em cada cinco mortes de crianças se deve à diarreia, cerca de 1,5 milhões de vidas perdidas por ano. Este número é mais elevado do que o número de mortes causadas por SIDA, malária e sarampo **combinados**.
- Somente 15 países são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes anuais causadas por diarreia de crianças com menos de cinco anos (Figura 4)³³.

Figura 3 – Mais de 80% das mortes infantis devidas à diarreia ocorrem em África e no Sul da Ásia⁴⁰

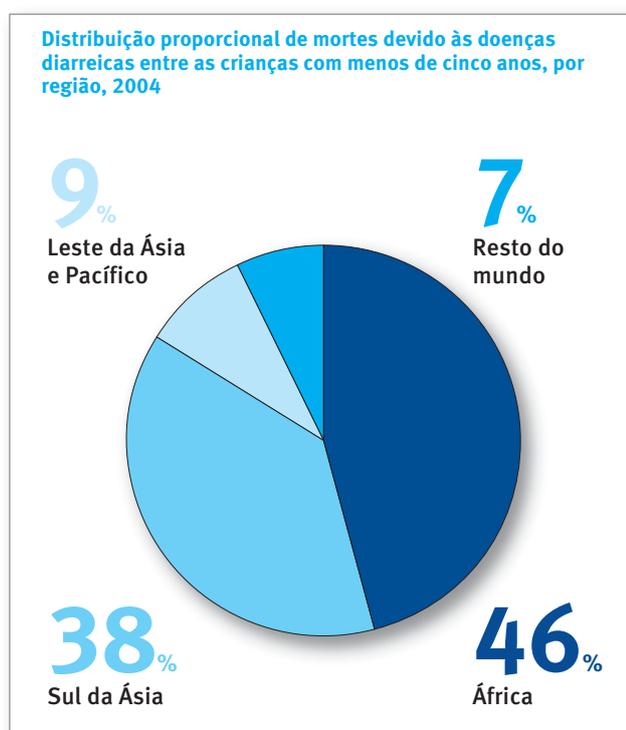


Figura 4 – Quase três quartos das mortes infantis que se devem à diarreia ocorrem em apenas 15 países³⁴

Clas	País	Número total de mortes infantis anuais devido à diarreia
1	Índia	386.600
2	Nigéria	151.700
3	República Democrática do Congo	89.900
4	Afeganistão	82.100
5	Etiópia	73.700
6	Paquistão	53.300
7	Bangladesh	50.800
8	China	40.000
9	Uganda	29.300
10	Quênia	27.400
11	Níger	26.400
12	Burkina Faso	24.300
13	Tanzânia	23.900
14	Mali	20.900
15	Angola	19.700

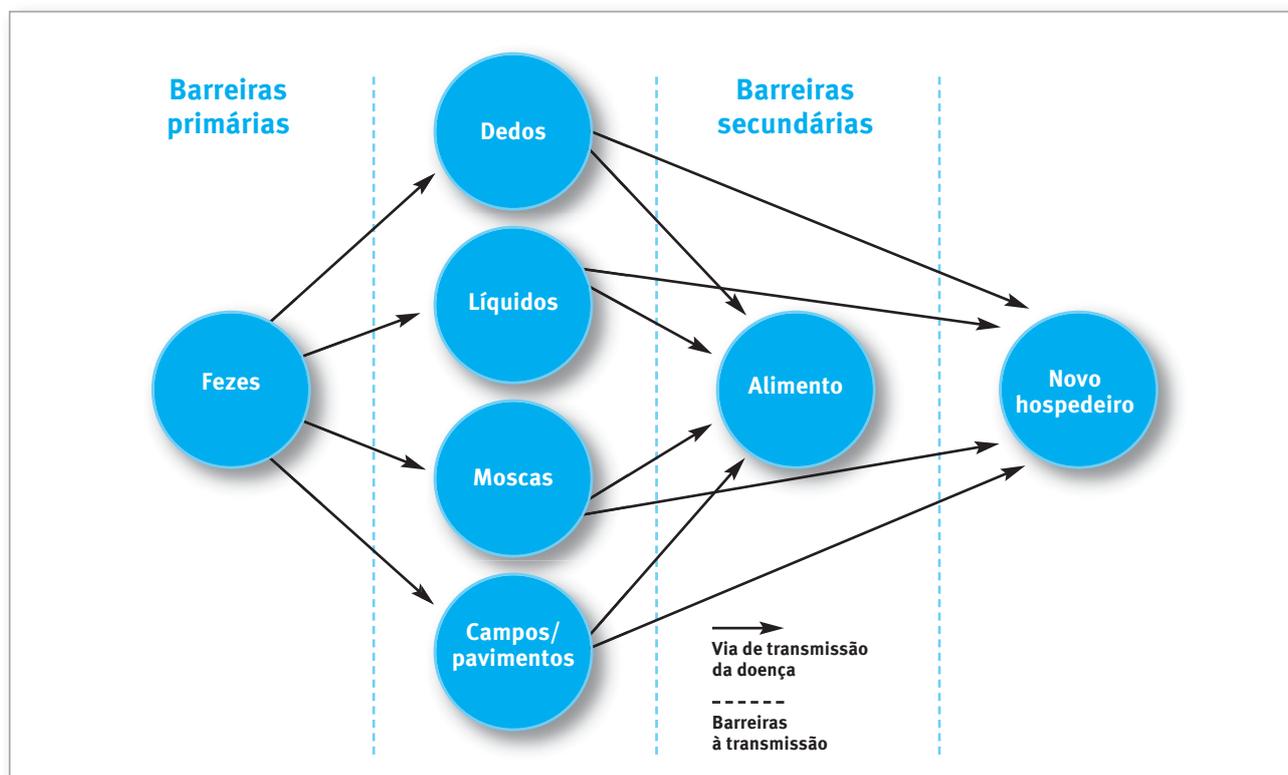
Morbidez e mortalidade devido à diarreia

A ameaça imediata devida à diarreia é a desidratação e perda de fluidos e electrólitos. Apesar de intervenções como a terapia oral de reidratação (ORT) terem diminuído significativamente a taxa de **mortalidade** associada com as doenças diarreicas, a taxa de **morbidez** não foi necessariamente reduzida. As doenças diarreicas também não permitem o consumo normal de alimentos e a absorção de nutrientes, levando a um crescimento e funcionamento físico e mental debilitados, e a um risco maior de contrair infecções. Também levam a uma enorme carga económica em termos de despesas de saúde e tempo perdido na escola ou no trabalho³⁰.

Transmissão fecal-oral

Na maior parte dos casos, as doenças diarreicas são espalhadas por organismos que causam doenças (micróbios patogênicos) que se encontram nas fezes humanas e/ou animais. O mecanismo de transmissão mais comum destes organismos, das excreções para um hospedeiro, é a **transmissão fecal-oral**. A Figura 5 dá uma representação visual das vias de transmissão pelas quais o material fecal pode ser ingerido, e modos de o evitar.

Figura 5 – O diagrama F da transmissão das doenças³⁵



As principais vias de transmissão são através de: dedos, líquidos, moscas, campos/pavimentos e alimentos (os cinco Fs em inglês). Os micróbios patogênicos fecais podem chegar a um novo “hospedeiro” e ser ingeridos através de uma destas vias. Por exemplo, podem contaminar a água que é subsequentemente usada para beber ou na preparação dos alimentos. As moscas que aterram nas fezes podem transportar os micróbios patogênicos para os locais onde os alimentos estão a ser preparados e/ou consumidos. O solo com material fecal pode ser levado para dentro de casa pelos animais ou seres humanos e sem se saber ser depositado em locais onde a comida é preparada ou as crianças brincam.

O modo mais eficaz de reduzir a transmissão das doenças é estabelecendo “barreiras primárias” e “barreiras secundárias” que não permitem aos micróbios patogênicos entrar no ambiente ou de outro modo alcançarem novos hospedeiros³⁶.

As quatro setas que têm como origem as fezes no lado esquerdo representam as vias primárias usadas pelos organismos infecciosos para entrar no meio ambiente. As barreiras primárias impedem que isso aconteça. Essas barreiras incluem:

- A eliminação de fezes de “tal modo que sejam isoladas de todo o contacto humano futuro (usando latrinas, esgotos e enterrando-as).
- [A] remoção de traços de material fecal das mãos depois de contacto com excreções (ou seja lavagem de mãos depois de se ir à casa de banho).”³⁷

As barreiras secundárias são as práticas de higiene que impedem os micróbios patogênicos que entraram no meio ambiente nas fezes ou nas mãos de se multiplicarem e chegarem a novos hospedeiros”³⁷. Incluem:

- Lavar as mãos antes de preparar alimentos ou de comer.
- Preparar, cozinhar, armazenar e reaquecer comida de modo a evitar a sobrevivência e a multiplicação dos micróbios patogênicos.
- Proteger as provisões de água dos contaminantes fecais, e usar tratamentos de água tais como ferver a água ou usar cloro.
- Manter os espaços domésticos livres de material fecal.

Benefícios das boas práticas de higiene.

As intervenções de água e de saneamento contribuem para evitar a transmissão das doenças de diversos modos. Por exemplo, a eliminação segura de fezes é uma barreira primária para evitar que as fezes contaminem o meio ambiente. As latrinas de fossa, usadas tanto pelos adultos como pelas crianças, podem reduzir a diarreia em 36% ou mais³⁸. Por outro lado, pode associar-se uma melhor qualidade e quantidade de água com até 20% de redução da diarreia³⁹.

No entanto, apesar da provisão de um melhor abastecimento de água e de instalações de saneamento facilitarem as boas práticas de higiene, por si sós não são suficientes para diminuir significativamente as taxas de morbidez e de mortalidade. Conforme demonstrado pelas estatísticas que se seguem, as boas práticas de higiene são de importância crítica uma vez que têm maior impacto sobre a saúde e asseguram a utilização higiênica e a manutenção das instalações⁴⁰.

- A lavagem de mãos com sabão em alturas críticas, especialmente antes de comer e depois de contacto com excreções, pode reduzir as doenças diarreicas em até 47%⁴¹, e a prevalência de infecções oculares como o tracoma e a conjuntivite em aproximadamente 45%, e as infecções respiratórias em cerca de 20%^{42, 43}.
- As boas práticas de higiene também podem reduzir a prevalência de infecções respiratórias, de infecções da pele, do tracoma que causa cegueira, de endoparasitas como as lombrigas e ancilostomas, e ectoparasitas como sarna e pulgas^{44, 45}. Sabe-se que as práticas de higiene durante o parto e pós-parto (o período imediatamente depois do parto), particularmente a lavagem de mãos com sabão ou equivalente, reduzem a mortalidade dos recém-nascidos⁴⁶.
- Lavar o rosto e o corpo reduz o risco de tracoma e infecções da pele (apesar de haver menos investigação sobre este assunto).
- A falta de higiene alimentar (particularmente os alimentos usados no desmame) tem sido mencionada como um grande factor que contribui para a diarreia nos locais de baixos rendimentos^{47, 48}.
- Evitar que as crianças entrem em contacto com fezes animais e manter as superfícies do agregado familiar limpas, assim como controlar as moscas, também irá diminuir o risco de doenças.

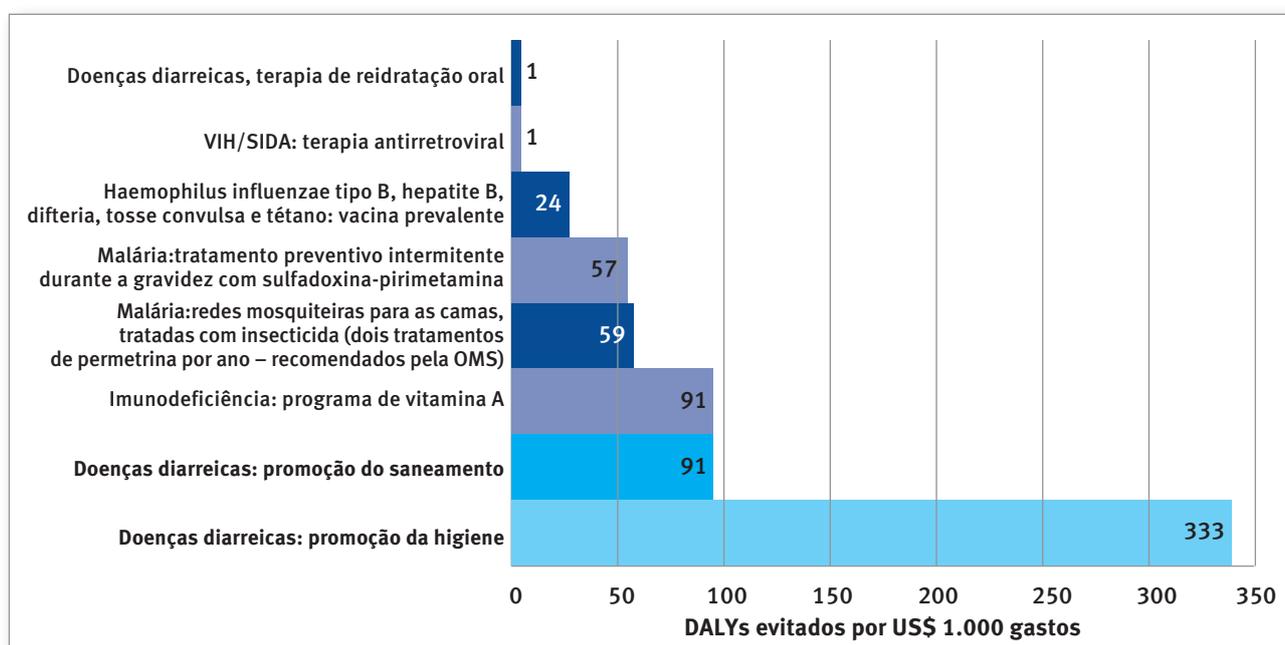


Rali Barik, lavando as mãos com água limpa de um poço tubular, Lakatoorah tea garden, Sylhet, Bangladesh

Rentabilidade da promoção da higiene

Provou-se que a carga das doenças atribuídas à falta de água, de saneamento e de higiene é extremamente dispendiosa para os agregados familiares e os sistemas de saúde. As despesas de saúde calculam-se em aproximadamente US\$340 milhões a nível global para os agregados familiares sem provisão de água ou de saneamento, e aproximadamente US\$7 mil milhões para os sistemas nacionais de saúde⁴⁹. De todas as intervenções de WASH, a promoção da higiene tem sido particularmente eficaz na redução da mortalidade e da morbidez devido à diarreia infantil, e tem sido identificada como a intervenção de controlo de doenças mais economicamente eficiente (Figura 6). O Projecto das Prioridades de Controlo das Doenças do Banco Mundial/OMS calculou que a rentabilidade da promoção da higiene é de US\$3,35 por perda de DALY evitada, seguida pelo saneamento em US\$11,15 por perda de DALY evitada, em comparação com as despesas muito mais elevadas da terapia de reidratação oral e imunização disseminada⁵⁰.

Figura 6 – Rentabilidade das intervenções para a sobrevivência infantil⁵¹



Para além do mais, a investigação feita pela OMS indica uma forte ligação entre “as baixas taxas iniciais de mortalidade infantil e o crescimento económico mais elevado, [sugerindo que] o crescimento económico é mais elevado nos países com taxas iniciais de mortalidade infantil mais baixas”, e que “um aumento de 10 anos na expectativa média de vida ao nascer se traduz num aumento de 0,3-0,4% de crescimento económico por ano”⁵², indicando uma forte associação entre melhor água, saneamento e higiene e rendimentos económicos (no entanto, é uma correlação e não uma causalidade).

A equidade e a inclusão na promoção da higiene

Os programas de promoção da higiene adoptam formatos diferentes dependendo do contexto. No entanto, é importante que todos os programas sejam inclusivos, ou seja relevantes e acessíveis a todos os membros da sociedade. A página que se segue inclui exemplos de grupos ou circunstâncias particulares para os quais a higiene é particularmente importante, com base nas experiências dos programas nacionais da WaterAid e dos parceiros da mesma. Não se destina a ser uma visão geral abrangente, mas sim um modo de destacar alguns dos grupos mais vulneráveis ou de risco.

Crianças de idade escolar

As escolas podem ser centros de transmissão das doenças fecais-oriais, o que pode ter impactos prejudiciais sobre o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças. Segundo a OMS, as crianças de idade pré-escolar e escolar são particularmente vulneráveis a infecções com lombrigas e nematódeos, que, juntamente com outras doenças relacionadas com a água e o saneamento, incluindo a diarreia, podem ter como resultado ausências significativas da escola⁵³.

No entanto, as escolas também podem ter uma função importante para a promoção da higiene. As mensagens sobre a higiene nos currículos escolares, actividades de assistência social aos desfavorecidos na comunidade e clubes de saúde na escola podem ter um papel importantíssimo para promover as boas práticas de higiene, juntamente com a provisão de saneamento e água potável seguros. Quando as crianças são incluídas nos programas como participantes activos, podem tornar-se poderosos agentes de mudança nos próprios agregados familiares e nas comunidades, transmitindo mensagens sobre as boas práticas de higiene. Como futuras gerações de adultos, as crianças também são importantes para assegurar a sustentabilidade das mudanças de comportamento⁵⁴.

As abordagens de promoção da higiene **Criança a criança** e **criança a comunidade** reconhecem a responsabilidade que as crianças têm frequentemente nos países em desenvolvimento de cuidar de irmãos mais novos, e portanto o papel que podem ter para influenciar os irmãos e outros membros da família para que adoptem práticas de higiene mais seguras.



O comité da escola no Liceu de Luvela em frente da “parede das conversas”, uma ferramenta de promoção da higiene, na aldeia de Mambwe, distrito de Itemba, província de Luapula, Zâmbia.

Gestão da higiene menstrual

A investigação sobre a gestão da higiene menstrual indica que instalações inadequadas para lavar e eliminar os materiais de higiene menstrual podem ter implicações graves para a saúde das mulheres e das raparigas, e afectam as taxas de frequência escolar⁵⁵. Os programas de promoção da higiene devem portanto incluir um elemento de “produção de acesso fácil e económico a pensos higiénicos e produtos relacionados, e à eliminação segura e digna dos mesmos depois de serem utilizados” assim como a adaptações para a construção e design de latrinas que ajudem as mulheres e as raparigas a gerir melhor a própria higiene e em privacidade suficiente durante a menstruação⁵⁶. É importante que sejam definidos em contexto para garantir que são apropriados de um ponto de vista cultural e que incorporam as crenças e atitudes sobre a menstruação⁵⁷.

Os ambientes escolares que não são “amigáveis” para as raparigas caracterizam-se por:

- Falta de latrinas, ou dependência de latrinas que são inadequadas em termos de qualidade, design, segurança, privacidade ou número.
- Falta de provisão de água limpa dentro das latrinas para lavar as mãos e os panos.
- Falta de mecanismos de eliminação apropriados.
- Falta de uma área adequada e segura para a lavagem.

Estes ambientes, seja nas escolas ou noutros locais públicos ou privados, podem impedir de modo significativo a capacidade das mulheres e das raparigas de praticar uma higiene apropriada durante o ciclo menstrual. Para além do mais, os tabus que rodeiam a menstruação têm que ser desafiados de modo a que se transformem num assunto que possa ser discutido abertamente por toda a gente, e ensinado nas escolas.

A WaterAid elaborou um recurso detalhado de gestão da higiene menstrual¹⁶ em colaboração com a UNICEF, SHARE e a Save the Children, que reúne as boas práticas sobre o apoio à gestão da higiene menstrual, proporciona informação para profissionais de diversos sectores sobre a integração da higiene menstrual no próprio trabalho, e oferece orientação para os profissionais do sector de WASH colaborarem sobre a questão, assim como na advocacia.

Promoção da higiene para os homens

A higiene é frequentemente considerada como fazendo parte do domínio das mulheres e das raparigas. No entanto, os homens, as mulheres, as raparigas e os rapazes têm necessidades diferentes no que diz respeito à higiene e têm funções diferentes em relação à promoção das mudanças de comportamento dentro das famílias e das comunidades. Como os homens são frequentemente quem toma as decisões e quem controla as finanças dos agregados familiares, é essencial que estejam envolvidos em apoiar as parceiras e as crianças a mudar de comportamento. No entanto, frequentemente, os programas só pedem resultados com base nos impactos sobre as mulheres e as crianças, e em geral há falta de conhecimento das ferramentas que visam os homens. Questões como identificar o que motiva os homens, como e onde podem ser visados, como se podem encontrar recursos para a inclusão dos homens nos programas de promoção da higiene, e que apoio se pode proporcionar aos dinamizadores de saúde e de saneamento (HSFs), são importantes. A organização não governamental (ONG) Nepal Water for Health (NEWAH) foi uma das primeiras organizações a incluir especificamente os homens nos programas de promoção da higiene⁵⁸. As lições aprendidas dessa organização e de outras podem fazer progredir a inclusão eficaz dos homens nos programas de promoção da higiene, e conseguir mudanças de comportamento relacionadas com a higiene, positivas e sustentáveis.

Pessoas que vivem com VIH/SIDA⁵⁹

A higiene é de importância crítica para as pessoas que vivem com VIH/SIDA assim como para as famílias e pessoas que cuidam dos doentes. As infecções mais comuns contraídas pelas pessoas que vivem com VIH/SIDA são a diarreia e as doenças de pele. O risco de contrair estas doenças pode ser reduzido com boas práticas de higiene tais como lavagem de mãos com sabão, ou uma alternativa aceitável em alturas importantes, e lavar a cara e o corpo.

O acesso à água e ao saneamento para as pessoas que vivem com VIH/SIDA é essencial, uma vez que a necessidade que têm de água é frequentemente mais urgente, tanto em termos de quantidade como de qualidade. A água de beber segura é essencial para tomar medicamentos, e os medicamentos antirretrovirais dependem de pelo menos 1,5 litros de água segura todos os dias, assim como de nutrição suficiente para serem eficazes. Por outro lado, se uma mãe não puder amamentar um bebé por ser VIH positiva, é importante ter água potável limpa e manusear a água de modo seguro para a alimentação da criança.

As pessoas que vivem com VIH/SIDA encontram-se frequentemente em posição mais vulnerável uma vez que necessitam de cuidados, são mais susceptíveis a infecções, e podem não ser capazes de participar em actividades rentáveis. O estigma associado com o VIH/SIDA pode causar marginalização e exclusão adicionais. As raparigas e as mulheres são desproporcionadamente afectadas pela epidemia de VIH/SIDA uma vez que são frequentemente quem cuida das pessoas que vivem com VIH/SIDA ou dos órfãos de SIDA.

Pessoas portadoras de deficiência e pessoas mais idosas

As instalações e os comportamentos de higiene são de importância crítica para as pessoas que vivem com deficiência e para as pessoas idosas. A falta de higiene pode causar deficiência (por exemplo, tracoma por não se lavar a cara), e estas pessoas são frequentemente susceptíveis a infecções. Também podem não ter acesso a materiais de promoção da higiene, ou serem excluídas das actividades da comunidade devido a estigmas. Portanto, os programas de promoção da higiene têm que prestar atenção e incluir as necessidades e as preferências das pessoas portadoras de deficiência e das pessoas idosas, e devem reconhecer a marginalização frequentemente enfrentada por estes grupos com o fim de assegurar que todas as pessoas podem praticar higiene segura e terem acesso e usarem as instalações de modo higiénico. As actividades de promoção de higiene devem ser acessíveis a todas as pessoas e incluir mensagens sobre o estigma assim como sobre o modo como a higiene pode contribuir para a prevenção das deficiências. As pessoas que cuidam de doentes ou portadores de deficiência devem estar particularmente envolvidas nestes programas.

Promoção da higiene em situações de emergência

Em situações de emergência, a água, o saneamento e o bom comportamento de higiene são frequentemente afectados durante períodos de tempo prolongados ou curtos. Em seguida aos desastres naturais (desastres que iniciam lentamente como as secas ou desastres rápidos como os ciclones ou tremores de terra) ou os desastres causados pelos seres humanos (por exemplo, agitação política), as pessoas afectadas ficam geralmente muito mais vulneráveis às doenças e à morte devido às doenças (mais significativamente diarreicas), que se relacionam frequentemente com o saneamento, a água pouco segura e a falta de higiene. Como parte integral dos programas de emergência de provisão de água e de saneamento, a promoção da higiene é particularmente importante nessas situações com o fim de reduzir a propagação das doenças.

O Projecto Sphere identificou padrões mínimos e indicadores e directivas associados para a água, o saneamento e a promoção da higiene em contextos de emergência, definidos em *The Sphere Handbook (Manual Sphere)*⁶⁰. A norma para a promoção da higiene pede que “todas as instalações e recursos proporcionados reflectam as vulnerabilidades, necessidades e preferências da população afectada [e que] os utentes sejam envolvidos na gestão e manutenção das instalações de higiene quando apropriado”⁶¹. A próxima *Estrutura de Gestão dos Desastres*⁶² da WaterAid irá proporcionar informação adicional sobre a promoção da higiene em situações de emergência.

Outros grupos em situação de risco

Outros grupos podem encontrar-se em particular situação de risco dependendo do contexto, e podem existir outras situações específicas. O design dos programas tem que ter este factor em conta. Exemplos de grupos em situação de risco incluem as populações transientes (tais como as pastoralistas), mães, crianças com menos de cinco anos, as pessoas com antecedentes religiosos ou étnicos diferentes, e as crianças que não vão à escola. Os canais de comunicação mais eficazes para colaborar com estes grupos vão variar, e podem incluir, por exemplo, promoção da higiene em clínicas e outros espaços públicos.

Para além do mais, o design de programas de promoção da higiene será provavelmente diferente dependendo de se os programas são levados a cabo em contextos urbanos, rurais, de cidades pequenas, peri-urbanos ou outros. Os canais de comunicação e as ferramentas irão variar para se dirigirem à densidade e à dimensão populacional, mas também em relação aos níveis de conhecimentos, acessibilidade aos materiais relacionados com a higiene (por exemplo pensos higiénicos, panos ou sabão), padrões das povoações, práticas arriscadas e padrões de doenças.



WaterAid/GMB Akash/Panos

Debashish, filho da presidente do comité de WASH Geeta Guala, joga um jogo de promoção da higiene com os amigos, Lakatoorah tea garden, Sylhet, Bangladesh

Abordagens à promoção da higiene⁶³

Há modos diferentes de desenvolver e implementar um programa de promoção da higiene. Hoje em dia compreende-se que educar as pessoas para que pratiquem boa higiene porque tem benefícios para a saúde geralmente não irá resultar em mudanças de comportamento sustentadas. Ter conhecimento das ligações entre a higiene e a saúde em muitos casos não é suficiente para mudar o comportamento das pessoas. Portanto, as actividades de promoção da higiene têm que se basear nos principais impulsos para as mudanças de comportamento, quaisquer que possam ser numa determinada comunidade ou região (por exemplo, estatuto, educação ou privacidade).

Em geral, as abordagens de promoção da higiene dividem-se em dois grupos:

- Participativa, abordagens de “higiene total” com base na comunidade (incluindo a eliminação segura de fezes através de saneamento apropriado).
- Abordagens de marketing.

Há uma sobreposição entre estes dois grupos, uma vez que se podem combinar elementos diferentes de cada um para se adaptarem a contextos específicos⁶⁴.

Abordagens participativas com base na comunidade

As abordagens participativas com base na comunidade para a promoção da higiene foram desenvolvidas em seguida ao êxito limitado das abordagens didácticas descendentes para com as intervenções ao desenvolvimento. Em vez disso, as abordagens participativas usam as disciplinas de antropologia, sociologia e psicologia, e permitem que as organizações de desenvolvimento e os governos “trabalhem *com* as comunidades para chegar a soluções sustentáveis e aceitáveis para os problemas de desenvolvimento”⁶⁵. As abordagens participativas destinam-se a “criar auto estima e um sentido de responsabilidade para com as decisões tomadas”, ao mesmo tempo que facilitam o processo de tomada de decisões a nível da comunidade⁶⁶. Estas metodologias não são únicas para o sector de WASH e são frequentemente usadas em muitos outros campos do desenvolvimento.

SARAR

A maioria das abordagens que são populares hoje em dia baseiam-se num conjunto de princípios essenciais desenvolvidos como parte de uma metodologia designada SARAR. O objectivo de SARAR é encorajar os participantes a pensar nos problemas, e apoiá-los para que desenvolvam as próprias capacidades criativas durante a resolução dos problemas, o planeamento e a avaliação. SARAR representa os princípios que se seguem, que são considerados como os atributos mínimos necessários para uma participação bem sucedida:

- **A**uto estima (self-esteem) – criada através de participação activa; um sentido de valor do próprio como indivíduo assim como conhecimento da própria importância para o desenvolvimento do mundo que o rodeia.
- **F**orça associativa (Associative strength) – capacidade de trabalhar para uma visão comum através do respeito mútuo, esforço colaborativo e confiança, resultando em melhores decisões.
- **D**esenvoltura (Resourcefulness) – as pessoas do local são desvoltas em tomar iniciativas e em encontrar soluções que afectam as próprias vidas.
- **P**laneamento de acções (Action planning) – as pessoas do local pensam de modo criativo e são criativas quando actuam; não são recipientes passivos e cada pessoa tem uma função importante.
- **R**esponsabilidade (Responsibility) – aceitar a responsabilidade pelos resultados que as pessoas do local identificam e a que se comprometem⁶⁵.

Tipos de participação³⁹

“Participação” pode significar diversas coisas diferentes. Em *Hygiene evaluation procedures. Approaches for assessing water- and sanitation-related hygiene practices (Procedimentos de avaliação da higiene. Abordagens para avaliar práticas de higiene relacionadas com a água e o saneamento)* (p6) Almedom et al identificam **três tipos de participação**: extractiva, consultiva e interactiva.

Extractiva refere-se a um processo em que as pessoas participam respondendo a perguntas feitas por investigadores/funcionários do programa, apesar de não terem a oportunidade de influenciar os acontecimentos.

Os processos **consultivos** garantem que as pessoas participam sendo consultadas, mas os investigadores externos/funcionários do programa identificam problemas e soluções, que podem ser modificados em vista das respostas das pessoas. As pessoas não contribuem para as decisões e os profissionais não têm que aceitar as opiniões das pessoas.

A participação **interactiva** significa que as pessoas participam numa análise conjunta, levando a planos de acção e à formação de novas instituições locais ou reforçando as existentes. Este tipo de participação envolve procurar diversas perspectivas e usa processos de aprendizagem sistemáticos e estruturados. As pessoas têm controlo sobre as decisões locais e portanto têm interesse em manter as estruturas ou práticas.

Os princípios de SARAR são usados para reforçar os “indivíduos e os grupos como o principal recurso para as mudanças tanto na tomada de decisões como no planeamento”⁶⁷. Prevê-se reforçar os atributos listados acima – especialmente a nível da comunidade – para que levem a melhores capacidades para auto direcção e gestão e vão destacar a qualidade da participação entre todos os intervenientes.

Apesar de ter sido originalmente planeado para ser usado a nível rural, SARAR tem sido adaptado para contextos urbanos e aplicado em diversos sectores. É considerado particularmente útil nos locais onde se apresentam maiores obstáculos⁶⁸. No entanto, a abordagem pode ser limitada pela resistência à utilização de técnicas qualitativas e visuais e depende de dinamizadores competentes⁶⁸.

Os princípios SARAR têm sido usados frequentemente como base para o desenvolvimento de outras abordagens.

PRA – Avaliação rural participativa

A avaliação rural participativa (PRA) tem como base as técnicas usadas na avaliação rural rápida (RRA). RRA foi desenvolvido nos anos setenta como um modo simples e rápido de levar a cabo investigação qualitativa rentável. Com base nos conhecimentos que temos de antropologia social, usava como base a investigação ouvida, combinações de métodos (visuais) iterativos, e verificação incluindo triangulação de dados de fontes diferentes, que se fez usando técnicas tais como observação, participação, entrevistas, questionários curtos, mapeamento e elaboração de relatórios breves. Apesar destas técnicas poderem ser eficazes, RRA continua a ser principalmente um processo extractivo e liderado por factores externos⁶⁹.

PRA baseia-se nas técnicas de RRA mas usa-as de modo participativo para assegurar que pertencem à comunidade, ao contrário das extractivas. Algumas das ferramentas mais comuns de PRA incluem classificação de matrizes, mapeamento e modelamento social e de recursos, classificação de bem-estar (“riqueza”), e cartões ou símbolos de selecção/classificação. O objectivo de PRA é ser inclusivo com o fim de assegurar a participação das pessoas mais marginalizadas⁷⁰. Semelhante a SARAR, a competência do dinamizador é muito importante em PRA, o que significa que a abordagem pode necessitar de bastantes recursos humanos e exigir tempo aos membros da comunidade. Mas porque encoraja a participação de todos os membros da comunidade e se baseia em ferramentas interactivas que permitem a participação independentemente dos níveis de instrução, é vista como sendo inclusiva, económica e eficiente⁷⁰.

PHAST – Transformação participativa da higiene e do saneamento

A transformação participativa da higiene e do saneamento (PHAST) baseia-se nos princípios SARAR e é uma metodologia participativa desenvolvida especificamente para o sector de WASH. Baseia-se na ideia de que à medida que as comunidades se consciencializam sobre a própria situação de água, saneamento e higiene através de actividades participativas, ganham o poder de desenvolver e levar a cabo os próprios planos para melhorar a própria situação. Deste modo, as comunidades ganham confiança sobre os próprios projectos e podem dar a sua opinião sobre o que querem ou não querem, assegurando assim que os serviços respondem às necessidades e que se podem subsequentemente levar a cabo actividades apropriadas de monitorização e de avaliação.



WaterAid/Layton Thompson

Reunião da associação de mulheres sobre boas práticas de higiene, Touna no círculo de Bla, Mali

PHAST apoia mudanças de comportamento nas famílias, nas comunidades e nas escolas, usando a língua, situações e percepções locais. A abordagem usa sete passos para facilitar um processo de planeamento participativo da comunidade. Todos os passos têm entre uma e quatro actividades, que se ajuda um grupo a levar a cabo para melhorar o planeamento da comunidade sobre higiene e saneamento⁷¹. A Figura 9 (na página 43) delinea estes passos, juntamente com as actividades e ferramentas usadas para facilitar o processo.

Para ser um processo participativo completamente **interactivo**, PHAST necessita de dinamizadores competentes e experientes. Também exige a formação aprofundada de trabalhadores da comunidade em técnicas participativas, e portanto exige uma estrutura de gestão intensiva. No entanto, com a orientação e gestão adequadas, os trabalhadores da comunidade com formação podem tornar-se elementos valiosos duradouros para um programa e para a comunidade⁷¹. A abordagem pode exigir bastante tempo devido aos exercícios de participação e é portanto importante que seja discutida de modo adequado com a comunidade antes de ser implementada⁷¹.

Apesar de PHAST ter sido a principal metodologia usada para a promoção da higiene em muitas organizações (incluindo muitos dos programas nacionais da WaterAid), não é a única abordagem. Também se usaram elementos do PHAST para desenvolver outras abordagens que garantam que um programa se adapta bem ao próprio contexto.

CLTS – Saneamento total liderado pela comunidade

O saneamento total liderado pela comunidade (CLTS) na sua forma mais pura é uma abordagem “sem subsídio para o hardware” para o saneamento rural que ajuda as comunidades a reconhecer o problema da defecação ao ar livre e a actuar colectivamente para se tornarem Livres de Defecação ao Ar Livre (ODF). Visa – através de actividades tais como mapeamento comunitário, “caminhadas transversais” e a utilização do equivalente local da palavra “merda” – criar uma sensação de nojo em relação à defecação ao ar livre, com o objectivo de “provocar” a comunidade para que entre em acção para melhorar as práticas de saneamento e conseguir o estatuto de ODF. Apesar de se concentrar em eliminar a defecação ao ar livre, também pode ter impacto sobre outros comportamentos de higiene.

CLTS encoraja as pessoas a mudar o comportamento sem lhes dizer exactamente como. Porque não depende de subsídios para hardware ou de provisão de serviços de agências externas, garante que os membros da comunidade podem actuar em conformidade com o que é económico e disponível e apropriado a nível local. Também tem o potencial de capacitar os líderes da comunidade e dirigir-se a outras questões de desenvolvimento, tanto na comunidade visada como noutras⁷¹.

CLTS tem tido resultados mistos. Apesar de ter tido muito êxito na Ásia (onde foi inicialmente desenvolvido e implementado), em certas partes de África as mensagens têm sido vistas como sendo demasiado directas e tiveram que ser modificadas para “criar estímulos que não causem excessiva vergonha e nojo”. Faça referência à *Estrutura de Saneamento*⁷² da WaterAid se desejar informação adicional. Em alguns casos, as comunidades têm respondido menos ao CLTS quando tinham tido subsídios anteriores. É portanto importante que CLTS seja implementado em conformidade com os contextos locais. Como no caso de todos os processos participativos, é essencial que haja dinamizadores competentes para levarem a cabo exercícios de estímulo nas comunidades.

CHC – Clubes de saúde da comunidade^{73, 74}

Os clubes de saúde da comunidade (CHCs) são organizações de sócios voluntárias e grátis com base na comunidade cujo objectivo é melhorar a saúde da comunidade. Os resultados de saúde são fundamentais para a abordagem, uma vez que o objectivo dos CHCs é solucionar as causas subjacentes da falta de saneamento seguro e higiene. A abordagem baseia-se em reuniões regulares, facilitadas por agentes de divulgação da saúde que receberam formação sobre actividades participativas de promoção da saúde. Encontra-se aberta a qualquer pessoa e encoraja os membros a praticar o que aprenderam em casa através de trabalhos de casa e visitas aos agregados familiares para fazerem monitorização.

As principais razões do êxito dos CHCs é que são sociáveis, competitivos e envolvem um maior respeito por outras pessoas. A abordagem também demonstrou que aumenta a aprendizagem, eleva o estatuto social e cria oportunidades para actividades produtoras de receitas devido às melhorias na saúde. Para além do mais, não exige instrução e tem o potencial para reforçar a posição das mulheres no âmbito da família e da comunidade. Resultou numa carga de trabalho reduzida para os agentes de divulgação da saúde e proporciona uma ligação institucional importante entre os membros e o governo.

CtC – Criança a criança

Criança a criança (CtC) é descrita como sendo “uma abordagem com base nos direitos para a participação da criança na promoção e desenvolvimento da saúde”^{75, 76}. É uma abordagem para a promoção da higiene com base na convicção de que as crianças podem ser agentes de mudança e promover a saúde não só para si próprias mas também para terceiros, nas escolas ou na comunidade. As crianças são frequentemente responsáveis por cuidar de irmãos mais novos e dos animais, assim como por recolher água e pelas tarefas de limpeza. Portanto, há um grande potencial para as crianças consciencializarem a família, a escola ou a comunidade para as questões de higiene.

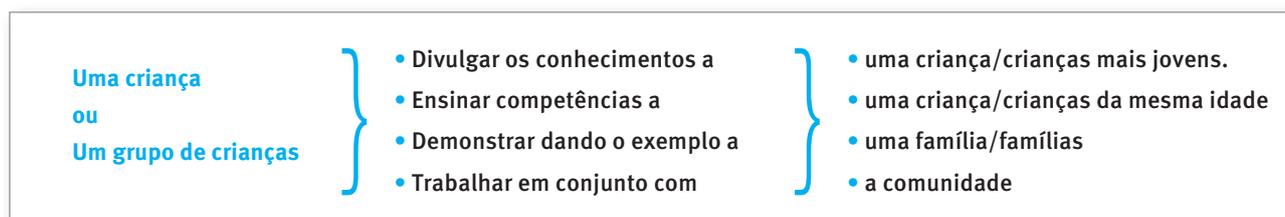
A abordagem CtC envolve as crianças num modo que é estimulante, divertido e interessante, ao mesmo tempo que garante que as principais mensagens sobre higiene e práticas associadas são transmitidas. Ajuda as crianças a entenderem as questões de desenvolvimento e os comportamentos saudáveis, e permite-lhes identificar prioridades de saúde/desenvolvimento relevantes para si próprias e as comunidades⁷⁷.

A abordagem baseia-se na Convenção da ONU dos Direitos da Criança, que dá ênfase à inclusão, à não discriminação e aos melhores interesses da criança. As abordagens de CtC são frequentemente integradas em programas mais vastos de saúde e/ou WASH, e tiveram um impacto especial como parte da educação e promoção da saúde nas escolas, e com as crianças nas comunidades afectadas por VIH/SIDA, em circunstâncias difíceis e no desenvolvimento da primeira infância.

Apesar do êxito conhecido que teve, tem havido algumas preocupações sobre se a abordagem poderia levar à exploração das crianças em vez de encorajar a capacitação das mesmas, e de que o método ensinar-aprender é centrado no professor. Portanto, a formação tem que ser levada a cabo eficientemente.

A matriz na Figura 7 dá uma representação visual de como as crianças podem participar e contribuir para melhorar a própria saúde e a das pessoas que as rodeiam.

Figura 7 – Matriz criança a criança⁷⁸



Abordagens de marketing

No contexto presente, as abordagens de marketing referem-se ao marketing social, que se define como “a utilização de técnicas de marketing comercial para promover a adopção de comportamentos que irão melhorar a saúde ou o bem-estar do público visado ou da sociedade em geral”⁷⁹. Trata de reunir intervenções de criação de procura e da parte da provisão para se conseguirem benefícios para a sociedade. Baseia-se na premissa de que um público visado tem que **querer** e **ser capaz de** alterar o próprio comportamento.

O marketing social baseia-se em diversos princípios importantes de marketing (a que também se refere como os **4 Ps**):

- Produto (ex. um objecto físico tal como uma instalação de lavagem de mãos, um serviço ou uma prática/comportamento).
- Preço (por exemplo, o preço do sabão pode ter impacto sobre quanto as pessoas usam o sabão para lavar as mãos, e pode ter que ser subsidiado para alcançar as pessoas mais vulneráveis/mais pobres).
- Ponto de venda (os produtos têm que estar disponíveis para o grupo visado).
- Promoção (para encorajar a adopção de certos comportamentos).

Por vezes adicionam-se outros princípios, tais como uma política. Uma política pode ser usada para fazer com que seja mais fácil pôr em prática certos comportamentos (por exemplo, uma política que requer que todas as escolas tenham instalações para lavagem de mãos).

Portanto, o marketing social refere-se ao modo como as abordagens das empresas são combinadas com o estímulo da procura para solucionar tanto a procura como a provisão da mudança dos comportamentos de higiene (por exemplo CLTS na forma original concentra-se principalmente na parte da procura; as abordagens tais como TSSM, descrita em seguida, e outras têm intervenções combinadas da parte da procura e da provisão). A ideia por detrás disso no contexto de um programa de promoção da higiene é que mesmo se se tiver conseguido a mudança de comportamento, o preço e a disponibilidade dos produtos para facilitar a sustentabilidade desta mudança de comportamento têm que ser resolvidos (em relação à higiene, poderia ser a disponibilidade e a acessibilidade económica do sabão ou a existência de uma instalação de lavagem de mãos).

Apesar das abordagens do marketing social se concentrarem em criar procura e criar rendimentos dirigindo-se à provisão, podem enfrentar desafios se não houver uma cultura empresarial forte, e podem nem sempre alcançar as pessoas mais pobres, que podem não ter recursos suficientes para investir.

Neste momento estão a ser experimentadas diversas abordagens importantes de marketing social em vários países. Estas abordagens usam uma mensagem única e simples que visa mudar um comportamento relacionado.

Um exemplo é “Saniya”, uma campanha de comunicação da higiene que se concentra na lavagem de mãos depois do contacto com matéria fecal e a eliminação segura das fezes das crianças. Baseia-se na informação proporcionada pelos utentes de modo a que as mensagens reflectam as prioridades e o raciocínio dos mesmos. Usa a rádio, grupos de teatro e visitas domésticas pessoais para comunicar as mensagens. O facto de que se concentra num número de práticas pequeno significa um pequeno número de mensagens, o que aumenta a probabilidade dos utentes se lembrarem das mensagens e mudarem de comportamento. Apesar da investigação formativa necessária poder ser adaptada a contextos diferentes, exige investigadores experientes no terreno. Para além do mais, a abordagem depende de uma mistura de diferentes tipos de promoção, desde os meios de comunicação a visitas às casas, o que faz com que a monitorização seja relativamente intensiva em termos de recursos⁸⁰.

Outro exemplo é a Parceria Pública Privada para a Lavagem de Mãos com Sabão (PPPHWS). Esta parceria combina “a experiência de marketing e a concentração nos consumidores da indústria do sabão com a força institucional e recursos dos governos para criar uma parceria que irá beneficiar toda a comunidade⁸¹. A abordagem visa as pessoas que se encontram em situação de maior risco (as pessoas pobres, particularmente as mães e crianças) e reúne as competências do sector privado e público assim como diversos parceiros do desenvolvimento, especialmente no que diz respeito ao design e implementação do componente dos meios de comunicação nas campanhas de lavagem de mãos. No entanto, requer recursos significativos para organizar equipas para gerir grandes campanhas de lavagem de mãos, as parcerias públicas-privadas podem ser lentas em mostrar resultados, e pode haver resistência ao envolvimento do sector privado⁸².

Finalmente, a abordagem do saneamento total e do marketing do saneamento (TSSM) centra-se, como outras abordagens de marketing, em criar procura assim como em aumentar a provisão dos produtos e dos serviços de saneamento à escala. Conforme delineado na *Estrutura de Saneamento*⁴ da WaterAid, “TSSM complementa o desencadeamento de CLTS a nível da comunidade com uma estratégia de comunicações da mudança do comportamento com base em investigação formativa, e um programa de melhoria da provisão com base em investigação do mercado, o que quer dizer que o programa foi planeado para ser reactivo à variação na procura por parte dos membros da comunidade com diferentes níveis de serviços e recursos de saneamento existentes, desse modo permitindo que os membros da comunidade se actualizem ao longo do tempo (um factor importante para a sustentabilidade).”⁴ Por tomar em conta o lado da provisão, TSSM pode criar estímulos para o bom comportamento de higiene através de produtos de marketing relacionados com a higiene tais como instalações de lavagem de mãos e sabão. TSSM apoia o financiamento público para marketing de modo a conseguir vantagens na saúde pública, assim como investimento privado em latrinas para rendimento privado⁸³. Um problema da abordagem de TSSM é que pode não alcançar as pessoas mais pobres de todas.

Os processos de marketing social incluem a investigação de mercado, definindo os objectivos e os objectivos específicos dos programas, a identificação e desenvolvimento dos produtos, a definição de mecanismos de provisão, desenvolvimento de mensagens e material, implementação da campanha de promoção, e monitorização e feedback. Muitas destas abordagens estão actualmente a ser testadas e exigem investigação adicional e desenvolvimento de competências.

“Hardware” da promoção da higiene

Apesar do lado do “software” da promoção da higiene continuar a ser um dos elementos essenciais em que os programas se concentram, acesso conveniente ao sabão para a lavagem de mãos ou outros produtos capacitadores que podem facilitar a adopção de práticas de higiene segura também são muito importantes. Os produtos capacitadores “influenciam a oportunidade dos indivíduos de ter um comportamento, independentemente da própria capacidade e motivação para actuar”⁸⁴. Exemplos de produtos capacitadores em relação à lavagem de mãos incluem tippy-taps (para armazenar e regular o fluxo de água em quantidade suficiente), redes de sabão, sabão numa corda ou saboneteiras (para gerir e armazenar o sabão ou uma alternativa apropriada disponível a nível local). Estas alternativas poderiam encontrar-se em casa, num local público tal como uma escola, ou num local de lavagem para garantir que a água e o sabão se encontram num só local⁸⁵. Para além do mais, a aparência dos produtos capacitadores pode ter influência sobre se irão ser usados ou não, e portanto o design tem que ter em conta as práticas e preferências dos utentes.



O Sr. Massabidi a lavar as mãos com uma tippy-tap, paróquia de Miggoda, Wakiso, Gombe, Uganda

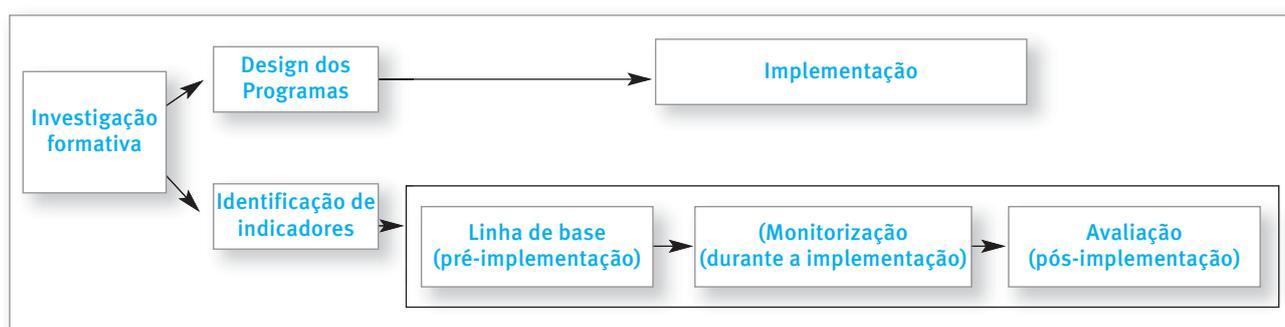
Monitorização e avaliação

A monitorização e a avaliação (M&A) dos programas de promoção da higiene são essenciais para avaliar o progresso em relação aos objectivos específicos do programa, e se a direcção ou focalização de um programa têm que ser alteradas. Esta secção resume aquilo que entendemos como sendo as questões essenciais relacionadas com M&A.

O que deve ser monitorizado?

Antes do início de um programa de promoção da higiene, leva-se a cabo investigação formativa para se compreender as crenças e práticas existentes, e as questões culturais, políticas e económicas que têm que informar o design do programa. Os resultados da fase de investigação formativa devem contribuir para o desenvolvimento dos indicadores do programa (que podem ser qualitativos ou quantitativos). A informação relacionada com estes indicadores é subsequentemente recolhida durante um estudo de linha de base antes da implementação do programa (discute-se especificamente M&A em relação ao trabalho da WaterAid na Parte 4 Promoção da higiene – princípios). Deste modo, o progresso pode ser monitorizado a intervalos diferentes em relação aos dados da linha de base, usando os mesmos métodos e ferramentas de recolha de dados que foram usados durante o estudo de linha de base.

Figura 8 – Ciclo de programas de promoção da higiene da WaterAid



Apesar da meta final de um programa de promoção da higiene ser reduzir as taxas de morbidez e de mortalidade das doenças relacionadas com WASH, é bastante difícil estabelecer uma relação causal entre a implementação de um programa de promoção de higiene e uma redução dessas doenças, porque a prevalência de doenças relacionadas com WASH pode ser influenciada por muitos outros factores. Por esta razão, **os indicadores de substituição (proxy)** são considerados uma alternativa satisfatória para monitorizar e avaliar os programas de promoção da higiene. Um indicador de substituição poderia por exemplo medir a presença das instalações de lavagem de mãos com sabão numa comunidade, e a evidência de que são usadas. Apesar de que isso por si só não é evidência de mudança de comportamento **sustentado**, um aumento daria uma boa indicação de se as pessoas estão a lavar as mãos regularmente ou não.

Estes tipos de indicadores asseguram que a monitorização e a avaliação são levadas a cabo a nível de **resultado**. A monitorização a nível de **impacto** iria concentrar-se na monitorização dos impactos para a saúde de um programa de promoção da higiene, o que é difícil de fazer sem a utilização de provas adequadas, de recursos financeiros significativos e de amostras de grande dimensão.

Como se deveria levar a cabo a monitorização e a avaliação?

Há diversos métodos e ferramentas de recolha de dados que são usados para monitorizar e avaliar os programas de promoção da higiene. Os exemplos incluem questionários a nível de agregado familiar, mapeamento da comunidade, discussões de

grupos de trabalho, caminhadas de saúde, discussões aprofundadas com informadores importantes, e observação^{86, 87}. Em geral reconhece-se que os métodos que dependem demasiado de perguntas sobre comportamentos e práticas, em vez de observação, podem ser sujeitos a grave subjectividade e podem portanto ser imprecisos.

O modo como os métodos são combinados vai depender da abordagem usada (por exemplo, PHAST, CHC ou CtC) e a que escala e nível um programa é levado a cabo (por exemplo, a nível pessoal, de agregado familiar, de comunidade ou institucional (por exemplo, escola)). A frequência da monitorização pelas organizações encarregadas da implementação de um programa de promoção da higiene também irá depender da escala, recursos disponíveis e prazos.

Para além do mais, quando se leva a cabo este tipo de investigação qualitativa, é importante levar a cabo **triangulação**. A triangulação refere-se à recolha de informação sobre o mesmo assunto, mas obtido por diferentes investigadores, de fontes diferentes, e usando métodos de recolha de dados diferentes.

Quem monitoriza?

Para quem leva a cabo a monitorização e a avaliação, é importante compreender as razões **que levam** a que as pessoas se comportem de determinado modo. Se um programa de promoção da higiene for levado a cabo a nível da comunidade, é importante que uma parte representante da comunidade seja envolvida na investigação e análise, de modo a maximizar o sentido de propriedade do programa e o impacto dos objectivos do programa.

Quanto mais monitorização as comunidades levarem a cabo elas próprias, maior potencial haverá para que se sintam proprietárias do programa e para que façam progresso para concretizarem os objectivos do programa.

Desafios à monitorização e à avaliação

A monitorização e avaliação dos programas de promoção da higiene – particularmente quando se medem as mudanças **sustentáveis** no comportamento de higiene – são muito complexas e ainda representam uma área difícil do trabalho para as pessoas do sector de WASH, assim como do sector de saúde. É uma área que necessita de investigação adicional considerável, sobre se, como e quando as mudanças de comportamento de higiene são mantidas, e sobre como e a que nível M&A deve ser levado a cabo (por exemplo, resultados em relação a impacto).

Uma dificuldade adicional relaciona-se com a recolha, gestão e comparação de dados. Os intervenientes podem usar metodologias diferentes para recolher dados e para definir indicadores fiáveis para avaliar o progresso do programa, o que dificulta a comparação eficaz de dados dentro de e entre os países⁸⁸.

Para além do mais, **a produção de relatórios pelos próprios** sobre comportamentos de higiene é inerentemente parcial. Os questionários aos agregados familiares podem não capturar necessariamente as práticas reais de higiene (por exemplo, as taxas de lavagem de mãos podem ser sobrestimadas, e o comportamento não higiénico pode não ser comunicado). Apesar das áreas cinzentas que existem no conhecimento sobre a promoção da higiene (por exemplo no que diz respeito à avaliação da eficácia da higiene alimentar e como conseguir a aceitação de práticas de higiene à escala⁴⁵) nos últimos anos tem-se visto uma grande quantidade de investigação e aprendizagem no que diz respeito aos factores que dão impulso ao comportamento higiénico, à rentabilidade da promoção da higiene e aos impactos da mesma sobre a saúde pública.



Shamola Rani Mondol, membro do comitê local de WASH, a lavar os dentes com água limpa do novo ponto de água, bairro degradado de Kalshi Takar Baa, Dhaka, Bangladesh

Parte 3

Promoção da Higiene na WaterAid

Os princípios e os compromissos mínimos nas Partes 4 e 5 da estrutura deveriam finalmente ter como base a experiência da WaterAid nos programas nacionais. Esta parte proporciona uma visão geral breve do trabalho da WaterAid sobre promoção da higiene.

História da promoção da higiene na WaterAid⁸⁹

Desde os meados dos anos noventa que a promoção da higiene tem sido incluída nas estratégias, políticas e programas da WaterAid. O ímpeto por detrás da promoção da higiene como componente crucial das abordagens de “software” ganhou força na WaterAid no fim dos anos noventa e no princípio do século XXI, com a nomeação de um Consultor de Higiene, o desenvolvimento de uma política de promoção da higiene, e a organização de diversos workshops internacionais sobre promoção da higiene, que visaram reforçar a base de conhecimentos e de competências nos nossos programas nacionais. A Tabela 1 proporciona uma visão geral da história da promoção da higiene na WaterAid.

Tabela 1 – Cronologia da promoção da higiene na WaterAid

1995	A promoção da higiene é integrada na primeira estratégia de cinco anos da WaterAid 1995-2000
1996	Desenvolvimento de uma política de educação sobre a higiene
1997	Nomeação de um Consultor sobre a Higiene ⁹⁰
1997-2001	O Consultor sobre a Higiene faz diversas visitas de apoio aos programas nacionais para proporcionar orientação e apoio aos funcionários especialistas nos países
1998-2000	Organizam-se diversos workshops internacionais sobre a higiene (Bangladesh, Gana, Uganda) que resultam no desenvolvimento de materiais de promoção da higiene; na partilha de experiências, conhecimentos e competências entre indivíduos, parceiros e programas nacionais; a identificação de lacunas na promoção da higiene nos programas dos participantes; estratégias para solucionar as lacunas; e revisão da política de educação sobre a higiene de 1996
1999	A política de promoção da higiene é aprovada
2000	Todos os programas nacionais da WaterAid têm funcionários responsáveis pela promoção da higiene
2002-2004	Desenvolvem-se indicadores para a promoção da higiene que são testados ⁹¹ , e mostram algumas diferenças nas mudanças de comportamento mantidas, entre países

2006	As actividades de promoção da higiene formam um componente significativo do trabalho dos programas nacionais, e são mencionadas nos relatórios semestrais (apesar dos relatórios se concentrarem nas actividades e na produção em vez de nos resultados de mudança de comportamento). No geral, os relatórios e a avaliação reflectem melhorias constantes nas mudanças de comportamento, apesar de não ser através de todas as três práticas de higiene identificadas na política (eliminação segura de excreções, protecção da provisão de água doméstica, lavagem de mãos eficaz) ou consistentemente através dos programas nacionais ⁹²
2009 (Jan)	A WaterAid co-organiza o Workshop de Profissionais do Saneamento e da Higiene da Ásia no Bangladesh (com o Centro Internacional de Água e Saneamento da IRC, Conselho de Colaboração sobre a Provisão de Água e Saneamento (WSSCC) e BRAC)
2009 (Out)	A WaterAid lança a nova <i>Estratégia Global 2009-2015</i> . A higiene pertence a uma parte central dos objectivos estratégicos e dos indicadores dos mesmos, e tem o mesmo peso que a água e o saneamento. Dá-se ênfase específica em assegurar a sustentabilidade de melhores práticas de higiene (Objectivo 1). Também se dá ênfase a aumentar a capacidade dos governos e dos provedores de serviços de prover acesso à água, ao saneamento e à higiene (Objectivo 2), e à necessidade de integrar e dar prioridade a WASH, especificamente nos sectores da educação e da saúde.
2009	Por volta desta altura, identificam-se explicitamente as despesas da higiene no sistema global contabilístico.
2009 (Nov)	A WaterAid co-organiza o Simpósio Regional da África Ocidental sobre o Saneamento e a Higiene , bilingue, no Gana (IRC, Resource Centre Network (RCN) Ghana, West Africa Water Initiative (WAWI), WSSCC, WaterAid)
2010 (Feb)	A WaterAid co-organiza o segundo Workshop de Profissionais da Higiene na Ásia , bienal, no Bangladesh (BRAC, WSSCC, IRC, WaterAid), que faz parte de cinco workshops de aprendizagem e divulgação sobre saneamento e higiene em 2009 e 2010 ⁹³
2010 (Ag)	Os Indicadores Estratégicos do Desempenho (SPIs) são finalizados e incluem referência clara à importância de integrar a promoção da higiene nos programas de água e de saneamento da WaterAid
2010	A WaterAid participa na Conferência Asiática sobre a Higiene Menstrual
2011 (Março)	WaterAid coorganiza o Workshop dos Profissionais da África Oriental sobre o Saneamento e a Higiene a Favor das Pessoas Pobres das Zonas Urbanas no Ruanda (IRC, UNICEF, GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), WSSCC, WaterAid)
2011 (Out)	A WaterAid participa no Fórum Global sobre o Saneamento e a Higiene da WSSCC na Índia
2011	A WaterAid na Austrália publica <i>Promoting good hygiene practices: Key elements and practical lessons (Promoção de boas práticas de higiene: Elementos principais e lições práticas)</i> ⁹⁴
2012	A higiene menstrual tem importância: Um recurso para melhorar a higiene menstrual em todo o mundo ¹⁶ é publicado (WaterAid, UNICEF, Save the Children, SHARE)
2012	Estrutura de higiene publicada depois de consulta generalizada em toda a WaterAid

Esta breve visão geral do trabalho da WaterAid relacionado com a higiene demonstra que apesar de ter havido grande aumento de dedicação a este assunto em termos tanto de especialidade dos funcionários como de recursos, a grande atenção dada à higiene diminuiu ligeiramente depois de terminar a função do Consultor sobre a Higiene em 2004. Por outro lado, as pessoas que tinham responsabilidade específica pela higiene nos programas nacionais em 2000, já se foram embora; as experiências e as competências específicas no que diz respeito à promoção da higiene podem portanto ter-se perdido e podem ter que ser recriadas (por exemplo formando promotores de higiene, dinamizadores, etc.).

Promoção da Higiene nos programas nacionais da WaterAid

Os programas nacionais da WaterAid têm estado envolvidos no trabalho de promoção da higiene a diversos níveis, e têm usado diversas abordagens para levar a cabo este trabalho⁹⁵. A maior parte dos programas nacionais referem-se ao trabalho sobre a higiene como “promoção da higiene”. A descrição da WaterAid Zâmbia captura muitas das opiniões dos outros programas nacionais sobre a higiene, reconhecendo que:

Não se trata apenas de uma questão de proporcionar informação... A promoção da higiene é mais um diálogo entre os conhecimentos, práticas e recursos da população a visar, e os conhecimentos e recursos das agências, que em conjunto [encorajam] que se evitem os comportamentos arriscados de higiene.⁹⁶

Do mesmo modo, a WaterAid Gana destaca que

A necessidade e ênfase dadas à promoção da higiene estão enraizadas no facto de que conseguir que as pessoas mudem os hábitos de uma vida é difícil, leva tempo e requer recursos e competências. O facto de que a promoção da higiene depende da participação e aplicabilidade significa que há maior probabilidade de que a mudança de comportamento seja sustentável.⁹⁷

Durante os últimos anos, os programas nacionais da WaterAid concentraram-se em **três comportamentos de higiene principais**:

- Lavagem de mãos em alturas críticas.
- Gestão segura de água doméstica (incluindo o armazenamento e manuseamento desde a fonte ao ponto de utilização).
- Gestão e utilização seguras e higiénicas das latrinas, e gestão/eliminação de excreções seguras.



Tenincoura, a limpar as novas latrinas da escola, Simba East School, Simba East, na comunidade de Tienfala

Para além destes, também se incluíram áreas onde concentrar a atenção:

- Higiene menstrual (Índia, Tanzânia, Etiópia, Nepal, Bangladesh).
- Questões de higiene pessoal (ex. lavar a cara, cortar unhas, usar sandálias) (Índia, Madagáscar, Moçambique, Tanzânia, Etiópia, Nepal, Gana, Zâmbia, Uganda).
- Higiene alimentar (Nigéria, Nepal, Madagáscar, Gana, Zâmbia, Tanzânia, Etiópia).
- Higiene do agregado familiar/complexo (por exemplo, escavar fossas para lixo, construção de suportes para pratos, manter o meio ambiente limpo, montes de lixo, etc.) (Uganda, Madagáscar, Moçambique, Gana, Nigéria, Malawi, Zâmbia, Nepal)⁹⁶.

A maior parte dos programas nacionais usa PHAST como a principal abordagem para a promoção da higiene. Por vezes, alguns têm combinado elementos de PHAST com os de CLTS e PRA para se adaptarem melhor a determinados contextos – por exemplo a abordagem “Mtumba” na Tanzânia, que combina os pontos fortes de PHAST, CLTS e marketing social⁹⁸.

Alguns programas nacionais levam a cabo capacitação usando dinamizadores voluntários ou nomeiam promotores de higiene da comunidade, enquanto outros levam a cabo promoção da higiene através de comités de desenvolvimento da área (ADDs) ou comités da comunidade (por exemplo na Zâmbia), formação e desenvolvimento de grupos culturais (ex. Bangladesh), ou campos de saúde pública e consciencialização (ex. Timor-Leste). Outros países usam abordagens **criança a criança** e **criança à comunidade** (ex. Bangladesh, Tanzânia, Burkina Faso, Moçambique, Uganda), assim como clubes de saúde para as crianças que não frequentam a escola (ex. Nepal), clubes de higiene da comunidade (ex. Ruanda, Uganda), e clubes de promoção da higiene e saúde na escola (ex. Nepal, Bangladesh, Gana, Índia, Moçambique).

No que diz respeito à **promoção da higiene nas escolas**, levam-se a cabo actividades em quase todos os programas nacionais, mas de modos diferentes. Os clubes de saúde e higiene, assim como as abordagens criança a criança ou criança à comunidade são muito comuns nas escolas, mas as abordagens tais como orientação dos professores, formação de brigadas de estudantes (ex. Bangladesh), clubes de saneamento (ex. Moçambique), e a organização de eventos comemorativos tais como o Dia Mundial da Água e o Dia Global da Lavagem de Mãos também são usados).

Também se usam diversos outros métodos e ferramentas, incluindo grupos de discussão sobre a higiene menstrual (ex. Bangladesh, Papua Nova Guiné, Nepal), promoção de casa a casa (ex. Etiópia, Malawi, Moçambique, Burkina Faso, Nepal, Timor-Leste, Zâmbia), reuniões da comunidade (ex. Paquistão, Gana, Madagáscar), distribuição de materiais impressos e vídeos (ex. Índia, Nepal, Bangladesh, Moçambique, Mali, Timor-Leste), grupos de teatro/dança (ex. Madagáscar, Uganda, Timor-Leste, Zâmbia, Malawi, Moçambique, Tanzânia, Nepal), materiais de áudio para as pessoas cegas (ex. Mali), formação de promotores da higiene em métodos tais como PHAST (ex. Etiópia, Bangladesh, Malawi), debates públicos (ex. Nigéria, Zâmbia) e redes de jornalistas para fazer a ligação aos meios de comunicação (ex. Mali, Libéria).

O marketing social parece ser a abordagem menos comum de promoção da higiene nos programas nacionais da WaterAid. Alguns (ex. Madagáscar, Malawi, Timor-Leste) levaram a cabo marketing de saneamento, enquanto outros usaram anúncios de rádio (ex. Moçambique) e fabricantes de pensos higiénicos (ex. Índia).

Em termos de **hardware de higiene**, quase todos os programas nacionais promoveram alguma forma de tecnologia de lavagem de mãos. Geralmente concentram-se em soluções flexíveis e disponíveis a nível local tal como:

- Tippy-taps (postas a funcionar através de cordas ou pedais – especialmente na África Austral e Oriental).
- Torneiras com provisão de água canalizada.
- Sistemas de recolha de água da chuva com reservatórios pequenos.
- Promoção da utilização de sabão ou cinza.
- Visar as escolas para ampliar as instalações de lavagem de mãos em todas as regiões, incluindo a provisão de instalações de gestão menstrual (principalmente no Bangladesh, Nepal e Índia).
- Construir instalações para lavandarias e banhos (ex. Madagáscar, Zâmbia, Uganda, Etiópia).

O investimento na promoção da higiene é muito baixo (somente uma pequena percentagem dos orçamentos dos programas nacionais), e apesar dos números de pessoas alcançadas serem alegadamente elevados, nem sempre é claro quão profundamente os programas de promoção da higiene da WaterAid penetram nas comunidades e nos agregados familiares.

Apesar de haver uma quantidade significativa de informação sobre as metodologias e ferramentas que os programas nacionais da WaterAid usam, parece haver menos informação sobre o êxito destas abordagens para se conseguir uma mudança de comportamento **sustentável**, e que tipos de impactos as diversas abordagens tiveram, o que proporciona uma área para trabalho e investigação futuros com o fim de reforçar a monitorização e a avaliação dos programas de promoção da higiene da WaterAid. De facto, muitos dos programas nacionais identificaram a monitorização das mudanças de comportamento de higiene e conseguir mudanças de comportamento sustentadas como uma das principais dificuldades do trabalho que fazem (ex. Ruanda, Gana, Índia, Malawi, Nigéria). Identificaram-se outras dificuldades em relação à falta de prioridade dada à higiene (ex. Nigéria, Burkina Faso, Uganda), à falta de entendimento comum sobre a higiene entre os actores do sector (ex. Bangladesh, Etiópia), fraca qualidade das abordagens e ferramentas usadas (ex. Etiópia, Tanzânia), falta de indicadores claros (ex. Etiópia, Burkina Faso, Tanzânia), distanciamento da comunidade (ex. Moçambique), e conjuntos diferentes de competências entre as organizações parceiras (ex. Índia).

A visão geral acima dos tipos de metodologias e ferramentas utilizadas pelos programas nacionais da WaterAid para levar a cabo os programas de promoção da higiene, assim como as dificuldades enfrentadas, proporciona uma base para os princípios e compromissos mínimos delineados nas Partes 4 e 5. Foram desenvolvidos com base nos contextos dentro dos quais os programas nacionais da WaterAid e os parceiros trabalham, os objectivos estratégicos globais da WaterAid, e a literatura e conhecimentos aprofundados disponíveis até agora sobre promoção da higiene e mudança de comportamento sustentável.

Parte 4

Promoção da higiene – princípios

Esta parte da estrutura identifica os princípios aos quais todos os programas de promoção da higiene da WaterAid devem procurar aderir: inclusivos, integrados, adaptados ao contexto e sustentáveis. Estes princípios são discutidos em seguida dentro de cada fase do ciclo do programa (ver a Figura 8 na página 31).

Planeamento e design

Investigação formativa

Deve levar-se a cabo investigação formativa como primeira fase do planeamento de um programa de promoção da higiene. A investigação formativa é uma “abordagem sistemática [que] faz a ligação entre as questões importantes e os métodos apropriados”⁹⁹ com o fim de contribuir para o design dos programas. A finalidade desta investigação é obter um entendimento abrangente sobre os aspectos socioculturais e demográficos do grupo a visar; as relações de poder e as hierarquias que existem e as histórias por detrás das mesmas; conhecimentos das doenças e da saúde, e atitudes para com as mesmas; e também práticas existentes de higiene. A investigação também tem que reconhecer as diferenças entre os géneros, as questões associadas com as doenças crónicas, a deficiência e a idade, e quaisquer diferenças significativas entre grupos religiosos e étnicos.

Portanto, a investigação formativa ajuda os funcionários dos programas a identificar e a compreender as características da população a visar (interesses, necessidades, comportamento) que influenciam as decisões e as acções da mesma. Ajuda a determinar aquilo em que o programa se deve centrar e assegurar que está em conformidade com o contexto em que é implementado¹⁰⁰.

A investigação formativa não é para ser levada a cabo numa única comunidade mas sim em maior escala, tal como a nível provincial ou estatal. A profundidade e a escala da investigação formativa vai depender dos recursos e do tempo disponíveis, assim como de até que ponto já existem conhecimentos sobre a população visada.

As principais questões a que a investigação formativa se deve dirigir são:

- Quais são as principais práticas (socioculturais) que põem a saúde em situação de risco?
- Quem são os grupos em “situação de risco”? Em quem é que o programa se deve concentrar?
- O que irá motivar a adopção de práticas seguras, ou seja, quais são os factores que dão impulso à mudança?
- Quais são os principais canais de comunicação e abordagens de higiene através dos quais se pode alcançar o grupo a visar⁹⁹?

Ética

Uma vez que a promoção da higiene se envolve com aspectos da vida culturalmente sensíveis e pessoalmente privados, tem que ser levada a cabo com o devido respeito pela necessidade de confidencialidade, evitar coerção ou danos, e com respeito pelo indivíduo. Podem encontrar-se detalhes sobre considerações éticas nos livros de texto de investigação social e nas políticas das organizações de investigação social.

Estudos de linha de base

Para além da investigação formativa, deve levar-se a cabo um estudo de linha de base antes do início de todos os programas de promoção da higiene. Um estudo de linha de base descreve e quantifica o estatuto de certos indicadores identificados (pré-intervenção) com base nos quais se pode levar a cabo a monitorização subsequente. A informação recolhida como parte de um estudo de linha de base pode, por exemplo, incluir cobertura e uso de latrinas, atitudes e práticas relacionadas com a lavagem de mãos, e prevalência da diarreia. Um estudo de linha de base pode ser levado a cabo a diversos níveis, dependendo do tipo de programa de promoção da higiene.

Apesar da investigação formativa estar ligada ao **design** de um programa de promoção da higiene, um estudo de linha de base está ligado à **monitorização** do programa.

Foco de atenção

Uma vez completados os estudos de investigação formativa e de linha de base, é importante que o programa tenha um foco de atenção. Um programa deve concentrar-se num certo número **limitado** de comportamentos de higiene, em vez de tentar dirigir-se a **todas** as vias possíveis de transmissão. Um bom programa de higiene dá prioridade àquilo a que os recursos se irão dirigir e quem será visado; a fase de planeamento deve dar aqui uma indicação dos comportamentos mais arriscados e dos grupos mais importantes a visar.

Indicadores do desenvolvimento

Com base no foco de atenção do programa, devem identificar-se os indicadores apropriados para os estudos de linha de base e para ser possível, mais tarde, levar a cabo exercícios eficazes de monitorização e avaliação. Identificar os indicadores que proporcionam evidência directa da aceitação (sustentada) das práticas de higiene é bastante difícil; no entanto, os indicadores de “substituição” são frequentemente capazes de indicar se estão a ocorrer mudanças de comportamento. Exemplos de indicadores de substituição incluem manutenção higiénica visível e utilização de latrinas; meios observados de eliminação de fezes infantis; qualidade da água conforme medida no agregado familiar; ou a presença de uma instalação de lavagem de mãos e sabão/cinzas perto de uma latrina¹⁰¹. Os indicadores devem ser tão específicos quanto possível e relacionados com os comportamentos de promoção da higiene seleccionados para o programa, o que assegura que os comportamentos de higiene são monitorizados de acordo com os comportamentos específicos promovidos¹⁰².

Inclusão

As fases de planeamento e design de um programa devem assegurar que o programa é inclusivo, o que significa que deve tomar em consideração especialmente as raparigas e as mulheres, pessoas portadoras de deficiência, pessoas mais idosas, pessoas que vivem com VIH/SIDA, crianças que frequentam a escola e as que não o fazem, e quaisquer outros grupos que possam ser particularmente vulneráveis e/ou marginalizados. O que o programa promove deve ser apropriado para **todos** os intervenientes principais. Deve poder alcançar todas as pessoas através de canais de comunicação apropriados, assim como através das instalações e provisões apropriadas, o que se pode conseguir combinando diversas abordagens.

Integração

Os programas de promoção da higiene devem seguir uma abordagem integrada. A integração tem quatro dimensões: (a) através de sectores, (b) através de níveis, (c) através de intervenções e (d) através de instituições.

Primeiro, um programa de promoção da higiene deve definir o modo como fará a ligação a programas ou políticas noutros **sectores**, especialmente na provisão de água e na educação. Em relação às escolas, por exemplo, a promoção da higiene teria que se dirigir à eliminação segura de excreções e à lavagem de mãos, mas também a se as instalações para a gestão da higiene menstrual são adequadas.

Segundo, dependendo da escala de um programa, o design deve definir como será levado a cabo a diferentes **níveis** (por exemplo, da comunidade, local, distrital e nacional). Por exemplo, as práticas de higiene podem ser promovidas num número seleccionado de comunidades através de diversas combinações de métodos e de ferramentas com base nos princípios SARAR, e as principais mensagens sobre higiene podem então ser reforçadas através de campanhas dos meios de comunicação ou de visitas regulares à comunidade por funcionários de saúde.

Terceiro, a promoção da higiene, a promoção do saneamento e a provisão de água devem funcionar como um **pacote integrado**. A promoção da higiene é especialmente importante quando há falta de serviços de provisão de água segura e de saneamento. Apesar de que ter serviços de água e de saneamento irá facilitar o desempenho de práticas seguras de higiene (por exemplo, lavagem de mãos com água e sabão), o simples facto de os ter não garante práticas de higiene seguras. É portanto importante que a promoção da higiene e a provisão de serviços de água segura e de saneamento sejam um programa integrado quando possível; apesar de isso depender do contexto, recursos e tempo, pode ser apropriado por vezes concentrar-se principalmente na promoção da higiene. Além do mais, se a provisão de água e de saneamento já tiver sido concretizada, a promoção da higiene também pode ser o único foco de atenção.

Finalmente, um programa deve ter **apoio institucional** suficiente dos governos locais, dos doadores e das organizações da sociedade civil e adaptar-se às estruturas do governo local para assegurar que as mudanças de comportamentos de higiene se tornam permanentes e que não se adoptam hábitos arriscados outra vez depois do programa terminar.

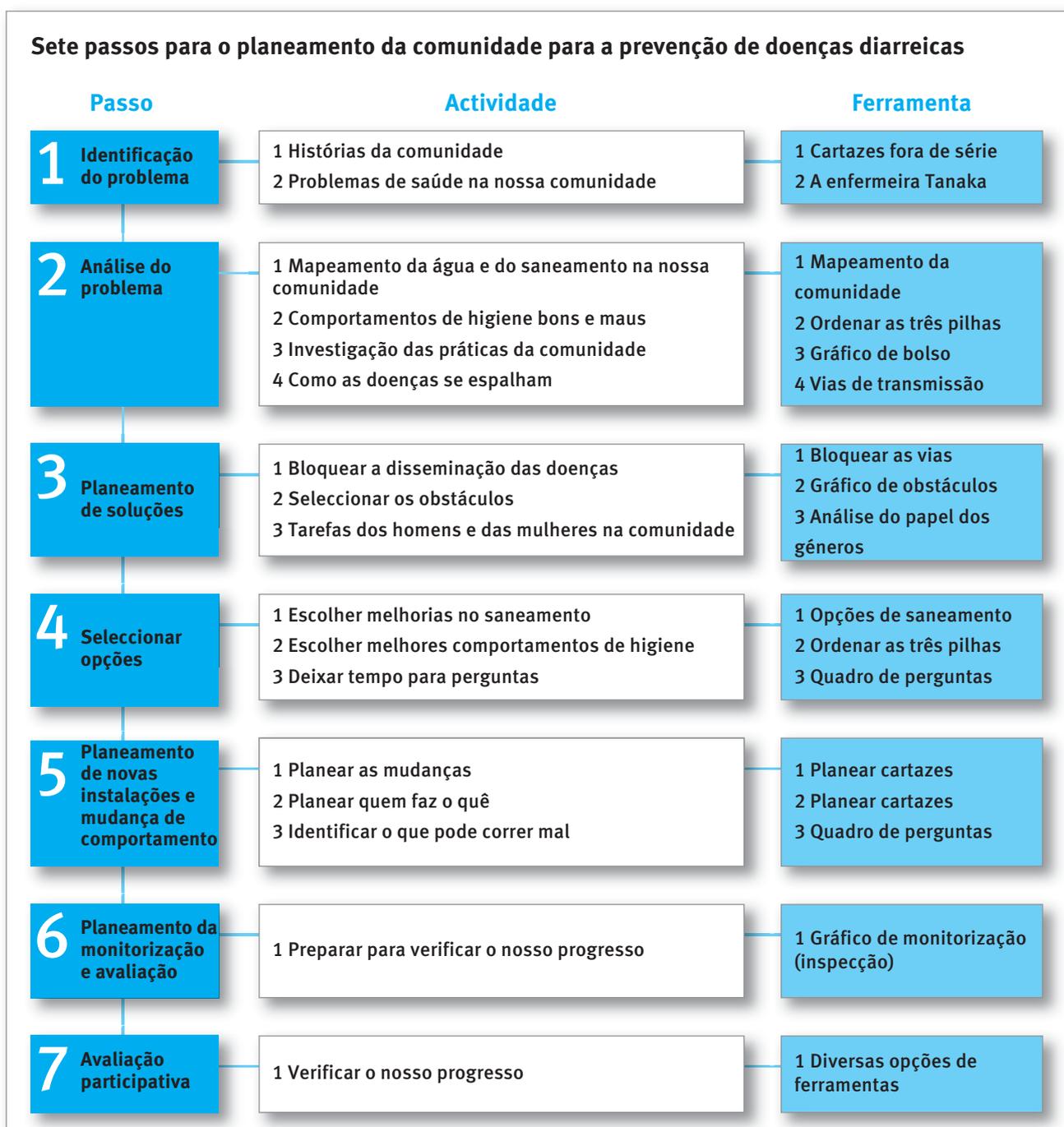
Ser-se sistemático

Quando a abordagem geral de promoção da higiene for determinada, podem seleccionar-se as actividades e ferramentas apropriadas de promoção da higiene. Podem combinar-se actividades e ferramentas múltiplas para garantir um programa de promoção da higiene que se adapte melhor ao contexto no qual está a ser implementado. As acções a nível da comunidade devem sempre ter como base métodos participativos, apesar de o mesmo não ser o caso das abordagens dos meios de comunicação. O mais importante é que o

programa combine sistematicamente ferramentas e actividades numa abordagem coerente para a promoção da higiene, seja qual for a abordagem geral adoptada (ex. PHAST, CtC, CHCs). A Figura 9 dá um exemplo do modo em que os sete passos da abordagem PHAST se relacionam com as actividades e as ferramentas necessárias para levar a cabo essas actividades.

As actividades e as ferramentas devem ser combinadas de modo a serem inclusivas, por outras palavras, relevantes para todas as pessoas que fazem parte do grupo a visar. O hardware da higiene também deve ser acessível a todos os membros da sociedade e usado pelos mesmos (por exemplo, as instalações de lavagem de mãos devem ser acessíveis aos utentes em cadeiras de rodas, e as pessoas portadoras de deficiência devem poder utilizá-las).

Figura 9 – Exemplos de passos, actividades e ferramentas de PHAST



Implementação

Competências participativas

A implementação a nível da comunidade deve ser levada a cabo por dinamizadores competentes que são suficientemente flexíveis para mudar os métodos e/ou as ferramentas assim que necessário. Até que ponto a implementação é participativa depende dos resultados da investigação formativa e do design do programa. Por exemplo, apesar da implementação a nível da comunidade ter sido participativa, centrada em facilitar um processo que dê origem a acções ou mudanças, as campanhas dos meios de comunicação podem basear-se na informação recolhida através dos métodos de investigação formativa não participativos ou participativos com o fim de adaptar e centrar as mensagens.

A formação de alta qualidade de dinamizadores participativos é essencial e importante para assegurar o êxito dos critérios de selecção para potenciais dinamizadores. Nem todas as pessoas estão predispostas a ser boas dinamizadoras participativas e é portanto importante definir um processo de selecção para identificar os melhores candidatos possíveis para qualquer programa de formação.

Monitorização e avaliação

Indicadores

É possível levar a cabo actividades de monitorização identificando um número limitado de indicadores de substituição na fase de planeamento e de design de um programa (na fase do inquérito de linha de base)^{103,104}. A utilização de uma combinação de métodos e ferramentas de monitorização pode possibilitar o acesso às mudanças em relação a estes indicadores.

Os *procedimentos de avaliação da higiene*¹⁰⁵ por Almedom et al delinham os modos específicos para recolher, rever e interpretar a informação qualitativa, e dirigem-se especificamente às preocupações práticas dos funcionários no terreno. Estas directivas de avaliação podem ser usadas em diversas fases do programa – para proporcionar dados de linha de base antes do início de um programa, para monitorizar o progresso das actividades, ou para medir as mudanças nas práticas de higiene no final de um programa.

Para a WaterAid é importante que a monitorização e a avaliação dos programas de promoção da higiene continuem a ser práticos; portanto, é mais provável que sejam levados a cabo apenas a nível de resultados, e não a nível de impacto, o que significa que a monitorização se deve concentrar nas mudanças das práticas de higiene, e não nos impactos para a saúde que possam seguir-se, uma vez que estes tendem a ser difíceis e caros de medir uma vez que é difícil provar as ligações directas entre as intervenções e os impactos sobre a saúde.

A frequência com que se levam a cabo exercícios de monitorização depende dos prazos do programa, da escala do mesmo, e dos recursos disponíveis, e das ligações com o processo de monitorização pós-implementação. Por outro lado, conforme se destacou anteriormente, é importante levar a cabo a “triangulação das fontes, métodos e investigadores... verificando a informação sobre o mesmo tópico que foi recolhida de diferentes fontes, usando diferentes métodos e/ou por investigadores diferentes¹⁰⁵. Como foi mencionado na Parte 2, apesar da auto produção de relatórios sobre comportamentos de higiene poder ser útil, geralmente pode ser gravemente e inerentemente parcial, o que pode resultar numa representação da realidade incorrecta.

Advocacia

As actividades de advocacia são essenciais para influenciar outros intervenientes do sector sobre a promoção da higiene. A advocacia para os governos e os provedores de serviços pode ser usada para melhorar a sustentabilidade integrando a promoção da higiene na provisão de água e nos esquemas de saneamento assim como nos planos de saúde e de educação. Por exemplo, a advocacia pode ser usada para organizar uma campanha nacional de higiene com recursos atribuídos para o trabalho de promoção da higiene a nível da comunidade. Ou poderia concentrar-se em assegurar que a higiene aparece em posição proeminente no âmbito dos planos e das políticas nacionais de água e de saneamento, ou que se cria uma política de promoção da higiene nacional com os recursos e o financiamento adequados.

A advocacia sobre a promoção da higiene irá depender do contexto, tempo e recursos disponíveis. Pode envolver uma variedade de estratégias de influência uma vez que a higiene é uma questão ainda mais “suave” do que o saneamento. Por exemplo, enquanto em África certos esforços de advocacia se podem concentrar nos compromissos dos governos para com as promessas de eThekwiní (por exemplo, o estabelecimento de uma instituição responsável pelo saneamento ou uma linha do orçamento separada para o saneamento), há objectivos menos claros para a higiene.



WaterAid/Layton Thompson

O objectivo final dos esforços de advocacia deve ser tratar a higiene como uma parte igualmente importante dos programas de água e de saneamento, com os recursos apropriados, e que se estabeleçam ligações eficazes com a provisão de água e os sectores de educação e de saúde com o fim de garantir que os programas de promoção da higiene sejam integrados e sustentáveis. A promoção da higiene deve dirigir-se às necessidades de todas as pessoas, incluindo as que são frequentemente negligenciadas: mulheres, crianças (particularmente raparigas), pessoas portadoras de deficiência, pessoas idosas e as que sofrem de doenças crónicas.

Resumo

Todos os programas de promoção da higiene apoiados pela WaterAid devem ser adaptados ao contexto, baseando-se nas práticas, convicções e desejos existentes das comunidades. Devem ser inclusivos e relevantes para todas as pessoas no grupo a visar; integrados nos programas de saneamento e de água (quando apropriado) assim como nas iniciativas de educação e de saúde relevantes; e suficientemente flexíveis para incorporar diversos métodos e ferramentas que possam ser usados a diversos níveis da implementação.

Os programas de higiene devem ser planeados, projectados e implementados em colaboração com instituições permanentes para assegurar o seguimento a longo prazo. Devem identificar-se indicadores apropriados em seguida à investigação formativa inicial e a estudos precedentes de linha de base, para assegurar que os programas podem ser monitorizados e avaliados de modo eficaz. Todos estes aspectos irão contribuir para a sustentabilidade de um programa e destacar a possibilidade de mudanças permanentes nos comportamentos de higiene¹⁰⁶.

WaterAid/Zute Lightfoot



Alice Nirere a lavar as mãos num ponto de lavagem de mãos usando a água que recolheu da água pluvial subterrânea

Parte 5

Compromissos mínimos da WaterAid

Os programas nacionais da WaterAid e dos parceiros irão visar seguir um certo número de compromissos mínimos em relação aos programas de promoção da higiene, delineados em seguida:

Compromissos gerais

- 1** Todos os programas de água e de saneamento irão incluir um componente apropriado de higiene. Em geral, isso irá significar integrar a higiene na programação mais ampla de água, saneamento e higiene, mas em alguns casos em que já existem instalações adequadas de água e de saneamento, a promoção da higiene pode ser o elemento principal ou único.
- 2** A WaterAid compreende que a promoção da higiene trata de criar algo a partir das práticas, crenças e oportunidades existentes, e que somente os conhecimentos sobre as ligações entre a higiene e a saúde frequentemente não são suficientes para se conseguirem mudanças de comportamento que se mantêm. O termo e conceito de “**promoção** da higiene” (e não **educação** sobre a higiene) vão portanto ser usados em todo o trabalho da WaterAid relacionado com a higiene.
- 3** A WaterAid vai dar ênfase especial (a) à eliminação segura de excreções humanas, (b) à lavagem de mãos com sabão ou um substituto apropriado (ex. cinzas) em alturas críticas, (c) aos planos para a higiene menstrual e gestão da mesma, especialmente nas escolas, (d) à boa higiene alimentar, especialmente em relação aos alimentos para crianças que estão a ser desmamadas, (e) à limpeza das casas e dos complexos habitacionais, e (f) à gestão segura da água no local de consumo.

Planeamento

- 4** No planeamento dos programas de promoção da higiene, serão feitas considerações éticas no que diz respeito ao consentimento, confidencialidade e respeito pela cultura e o indivíduo.
- 5** Irá levar-se a cabo investigação formativa ao nível apropriado como primeira fase do planeamento de um programa de promoção da higiene.
- 6** Irá levar-se a cabo um estudo de linha de base no início de todos os programas de promoção da higiene, que é a base para a monitorização e avaliação subsequentes com o fim de monitorizar as mudanças de comportamento relacionado com a higiene.

Design e implementação

- 7** Para ter maior impacto, os programas de promoção da higiene da WaterAid irão geralmente concentrar-se num conjunto de comportamentos de higiene **limitados**, em vez de tentarem mudar tudo de uma vez.
- 8** Se for relevante, um programa de promoção da higiene irá ser integrado com/ligado a actividades dentro dos sectores da saúde, da água e da educação¹⁰⁷.
- 9** O design de um programa de promoção da higiene irá identificar, desde o princípio, a que níveis irá desempenhar que actividades (ex. as mensagens de higiene serão reforçadas a nível distrital através de uma campanha junto dos meios de comunicação ou o programa vai concentrar-se somente na implementação a nível da comunidade?).
- 10** Vão usar-se metodologias participativas apropriadas para implementar um programa de promoção da higiene a nível da comunidade. A WaterAid vai permitir que haja flexibilidade na utilização das abordagens apesar de que deveriam basear-se nos princípios SARAR e ser levadas a cabo por dinamizadores devidamente competentes.
- 11** A duração e a frequência das actividades de promoção da higiene serão determinadas pelo tempo que se leva a cumprir os objectivos de mudança de comportamento, em vez de para construir hardware para provisão de água e para o saneamento.
- 12** A formação apropriada de dinamizadores/formadores de promoção da higiene será incluída na implementação do programa. Apesar de que os voluntários da saúde na comunidade terão frequentemente um papel central nos programas de promoção da higiene, a WaterAid espera que todos os programas que apoia incluam profissionais pagos de saúde/higiene tanto a nível de gestão como no terreno. Podem ser necessárias competências para formar funcionários e membros da comunidade.
- 13** Vão estar disponíveis opções de “hardware” de higiene para garantir que são apropriadas para diferentes grupos de pessoas (ex. pessoas idosas, mulheres grávidas, pessoas que vivem com VIH/SIDA, crianças, pessoas portadoras de deficiência). Quando apropriado, a WaterAid vai estimular o sector privado local para proporcionar estes produtos.
- 14** Os grupos desfavorecidos e em situação de risco serão tomados em consideração no design e implementação dos programas de promoção da higiene (mulheres, jovens (especialmente raparigas), pessoas que vivem com VIH/SIDA, pessoas portadoras de deficiência, pessoas idosas, grupos não sedentários, e outras pessoas dependendo do contexto).
- 15** Irão incorporar-se análises de inclusão e equidade social em todas as fases da promoção da higiene.
- 16** Os métodos e os materiais de comunicação devem ser específicos às culturas e aos locais, acessíveis e relevantes para todas as pessoas no grupo a visar.

- 17** As actividades de promoção da higiene vão concentrar-se em conseguir mudanças sustentáveis nos principais comportamentos de higiene (identificados através de investigação formativa) e reforçar mensagens de higiene trabalhando através das estruturas existentes da comunidade e das organizações parceiras, sempre que possível. As intervenções serão implementadas em colaboração com outras agências a longo prazo sempre que seja possível fazê-lo, tal como organizações governamentais e não governamentais, parceiros da WaterAid e organizações não parceiras da WaterAid, agências que se centram na saúde e as que têm objectivos de desenvolvimento diferentes.
- 18** Irão tomar-se em consideração os padrões técnicos nacionais necessários para garantir a sustentabilidade (incluindo em relação ao risco de desastres) e a protecção ambiental, que deveriam incluir uma mistura de produtos fornecidos pelos próprios consumidores, e produtos comerciais (quando apropriado).

Monitorização e avaliação

- 19** Até se levar a cabo investigação adicional que proporcione orientação extra para a monitorização e a avaliação eficazes da higiene, a WaterAid irá levar a cabo a monitorização e a avaliação usando um número limitado de indicadores de substituição dos resultados, que serão identificados durante a fase de design do programa, e em relação aos quais se fará a monitorização e a avaliação. Têm que ser consistentes com os principais indicadores de monitorização pós-implementação (PIMs). Os indicadores podem incluir (no dia de uma visita inesperada) evidência da utilização das instalações de lavagem de mãos ou evidência de uso higiénico das latrinas. Os resultados desejados devem incluir um aumento constante da percentagem de agregados familiares que têm e usam instalações de lavagem de mãos com sabão e/ou cinzas, localizado perto da latrina ou da casa.
- 20** A monitorização e a avaliação serão levadas a cabo somente a nível de resultados, e não a nível de impacto, porque é muito mais difícil medir as ligações causais entre um programa de promoção da higiene e, por exemplo, uma redução nas doenças relacionadas com WASH, uma vez que pode haver outras variáveis envolvidas. A monitorização a nível de resultados usa indicadores de substituição que podem dar uma ideia de se as práticas de higiene seguras estão a aumentar ou não.

Aprendizagem

- 21** A WaterAid irá levar a cabo, regularmente, estudos centrados na higiene, com o fim de compreender melhor a eficácia do nosso trabalho de promoção da higiene, e para desenvolver meios mais robustos de monitorizar as mudanças de comportamento relacionadas com a higiene. Estes estudos terão provavelmente origem na análise dos resultados da monitorização eficaz.

Advocacia

- 22** A advocacia da WaterAid sobre a higiene irá concentrar-se em influenciar tanto as políticas como os programas dos governos e dos provedores de serviços, para garantir que se dá prioridade à higiene e à atribuição de recursos a longo prazo, assim como à inclusão da promoção da higiene nas intervenções de WASH. É importante que as ligações entre a água, o saneamento e a higiene sejam compreendidas até nível de governo nacional, e reconhecer a rentabilidade e importância da promoção da higiene e das mudanças de comportamento. A promoção da higiene não deve ser vista como um extra aos programas de provisão de água e de saneamento, mas sim como parte integral dos mesmos.
- 23** A WaterAid irá garantir que os princípios e os compromissos mínimos da promoção da higiene se reflectem na advocacia global, regional e nacional e nas mensagens das campanhas (por exemplo, evidência da rentabilidade e do impacto sobre a saúde pública da promoção da higiene). Deve dar-se ênfase especial aos benefícios para a saúde pública e socioeconómicos que as boas práticas de higiene podem trazer.
- 24** A WaterAid irá trabalhar para defender ligações mais estreitas entre o sector de WASH e os sectores da saúde e da educação como factores principais para concretizar mudanças sustentáveis no comportamento relacionado com a higiene.



Ram, a lavar-se junto de uma bomba de água, Lakatoorah tea garden, Sylhet, Bangladesh

Notas finais e referências

- 1 OMS (2011) *Mental health* [online]. Disponível em: www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/ (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 2 OMS (2011) *Hygiene* [online]. Disponível em: www.who.int/topics/hygiene/en/ (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 3 Adaptado da definição proporcionada por WELL (2005) *Hygiene promotion*. Disponível em: www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/hp.htm (visto a 2 de Agosto de 2012) Ver também UNICEF (1999) *A manual on hygiene promotion*. UNICEF, Nova Iorque, EUA. Disponível em: www.unicef.org/wash/files/hman.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 4 WaterAid (2011) *Estrutura de Saneamento* WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sanitation_framework_1.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012) As Nações Unidas (2002) definem o saneamento no sentido mais amplo como lidando com a “recolhe, armazenamento, tratamento, eliminação, reutilização ou reciclagem de excreções humanas (fezes e urina) [asim como] a drenagem, eliminação, reciclagem, e reutilização de águas residuais e águas pluviais (despejos), e desperdícios sólidos dos agregados familiares, industriais e perigosos. O objectivo do ODM, que se exprimiu em termos de “saneamento básico”, segue esta abordagem geral e também inclui conceitos de acessibilidade económica, aceitação cultural e sustentabilidade ambiental.
- 5 Budds J, Obika A, Howard G, Jenkins M e Curtis V (2002) *Social marketing for sanitation literature review*. WEDC, Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/docs/research/WEJX9/Literature_review.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 6 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O e Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p 315.
- 7 Curtis V (2011) Discurso de abertura na Conferência de Brisbane WASH 2011, Maio de 2011. Disponível em: www.youtube.com/watch?v=St95pADnhDQ (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 8 Appleton B e Sijbesma C (2005) *Hygiene promotion (Thematic Overview Paper/IRC)*, pp14-17. IRC Centro Internacional de Água e Saneamento, Países Baixos. Disponível em: www.irc.nl/page/27611 (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 9 Blackbrough V (2006 relatório interno inédito) *History of hygiene promotion in WaterAid*
- 10 WaterAid (2009) *Estratégia Global da WaterAid 2009-2015*. WaterAid, London, UK. Disponível em: http://www.wateraid.org/documents/plugin_documents/strategy_20092015_final.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 11 WaterAid (revisto 2009-10) *Directivas e políticas nacionais para a qualidade da água*. WaterAid, London, UK.
- 12 WaterAid (2010) *Estrutura de equidade e Inclusão*. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/equity_and_inclusion_english.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 13 WaterAid (2010) *Estrutura de Sustentabilidade*. WaterAid, London, UK. (Disponível em www.wateraid.org/urbanreform) [documents/plugin_documents/sustainability_framework_final.pdf](http://www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sustainability_framework_final.pdf) (accessed 2 August 2012)
- 14 WaterAid (2010) *Counting users and post-intervention surveys guidance notes*. WaterAid, London, UK.
- 15 WaterAid (2010) *Estrutura urbana*. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/urban_framework_final.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 16 S House, T Mahon e S Cavill (2012) *Menstrual hygiene matters: A resource for improving menstrual hygiene around the world*. WaterAid, London, UK.
- 17 WaterAid (2012) *Estrutura de segurança hídrica*. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/water_security_framework_2012_final_lr.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 18 WaterAid (previsto para 2012) *Estrutura de gestão de desastres*. WaterAid, London, UK.
- 19 WaterAid (2010 inédito) *Indicadores Estratégicos do Desempenho*, p1.).

- 20 Vai ser necessário chegar a acordo sobre algumas definições e as metodologias terão que ser refinadas no que diz respeito a como os dados serão recolhidos e analisados. Os dados de linha de base para os indicadores estratégicos do desempenho foram recolhidos durante o AF2010-11 e AN2011-12; no entanto, para as mudanças do comportamento de higiene, a informação de linha de base pode ser muito limitada e estudos adicionais sobre a higiene terão que proporcionar informação adicional sobre este assunto. As questões tais como que dados (por exemplo programa nacional, governo nacional ou local) devem ser usado para medir o comportamento de higiene também terão que ser resolvidas. A investigação sobre a promoção da higiene está a ser levada a cabo durante o AF2011-12 e AF2012-13.
- 21 Ver o Glossário se desejar uma descrição de “alturas críticas”.
- 22 Adaptado de WaterAid (1999) *Política de promoção da higiene*. WaterAid, London, UK; e WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – an introduction*, diapositivo 4. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/presentation_speech/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012). Para “conjuntos de práticas de higiene” veja também Almedom A M, Blumenthal U e Manderson L (1997). *Hygiene evaluation procedures*, p49. International Nutrition Foundation for Developing Countries.
- 23 IRC (2011) *Lessons learnt from sanitation and hygiene practitioners’ workshops: 2007-2011*. IRC Centro Internacional de Água e Saneamento, Países Baixos. Disponível em: http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/sanitationhygiene_report_website.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 24 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O e Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p316.
- 25 Adaptado da definição proporcionada por WELL (2005) *Hygiene promotion*. Disponível em: www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/hp.htm (visto a 2 de Agosto de 2012) Ver também UNICEF (1999) *A manual on hygiene promotion*. UNICEF, Nova Iorque, EUA. Disponível em: www.unicef.org/wash/files/hman.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 26 Appleton B and Sijbesma C (2005) *Hygiene promotion (Thematic Overview Paper/IRC)*, p76. IRC Centro Internacional de Água e Saneamento, Países Baixos. Disponível em: www.irc.nl/page/27611 (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 27 Prüss-Ustün A, Bos R, Gore F, Bartram J (2008) *Safe water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote better health*, p10. Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça. Disponível em: www.unwater.org/downloads/9789241596435_eng.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 28 The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)*, p5. John Wiley & Sons, UK. Disponível em: www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/Water%20safety/CD007180.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 29 Bartram J and Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11. Disponível em: www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 30 The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)*, p4. John Wiley & Sons, UK. Disponível em: www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/Water%20safety/CD007180.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 31 UNICEF/OMS (2009) *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*. UNICEF/Organização Mundial de Saúde. Disponível em: www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 32 Black R E, Cousens S, Johnson H L, Lawn J E, Rudan I, Bassani D G, Jha P, Campbell H, Fischer Walker C, Cibulskis R, Eisele T, Liu L e Mathers C, for the Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF (2010) Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *Lancet*, no 375, pp1,969-87. Disponível em: www.who.int/immunization_monitoring/diseases/Lancet_2010_withAppendix.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 33 UNICEF/OMS (2009) *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*, p5. UNICEF/Organização Mundial de Saúde. Disponível em: www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 34 UNICEF/OMS (2009) *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*, p7. UNICEF/Organização Mundial de Saúde. Disponível em: www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 35 Tirado da Wikipedia (2012) *Handwashing with soap* [online]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Hand_washing_with_soap (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 36 WSSCC e OMS (2005) *Sanitation and hygiene promotion: Programming guidance*. Water Supply and Sanitation Collaborative Council (WSSCC) and World Health Organisation (WHO). Disponível em: www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/sanhygpromo.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 37 Curtis V, Cairncross S e Yonli R (2000) Review: Domestic hygiene and diarrhoea – pinpointing the problem. *Tropical Medicine and International Health*, vol 5, no 1, pp22-32. Disponível em: <http://hygienecentral.org.uk/pdf/pinpointing.pdf> (visto a 3 de Agosto de 2012).

- 38 No entanto, reconheceu-se que as metodologias para chegar a estes dados em alguns casos são problemáticas e são inerentemente parciais. The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)* reconhece isso mas destaca que os estudos sobre as intervenções de saneamento na última revisão (2010) concluem que as “intervenções para melhorar a eliminação de excreções são eficazes para evitar as doenças diarreicas”. The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)*, p14. John Wiley & Sons, RU. Disponível em: www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/Water%20safety/CD007180.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 39 Almedom A M, Blumenthal U e Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water- and sanitation-related hygiene practices*. INFDC, IT Publications, Londres, RU.
- 40 Cairncross S, Shordt K, Zacharia S, Govindan B K (2005) What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India. *Social Science & Medicine*, vol 61, no 10, pp2,212-20. Disponível em: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/13617/> (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 41 Curtis V, Cairncross S (2003) Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, vol 3, no 5, pp275-81. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/curtis_cairncross_effect_of_handwashing_with_soap_on_diarrhea_risk_2003.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 42 Fung I C H e Cairncross S (2009) Ascariasis and handwashing. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol 103, no 3, pp215-222.
- 43 WELL (sem data) *Health impact of handwashing with soap* [online]. Disponível em: www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Handwashing.htm (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 44 Bartram J and Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11. Disponível em: www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 45 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O e Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p 312.
- 46 Bartram J and Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11, p1. Disponível em: www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 47 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O e Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p 313.
- 48 Touré O, Coulibaly S, Arby A, Maiga F, Cairncross S (2011) Improving microbiological food safety in peri-urban Mali: An experimental study. *Food Control*, vol 22, pp1,565-1,572.
- 49 Bartram J and Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11, p3. Disponível em: www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 50 Mara D, Lane J, Scott B e Trouba D (2010) Sanitation and Health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11. Disponível em: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000363 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 51 WaterAid (2008) *Tackling the silent killer*, p9. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraidamerica.org/includes/documents/cm_docs/2008/t/tacking_the_silent_killer_the_case_for_sanitation_1.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 52 WSSCC e OMS (2005) *Sanitation and hygiene promotion: Programming guidance*, p8. Water Supply and Sanitation Collaborative Council (WSSCC) and World Health Organisation (WHO). Disponível em: www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/sanhygpromo.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 53 OMS (2012) *Soil-transmitted helminth infections*. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/en/ (visto a 18 de Dezembro de 2012).
- 54 UNICEF (1999) *Towards better programming. A manual on school sanitation and hygiene*. Water, Environment and Sanitation Technical Guidelines Series – No 5. Disponível em: www.unicef.org/wash/files/Sch_e.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 55 Ver por exemplo, Sommer M (2010) Putting menstrual hygiene management on to the school water and sanitation agenda. *Waterlines* vol 29, no 4, pp268-278.
- 56 WaterAid, BRAC, IRC e WSSCC (2010) *Effective hygiene behaviour change – Messages from the South Asia hygiene practitioners’ workshop*. WaterAid, BRAC, IRC e WSSCC, Dhaka, Bangladesh. Disponível em: www.wsscc.org/resources/resource-publications/effective-hygiene-behaviour-change-programming-messages-south-asia (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 57 Sommer M (2010) Putting menstrual hygiene management on to the school water and sanitation agenda. *Waterlines* vol 29, no 4, pp268-278.
- 58 Krukkert I, da Silva Wells C, Shrestha Y e Duwal, M D (2010) Hygiene promotion for men: Challenges and experiences from Nepal. *Waterlines*, vol 29, no 4, pp279-290.
- 59 A informação para esta secção foi principalmente obtida da WaterAid (2010) *Estrutura de equidade e inclusão*. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/equity_and_inclusion_english.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012); e Kamminga E e Wegelin-Schuringa M (KIT) (2006) *HIV/AIDS and water, sanitation and hygiene*. Royal Tropical Institute – KIT. Disponível em: www.irc.nl/page/3462 (visto a sexta-feira, 3 de Agosto de 2012).

- 60 O Projecto Sphere foi estabelecido em 1997 em seguida a uma preocupação cada vez maior sobre uma assistência inconsistente para a ajuda. O primeiro manual foi publicado em 2000 e é atualizado regularmente. Sphere define padrões mínimos para a saúde, a água e o saneamento, as povoações humanas e a segurança alimentar em contextos de emergência. O Manual Sphere encontra-se disponível em: www.sphereproject.org/handbook/ (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 61 OMS (2009) *Technical note for emergencies – Hygiene promotion in emergencies*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_10_Hygiene_promotion_in_emergencies.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 62 O Manual Sphere pode ser descarregado de: www.sphereproject.org/handbook/ (visto a 3 de Agosto de 2012) Outro recurso interessante sobre a promoção da higiene durante emergências é o Global WASH Cluster (2009) *Introduction to hygiene promotion: Tools and approaches*. Global WASH Cluster, New York, USA. Disponível em: http://oneresponse.info/GlobalClusters/Water%20Sanitation%20Hygiene/publicdocuments/1_Intrdcn_22sep09.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 63 WSSCC publicou uma visão geral muito útil das abordagens de “software” em 2010: *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*. Inclui uma visão geral das abordagens participativas com base na comunidade e abordagens ao marketing de uma intervenção única. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012)
- 64 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 65 Harvey E (2002 documento interno inédito) *Participatory methodology facilitation guide*.
- 66 OMS (1998) *PHAST step-by-step guide: A participatory approach for the control of diarrhoeal diseases*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_EOS_98.3_part1.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012)
- 67 UNICEF (1997) *A sanitation handbook*, Appendix B-1. UNICEF, Nova Iorque, EUA. Disponível em: www.unicef.org/wash/files/San_e.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 68 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p33. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 69 Adaptado de www.iisd.org/casl/caslguide/rapidruralappraisal.htm (visto a 3 de Agosto de 2012)
- 70 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p31. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 71 Tirado de Sustainable Sanitation and Water Management (sem data) *Participatory hygiene and sanitation transformation (PHAST)* [online]. Disponível em: www.sswm.info/category/planning-process-tools/programming-and-planning-frameworks/frameworks-and-approaches/hygi-0 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 72 WaterAid (2011) *Estrutura de Saneamento*, p21. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sanitation_framework_1.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 73 WaterAid (2011) *Estrutura de Saneamento*, p20. WaterAid, London, UK. Disponível em: www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sanitation_framework_1.pdf (visto a 2 de Agosto de 2012).
- 74 Africa Ahead (Associação para a Educação sobre Saúde Aplicada e Desenvolvimento) (sem data) *Community health clubs* [online]. Disponível em: www.africaahead.org/welcome-to-africa-ahead-the-community-health-club-approach-to-sustainable-development/community-health-clubs/ (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 75 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p61. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 76 Um recurso útil é o website do Child to Child Trust: www.child-to-child.org/ (visto a 3 de Agosto de 2012)
- 77 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p63. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 78 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p61. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 79 Tirado de WELL (2005) *Social marketing: A consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours* [online]. Disponível em: www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Social%20marketing.htm (visto a 3 de Agosto de 2012)
- 80 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p67. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).

- 81 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*, p69. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 82 WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – An overview of approaches*. WSSCC. Disponível em: www.wsscc.org/sites/default/files/publications/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 83 Se desejar informação adicional veja o Programa de Água e Saneamento (sem data) *Total sanitation and sanitation marketing project* [online]. Disponível em: <http://www.wsp.org/wsp/node/130> (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 84 Devine J (2010) Beyond tippy-taps: The role of enabling products in scaling up and sustaining handwashing. *Waterlines*, vol 29, no 4, pp304-314.
- 85 O Programa de Água e Saneamento do Banco Mundial (WSP) compilou uma lista de produtos capacitadores, a que é possível fazer referência em www2.wsp.org/scalinguphandwashing/enablingtechnologies.
- 86 Os diferentes métodos e ferramentas que podem ser usados para monitorização e avaliação são descritos em detalhes em Almedom A M, Blumenthal U and Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water- and sanitation-related hygiene practices*. INFDC, IT Publications, Londres, RU; e também em Boot M e Cairncross S (Eds) (1993) *Actions speak: The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects*. IRC/LSHTM, Delft, Países Baixos.
- 87 Informação mais detalhada sobre a monitorização pós-intervenção (PIM) encontra-se em WaterAid (2010) *Guidance on post-intervention monitoring and follow-up of water and sanitation interventions*. WaterAid, Londres, RU, que explica como os inquéritos pós-intervenção devem ser levados a cabo e como seleccionar amostras estatisticamente representativas. Também faz recomendações sobre como os dados devem ser recolhidos, armazenados e apresentados. Para complementar os conhecimentos e recursos existentes, a WaterAid vai visar levar a cabo investigação no futuro para reforçar mais o próprio trabalho sobre monitorização e avaliação das mudanças do comportamento de higiene.
- 88 SNV e IRC (2010) *Sustainable sanitation and hygiene for all – Performance monitoring instruction*, p5. Organização de Desenvolvimento dos Países Baixos, SNV e Centro Internacional de Água e Saneamento da IRC. Disponível em: www.irc.nl/page/57189 (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 89 Muita da informação desta secção foi tirada do trabalho levado a cabo por Vicky Blackbrough, Consultora de Promoção da Higiene da WaterAid de 1997 a 2001.
- 90 Vicky Blackbrough foi a Consultora de Promoção da Higiene da WaterAid, em tempo inteiro, de 1997 a 2001, e em tempo parcial durante 2002 e 2003 até a função terminar em 2004 quando foi incluída na função de Dinamizador da Aprendizagem dos Programas.
- 91 Estes indicadores estratégicos da contribuição (SCIs) e mais tarde indicadores de banho concentraram-se em monitorizar as mudanças de comportamento de higiene e analisaram especificamente a percentagem de melhorias nas práticas de lavagem de mãos das populações visadas, sustentado durante mais de três anos depois de uma intervenção financiada pela WaterAid terminar, assim como a percentagem de agregados familiares nos quais todos os membros continuaram a usar uma instalação “melhorada” de saneamento higiénico para defecação mais de três anos depois de uma intervenção financiada pela WaterAid terminar. Os SCIs e os indicadores de banho foram substituídos em 2006 por uma estrutura de revisão do desempenho anual (APRF) que exigia que os programas nacionais participassem anualmente sobre o número de beneficiários directos de higiene (ou seja os que praticam agora higiene segura) como resultado de uma campanha de promoção da higiene ou projecto financiados pela WaterAid.
- 92 Blackbrough V (2006) *History of hygiene promotion in WaterAid*.
- 93 See also the IRC hygiene papers available online at: www.irc.nl/page/51605.
- 94 WaterAid (2011) *Promoting good hygiene practices: Key elements and practical lessons*. WaterAid, Melbourne, Australia. Disponível em: www.irc.nl/page/64892 (visto a sexta-feira, 3 de Agosto de 2012).
- 95 Em 2009-2010, a Unidade de Apoio Técnico (TSU) levou a cabo uma avaliação quantitativa e qualitativa das tecnologias e abordagens nos programas nacionais (com base nos dados de 2008-2009). Estes estudos diferenciam entre tecnologias e abordagens para a água, o saneamento e a higiene, e baseiam-se nos questionários assim como nas entrevistas com os funcionários dos programas nacionais (apesar dos estudos não serem abrangentes e podem necessitar de investigação e verificação adicional). Para além do mais, a consulta foi levada a cabo com os programas nacionais da WaterAid em Maio e Junho de 2011 que proporcionaram informação completa sobre as definições e abordagens, mecanismos de monitorização e avaliação, e necessidades futuras para o trabalho de promoção da higiene a nível global, regional e nacional. Nem toda a informação obtida da consulta foi incluída nesta secção; foi documentada para fins do trabalho futuro.
- 96 WaterAid Zâmbia (2011) *Hygiene framework consultation part 1 of 5*. WaterAid, Zâmbia.
- 97 WaterAid Zâmbia e WaterAid Gana (2011) *Hygiene framework consultation part 1 of 5*. WaterAid, Zâmbia e Gana.
- 98 No entanto, PHAST levado a cabo por dinamizadores inexperientes e sem formação tem tendência a tornar-se didáctico em vez de verdadeiramente participativo. É necessário ter competências significativas para usar as ferramentas e abordagens correctamente. Mas quando é bem feito, a abordagem é muito poderosa.
- 99 UNICEF (1999) *Towards better programming. A manual on school sanitation and hygiene*. Water, Environment and Sanitation Technical Guidelines Series – No 5. Disponível em: www.unicef.org/wash/files/Sch_e.pdf (visto a 3 de Agosto de 2012).

- 100 Adaptado de WELL (2005) *Social marketing: A consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours* [online]. Disponível em: www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-hm/Social%20marketing.htm (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 101 Adaptado de Almedom A M, Blumenthal U e Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water- and sanitation-related hygiene practices*, pp49-50. INFDC, IT Publications, Londres, RU. Apesar da presença das instalações de lavagem de mãos não se traduzir necessariamente em lavagem de mãos sustentada em alturas críticas, se durante o decorrer do tempo o número de instalações de lavagem de mãos (especialmente com sabão ou um substituto disponível localmente) aumentar e houver evidência de utilização, pode indicar a aceitação do comportamento de lavagem de mãos.
- 102 IRC (2004) *Sustainability of hygiene behaviour and the effectiveness of change interventions*. Centro Internacional de Água e Saneamento da IRC, Países Baixos. Disponível em: [http://ec.europa.eu/echo/files/evaluation/watsan2005/annex_files/IRCNL/IRCNL.5.SustainabilityofHP_IRC_Booklet2\[1\]\[1\].pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/evaluation/watsan2005/annex_files/IRCNL/IRCNL.5.SustainabilityofHP_IRC_Booklet2[1][1].pdf) (visto a 3 de Agosto de 2012).
- 103 Almedom A M, Blumenthal U e Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water- and sanitation-related hygiene practices*. INFDC, IT Publications, London, UK.
- 104 Boot M e Cairncross S (Eds) (1993) *Actions speak: The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects*. IRC/LSHTM, Delft, Países Baixos. Também se estão a desenvolver indicadores padrão como parte dos processos de *monitorização pós-implementação da WaterAid. (PIM)*.
- 105 Almedom A M, Blumenthal U e Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water- and sanitation-related hygiene practices*, p55. INFDC, IT Publications, Londres, RU.
- 106 Por exemplo, os departamentos de educação do governo podem ser encorajados a apoiar as actividades de promoção da higiene criança a criança nas escolas. Tal abordagem contribui para evitar a duplicação de esforços e conflitos de interesse, maximiza a utilização de recursos limitados, alarga a esfera de influência da WaterAid, destaca a melhoria de capacidades dos parceiros e das comunidades e reforça a sustentabilidade a longo prazo dos programas de promoção da higiene.
- 107 Os indicadores dos resultados são diferentes dos indicadores da produção – observações sobre a existência e número de instalações de lavagem de mãos (apesar destes indicadores não dizerem nada sobre se ou como as instalações são usadas).



A missão da WaterAid é transformar vidas melhorando o acesso à água segura, à higiene e ao saneamento nas comunidades mais pobres do mundo. Trabalhamos com parceiros e influenciamos os responsáveis pelas decisões para maximizar o nosso impacto.

Números de registo de obra de beneficência 288701
(Inglaterra e País de Gales) e SC039479 (Escócia)

WaterAid
47-49 Durham Street
London, SE11 5JD, UK
Tel: +44 (0) 20 7793 4500
Fax: +44 (0) 20 7793 4545
Email: wateraid@wateraid.org

www.wateraid.org

Dezembro de 2012