



Administração de Abrigos Temporários



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL

ADMINISTRAÇÃO PARA ABRIGOS TEMPORÁRIOS

Rio de Janeiro
2006

Rosinha Garotinho
Governadora do Estado do Rio de Janeiro

Luiz Paulo Conde
Vice-Governador do Estado do Rio de Janeiro

Carlos Alberto de Carvalho – Cel BM
Secretário de Estado da Defesa Civil e
Comandante Geral do CBMERJ

Luiz Eduardo Coelho Santana – Cel BM
Subsecretário de Estado da Defesa Civil

Sérgio Simões – Cel BM
Subsecretário Adjunto de Operações

Adenil Ribeiro da Silva – Cel BM
Subsecretário Adjunto de Administração

Marcos Aurélio da Silva – Cel BM
Chefe do Estado-Maior-Geral e Subcomandante Geral do CBMERJ

Marco Antônio Silveira Martins de Oliveira – Cel BM
Diretor do Instituto Tecnológico de Defesa Civil

Mauro Domingues André – Cel BM
Diretor da Escola de Defesa Civil

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado da Defesa Civil. Subsecretaria Adjunta de Operações. Instituto Tecnológico de Defesa Civil. Escola de Defesa Civil.

Administração para Abrigos Temporários. 1ª ed. / Secretaria de Estado da Defesa Civil do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: SEDEC-RJ, 2006.

244p.: il.; 29,7 cm.

1. Defesa Civil. 2. Planejamento em Desastres. 3. Administração de Desastres. 4. Abrigo Temporário. I. Governo do Estado do Rio de Janeiro. II. Secretaria de Estado da Defesa Civil do Rio de Janeiro. III. Simões, Sérgio. (org) IV. Título.

Projeto da Capa

Sérgio Simões - Cel BM

Marcelo Hess de Azevedo - Ten-Cel BM

Rammon Dias Pereira – Cap BM

Fernando de Souza Costa – Sd BM

Arte/ Design da Capa

Fernando de Souza Costa – Sd BM

Diagramação

Rammon Dias Pereira – Cap BM

EQUIPE DE COORDENAÇÃO E COMPILAÇÃO

Organização

Sérgio Simões - Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ.

Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais / CBMERJ.

Curso Superior de Bombeiro Militar / CBMERJ.

Revisão

Dr. Carlos Machado de Freitas

Coordenador da Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ / Ministério da Saúde

Coordenação e Autoria

Roberto Jorge Lucente - Ten-Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Graduação em Informática / UERJ

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Estratégica das Organizações / UNESA

Mestrado em Informática (em curso) / NCE / UFRJ

Fábio Chingres Kuschnir - Ten-Cel BM

Graduação em Medicina / UFRJ

Título de Especialista em Pediatria / SBP

Mestrado em Imunologia Clínica / UFRJ

Doutorado em Pesquisa Clínica (em curso) / UFRJ

Fábio Faria Feitosa - Ten-Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Graduação em Engenharia Civil / FERP-RJ

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Operacional das Organizações / UNESA

Pós-graduação “Lato sensu” em Cálculo Estrutural (em curso) / FERP-RJ

Marcelo Hess de Azevedo - Ten-Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Graduação em Licenciatura Química (em curso) / UERJ

Curso “S-420, Command and General Staff” do Departamento de Agricultura do Estados Unidos, realizado em Tucson- Arizona - EUA

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Operacional das Organizações / UNESA

Marcello da Silva Costa - Ten-Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Operacional das Organizações / UNESA

Brígida Neide Rocha Lira - Cap BM

Graduação em Enfermagem / UNIGRANRIO

Especialização em Terapia Intensiva Adulta e Neonatal / UFRJ

Mestrado em Enfermagem / UFRJ

Heloiza Helena Nunes da Silveira - Cap BM

Graduação em Medicina / UFRJ

Residência Médica em Pediatria / IPPMG-UFRJ

Título de Especialista em Pediatria / SBP

Residência Médica em Alergia e Imunologia / UFRJ

Título de Especialista em Alergia e Imunologia / ABAI

Mônica Regina Filippo de Alencar - Cap BM

Graduação em Medicina / UFRJ

Residência Médica em Pediatria / IPPMG-UFRJ

Título de Especialista em Pediatria / SBP

Pós-graduação “Lato sensu” em Infectologia Pediátrica / IFF-FIOCRUZ

Mestrado em Saúde Coletiva (em curso) / NESC-UFRJ

Rammon Dias Pereira - Cap BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Pós-graduação “Lato sensu” em Administração e Gerência Empresarial / FIS

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Operacional das Organizações / UERJ

Curso de Operações de Unidade Celular de Intendência / Nível Avançado / COMAER

Débora Lúcia Souza Teixeira - 1º Ten BM

Graduação em Odontologia / UFRJ

Especialização em Odontopediatria / UNESA

Mestrado em Odontologia / UERJ

Rodolfo de Almeida Lima Castro - 1º Ten BM

Graduação em Odontologia / UFRJ

Especialização em Odontopediatria / UERJ

Mestrado em Odontologia / UFRJ

Doutorado em Saúde Pública (em curso)/ ENSP-FIOCRUZ

Mônica Xavier Torres - 1º Ten BM

Graduação em Enfermagem / UERJ

Especialização em Saúde Coletiva / UGF

Gabriela Franco Dias Lyra - 1º Ten BM

Graduação em Serviço Social / UFF

Rosana de Figueiredo França - 1º Ten BM

Graduação em Nutrição / UGF

Especialização em Nutrição Clínica / UGF

Título de Sanitarista / ENSP-FIOCRUZ

Mestrado em Saúde Pública (em curso) / ENSP-FIOCRUZ

Elaine Vasconcelos de Andrade - 1º Ten BM

Graduação em Psicologia / UFRJ

Pós-graduação em Clínica Psicanalítica / UERJ

Mestrado em Saúde Coletiva (em curso) / Instituto de Medicina Social-UERJ

Frank Ronald Moreira Costa - 1º Ten BM

Graduação em Enfermagem / UFRJ

Especialização em Enfermagem do Trabalho / UGF

Claudia Cristina Valentim Alves - 2º Ten BM

Graduação em Serviço Social / UFRJ

Fátima Pereira Machado - 2º Ten BM

Graduação em Psicologia / SEFLU

Mônica dos Santos Mascarenhas - 2º Ten BM

Graduação em Fonoaudiologia / UFRJ

Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil (em curso) / Maternidade Escola-UFRJ

Andréa Ribeiro Gaspar - 2º Ten BM

Graduação em Fonoaudiologia / UFRJ

Vagner Costa de Souza - 2º Ten BM

Graduação em Nutrição / UERJ

Colaboradores

José Paulo Miranda de Queiroz – Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Graduação em Engenharia Civil / UVA

Curso Superior de Bombeiro Militar - CSBM

Robson de Alvarenga Facina – Cel BM

Graduação em Medicina / UFF

Residência Médica em Anestesiologia / UFF

Mauro Domingues André – Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Estratégica das Organizações / UNESA

Wanius de Amorim – Ten-Cel BM

Graduação no Curso de Formação de Oficiais / CBMERJ

Graduação em Direito / UERJ

Pós-graduação “Lato sensu” em Gestão Estratégica das Organizações / UERJ

Pós-graduação em Ciências Ambientais / UFRRJ

Daniela da Cunha Lopes – Maj.BM

Graduação em Serviço Social / UNB

Graduação em Psicologia / UniCEUB

Especialização em Psicodrama Aplicado e Terapia Familiar

Edna Maria de Queiroz – Cap BM

Graduação em Medicina / FTESM

Residência Médica em Clínica Geral / Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Mestrado em Pesquisa Clínica (em curso) / IPEC-FIOCRUZ

Tatiana Pereira Neves

Graduação em Biomedicina / UNI-RIO

Título de Sanitarista / ENSP – FIOCRUZ

Mestrado em Saúde Pública (em curso) / ENSP – FIOCRUZ

APRESENTAÇÃO

A vivência nas lides da Defesa Civil amplia a percepção e a sensibilidade de cada um de nós, profissionais vocacionados para o desempenho de ações humanitárias, quando chamados para assistir às populações vitimadas por desastres, em seus diferentes níveis de intensidade.

Embora em nosso país não se verifique a ocorrência de desastres súbitos de evolução aguda, como terremotos, erupções vulcânicas e tsunâmis, frequentemente, verificamos a ocorrência de enchentes e inundações. Estas, invariavelmente, destroem ou danificam seriamente habitações, sobretudo aquelas situadas em áreas vulneráveis, desabrigando pessoas e trazendo como consequência a necessidade de abrigos temporários.

O Manual de Administração para Abrigos Temporários é fruto da nossa percepção da necessidade de uma literatura nacional adequada à realidade brasileira, que nos oriente a implementar os procedimentos administrativos, logísticos e operacionais que possibilitem minimizar o sofrimento das pessoas desabrigadas em razão dos desastres.

Para sua elaboração, inicialmente, realizamos o Simpósio “Coordenação de Abrigos Temporários”, com a participação de técnicos com grande experiência neste mister: integrantes da Secretaria de Estado da Defesa Civil e Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria Nacional de Defesa Civil, Gabinete de Assistência a Desastres no Exterior - OFDA, Coordenação Geral do Sistema de Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro e Cruz Vermelha Brasileira. A troca de experiências entre estes profissionais proporcionou uma intensa sinergia, estimulando cada um dos participantes a identificar os principais pontos a serem tratados no desenvolvimento do tema.

A partir daí, constituiu-se uma equipe multiprofissional de Oficiais da SEDEC/CBMERJ, que empregou todos os seus esforços para disseminação de conhecimentos nas áreas de bombeiro militar, enfermagem, engenharia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social, a fim de aplicá-los nos locais de assistência às pessoas desabrigadas. O conhecimento técnico, a experiência profissional de cada um e as pesquisas bibliográficas foram os instrumentos utilizados.

Este documento, gestado no âmbito da Secretaria de Estado da Defesa Civil do Rio de Janeiro, agora se apresenta às críticas e sugestões de todos os profissionais que se interessam pelo tema, com o objetivo de propiciar o seu aperfeiçoamento e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade do atendimento às vítimas de desastres.

Cumpre-me o dever de reverenciar a cada um dos profissionais integrantes da equipe de coordenação e compilação do presente manual pela sua competência, dedicação e comprometimento com os objetivos da nossa Secretaria de Estado da Defesa Civil. Por fim, faço um agradecimento especial ao Dr. Carlos Machado de Freitas, Coordenador da Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ/ Ministério da Saúde, pela sua inesgotável paciência nos trabalhos de revisão, além de suas inúmeras observações, sempre pertinentes, para o encadeamento lógico das idéias.

Carlos Alberto de Carvalho

Secretário de Estado da Defesa Civil
e Comandante Geral do CBMERJ

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. HISTÓRICO	19
2. ADMINISTRAÇÃO DE ABRIGOS	21
2.1 Introdução	21
2.2 Objetivo	21
2.3 Definições e conceitos	21
2.3.1 A administração	21
2.3.2 O administrador do abrigo	21
2.3.3 O abrigo	22
2.4 O abrigo temporário	22
2.4.1 Tipos de instalação	22
2.4.2 Quem organiza o abrigo?	23
2.4.3 Quando se planeja o abrigo?	23
2.4.4 Quando se estabelece um abrigo?	24
2.4.5 Para quanto tempo deve-se organizar um abrigo?	25
2.5 A instalação do abrigo	25
2.6 Sistema de gerenciamento do abrigo	26
2.6.1 Organização e funções de comando	26
2.6.2 Organograma	38
3. A ÁGUA	39
3.1 Introdução	39
3.2 Fontes de água e sua captação	40
3.2.1 Abastecimento tradicional	40
3.2.2 Abastecimento por viatura	41
3.2.3 Mananciais ou fontes naturais	41

3.3 Tratamento	45
3.3.1 Padrões de potabilidade	45
3.3.2 Desinfecção	45
3.3.3 Estimativa de consumo	47
3.3.4 Dimensionamento	47
4. SANEAMENTO BÁSICO	49
4.1 Introdução	49
4.2 Esgotamento sanitário no abrigo	49
4.2.1 Descarte de dejetos na ausência de sistema de esgotamento sanitário	50
4.3 Latrinas	51
4.3.1 Tipos de latrinas	51
4.3.2 Localização das latrinas	55
4.3.3 Manutenção das latrinas	55
4.4 Mictórios	55
4.4.1 Cuidados gerais com os mictórios	56
4.5 Despejos líquidos de cozinha, chuveiros, lavatórios e lavanderias	56
4.6 Destino do lixo	57
4.6.1 Coleta de lixo comum	57
4.6.2 Incineração	57
4.6.3 Lixo hospitalar	58
5. BIOSSEGURANÇA	59
5.1 Introdução	59
5.2 Medidas de precaução básica ou padrão	60
5.3 Condutas para acidentes ocupacionais com material biológico	61
5.4 Cuidados com cadáveres	62
5.5 Cuidados com animais	63
6. ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES	65
6.1 Introdução	65

6.2 Os alimentos	66
6.3 Características físicas da UAN	68
6.3.1 Recepção e estocagem dos gêneros	68
6.3.2 Área de processamento	69
6.3.3 Área de distribuição	71
6.4 Lactário	72
6.5 Recursos humanos	73
6.5.1 Descrição de funções	74
6.6 Cuidados higiênicos-sanitários na preparação de refeições	76
6.6.1 Os manipuladores de alimentos	76
6.6.2 Gêneros alimentícios	77
6.6.3 Os equipamentos e utensílios	80
6.6.4 Estrutura física da UAN	81
6.7 Cardápio	82
 7. RECEPÇÃO, TRIAGEM E ROTINA DO ABRIGO	 85
7.1 A recepção dos desabrigados	85
7.2 O cadastro dos desabrigados	85
7.3 O acautelamento dos bens	86
7.4 A disposição dos animais	86
7.5 A triagem de saúde	87
7.6 Disposição das famílias	88
7.7 Triagem social	89
7.8 Recursos humanos	89
7.9 Almoxarifado	90
7.10 A rotina do abrigo	91
7.10.1 A circulação das informações	92
7.10.2 O trânsito de pessoas no abrigo	92
7.10.3 A participação dos desabrigados em atividades no abrigo	93
7.10.4 Assistência religiosa	94
7.10.5 Atividades educativas e recreativas no abrigo	94

8. CUIDADOS EM SAÚDE	95
8.1 Medicina no abrigo	95
8.1.1 Doença infecto-contagiosa em populações desabrigadas	96
8.1.2 Prevenção e controle das doenças cutâneas em populações desabrigadas	119
8.2 Enfermagem no abrigo	122
8.2.1 Objetivos das atividades de enfermagem no abrigo	122
8.2.2 Enfermagem na triagem	122
8.2.3 Enfermagem no planejamento, execução e gerenciamento de ações assistenciais	123
8.2.4 Atuação da enfermagem nas atividades de educação e promoção de saúde	123
8.2.5 Capacitação de voluntários	124
8.2.6 Núcleo de saúde	125
8.3 Cuidados odontológicos	125
8.3.1 Introdução	125
8.3.2 Cárie dentária	126
8.3.3 Problemas bucais agudos	127
8.3.4 Doença periodontal	127
8.3.5 Prevenção e controle dos problemas bucais	128
8.3.6 Traumatismo dento-alveolar	131
8.3.7 Fraturas faciais	133
8.3.8 Infecções de origem dentária	134
8.3.9 Considerações finais	134
8.4 Cuidados nutricionais	135
8.4.1 Introdução	135
8.4.2 Cuidados a grupos específicos	136
8.5 Saúde mental e atenção psicossocial	140
8.5.1 Introdução	140
8.5.2 Problemas psicossociais versus patologia	142

8.5.3 Fases das respostas aos desastres	143
8.5.4 Reações esperadas	144
8.5.5 Reações alarmantes	147
8.5.6 Reações dos grupos de risco	148
8.5.7 Reações freqüentes dos membros de resposta	150
8.5.8 Transtornos	151
8.5.9 Intervenções apropriadas	154
9. OS AGENTES PSICOSSOCIAIS	157
9.1 Introdução	157
9.2 Quem é o agente psicossocial ?	158
9.3 Organização dos agentes psicossociais no abrigo	159
9.4 Funções dos agentes psicossociais no abrigo	159
9.4.1 Realizar entrevista com todas as famílias desabrigadas	159
9.4.2 Viabilizar o retorno das famílias à vida cotidiana	160
9.4.3 Realizar os primeiros cuidados psicossociais	161
9.4.4 Fazer circular informações	162
9.4.5 Estimular a participação das famílias	163
9.4.6 Facilitar grupos de reflexão de apoio mútuo	164
9.4.7 Manter a disciplina do abrigo	164
9.4.8 Encaminhar os desabrigados para o serviço médico, caso seja necessário	165
9.4.9 Viabilizar e organizar a assistência religiosa	165
9.4.10 Realizar atividades no espaço recreativo	166
9.5 Rotina dos agentes psicossociais no abrigo	166
9.6 Capacitação para a formação do agente psicossocial do abrigo	166
10. ESPAÇO RECREATIVO	167
10.1 Introdução	167
10.2 O modelo da brinquedoteca	168
10.2.1 Quem trabalha no espaço recreativo?	168
10.3 Organização do espaço recreativo	169

10.3.1 Os diferentes espaços	169
10.3.2 Tipos de brinquedos para diferentes etapas de desenvolvimento	170
10.3.3 Atividades planejadas do espaço recreativo	171
10.3.4 Atividades de leitura	171
10.4 Regras de funcionamento do espaço recreativo	172
10.5 Sugestões para conduzir as atividades	172
10.6 Jogos e brincadeiras	173
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 177
 BIBLIOGRAFIA	 179
 SIGLAS	 187
 GLOSSÁRIO	 189
 ANEXOS	 203

INTRODUÇÃO

Fábio Faria Feitosa

Desde a descoberta do nosso país, os desastres vêm acompanhando o nosso cotidiano. Nos últimos anos, como fruto do desenvolvimento tecnológico da sociedade, bem como o seu crescimento e adensamento demográfico, a Defesa Civil teve um aumento significativo em suas atribuições de pequeno, médio e longo prazo. Como exemplo, o processo de capacitação contínua, que tem se intensificado em nosso país com o objetivo de explicitar as percepções dos riscos para a população. Nesse contexto, por outro lado, tem-se que a coordenação de pessoal e o gerenciamento de recursos, frente às mais diversas emergências, tornou-se um ato de elevada complexidade.

O “Projeto Esfera”, da Organização das Nações Unidas (ONU) tem sido referência nas ações administrativas de abrigos, por possuir uma característica relevante e de objetivos nítidos. Esses objetivos respondem às indagações de “por quê”, “como”, “quando” e “onde” montar um abrigo.

Algumas organizações de defesa civil criaram seus próprios modelos de montagem de abrigo após desastres originados por determinados eventos adversos. Esses órgãos adotam procedimentos de acordo com as informações do Projeto Esfera, o qual apresenta algumas especificações destoantes da nossa realidade, por tratarem principalmente de desastres naturais que não são comuns em nosso país.

Para auxiliar no alcance do objetivo de redução dos desastres, compromisso da Defesa Civil com a sociedade, dentro das mais diversas concepções de gestão, este manual vem para capacitar Coordenadorias Municipais de Defesa Civil quanto à montagem, coordenação e planejamento de abrigos temporários, a fim de evitar, após o impacto do desastre, um agravamento da situação. A participação da sociedade civil de um modo geral, será essencial para atuar nas atividades preestabelecidas.

Este trabalho facilitará as decisões compartilhadas entre as esferas do poder público, lembrando que o processo participativo da comunidade é de grande importância para colocá-lo em prática.

Além de orientações, a publicação traz um glossário, a relação da equipe multiprofissional e um conjunto de documentos de referência bibliográfica.

O grupo teve uma preocupação muito grande com as riquezas e a diversidade de cenários existentes no Brasil. A heterogeneidade do relevo, do clima e da densidade demográfica dificultou a padronização de uma estrutura adequada. Este documento editado retratará o momento histórico da implantação padronizada de gerenciamento de um abrigo.

O objetivo deste manual é melhorar a qualidade de atendimento às vítimas de um desastre, com padronização das normas de procedimento, cujas medidas assistenciais abrangem o abastecimento de água, o saneamento, a nutrição, a seleção do local, a montagem da estrutura e os cuidados de saúde.

HISTÓRICO



*Roberto Jorge Lucente
Fábio Faria Feitosa*

Nos últimos anos, estudos epidemiológicos mostram que dois fatores têm colaborado muito para geração de desastres: alterações ambientais e o crescimento e adensamento demográfico com ocupação desordenada. No Brasil, os desastres naturais e antropogênicos deixam centenas de pessoas a necessitar de assistência, de modo que a cultura de empenho do sistema humanitário em apoio às vítimas precisa ser intensificada.

Em 1997, com a implantação do “Projeto Esfera”, elaborado por um estudo de dois anos feito pela ONU, ficou definida a **Carta Humanitária e as Normas Mínimas de Resposta Humanitária em Situações de Desastre**. Esse documento estabelece o que as pessoas afetadas podem esperar dos órgãos competentes, baseado nos princípios fundamentais que norteiam as ações que defendem o direito da população à proteção e à assistência.

Em algumas regiões do país, as coordenações e os gerenciamentos de abrigos vêm demonstrando uma certa habilidade, mas encontram-se aquém do esperado diante de um incidente de massa. Isso se dá devido, entre outras coisas, aos fatores administrativos como falta de articulação, de organização, comunicação, logística e assistência propriamente dita.

Como exemplo, em fevereiro de 1967, o então Estado da Guanabara foi assolado por fortes chuvas torrenciais causando 300 mortes e 25 mil desabrigados. Por falta de previsão e infra-estrutura pública local não se conseguiu abrigar as vítimas.

Percebe-se que os desastres relacionam-se à situação geográfica, ambiental e social de uma localidade, o que exige uma ação pró-ativa dos governos, com a manutenção dos mecanismos preventivos e de emergência, prontos para serem acionados.

Para atender à demanda, em dezembro de 2005, a Secretaria de Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro/ SEDEC-RJ convocou um grupo de especialistas e pessoas que passaram pela

experiência de coordenar um abrigo, com o objetivo de realizar uma avaliação, no histórico, quanto às dificuldades apresentadas. Oficiais do CBMERJ, representantes da Cruz Vermelha Brasileira, da OFDA e da “Coordenadoria do Sistema de Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro – COSIDEC” participaram do fórum. O encontro dessas autoridades e profissionais, diretamente ligados ao tema, propiciou um momento de reflexão e possibilitou aos envolvidos a apresentação de sugestões para a resolução das questões mais prementes.

Em seguida, os colaboradores técnicos foram orientados a elaborar um trabalho escrito contendo propostas, que de forma simples e dinâmica, orientasse os envolvidos no gerenciamento de riscos e por conseguinte, a comunidade quanto à “Administração de um Abrigo Temporário”.

ADMINISTRAÇÃO DE ABRIGOS



*Fábio Faria Feitosa
Marcelo Hess de Azevedo
Marcello Silva da Costa
Rammon Dias Pereira*

2.1 INTRODUÇÃO

A administração adequada de abrigos temporários, em situações de desastres, é também uma forma de gerenciar riscos de novos desastres, como a fome e o desajuste social. O planejamento e a capacitação dos recursos humanos são as ferramentas mais importantes para o seu sucesso.

2.2 OBJETIVO

Ampliar a visão administrativa do Gestor Municipal de Defesa Civil para a elaboração de planos de trabalho, que levem em conta as necessidades para a implementação de abrigos temporários em situações de desastres.

2.3 DEFINIÇÕES E CONCEITOS

2.3.1 Administração

Administração vem do latim “ad” (direção, tendência para) e “minister” (subordinação ou obediência). Segundo Maximiano (1997, apud Reis), “é o processo de tomar e colocar em prática decisões sobre objetivos e utilização de recursos”. Diz respeito ao desempenho da organização como um todo, em um determinado contexto.

2.3.2 O Administrador do Abrigo

Profissional capaz de articular a teoria e prática com competência, preparado para lidar com pessoas e situações, bem como planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar as atividades como forma de gerar bons resultados para o governo, para os segmentos organizados cooperadores e para a sociedade. O seu papel é fundamental em situações de emergência, pois cabe a ele definir onde investir e mobilizar os recursos humanos, materiais e financeiros, principalmente, do sistema municipal de defesa civil.

2.3.3 O Abrigo

É o local ou a instalação que proporciona hospedagem a pessoas necessitadas.

2.3.3.1 Classificação de Abrigo

- **Permanente**

Instituições públicas ou privadas destinadas à assistência para pessoas desamparadas socialmente.

- **Temporário**

Organizado em uma instalação fixa e adaptada para esta finalidade, por um período determinado.

2.4 O ABRIGO TEMPORÁRIO

2.4.1 Tipos de Instalação:

Fixa

Edificações públicas ou privadas adaptadas para a habitação temporária. Exemplos: escolas, ginásios, clubes, hotéis, quartéis, entre outras.



Móvel

Constituídos por barracas de Campanha para a habitação temporária, em área pré-determinada. Exemplos: campo de futebol, quadra poli-esportiva sem cobertura fixa, descampados horizontais, entre outros.



2.4.2 Quem Organiza o Abrigo?

A responsabilidade de organizar um abrigo temporário é do órgão municipal de defesa civil (COMDEC ou SEMDEC), podendo, sob forma de cooperação (considerando o despreparo do órgão municipal), ser organizado pelos órgãos estaduais e/ou federais de defesa civil, como também, por entidades públicas ou privadas.

2.4.3 Quando se Planeja o Abrigo?

Nos períodos de normalidade

A organização de abrigos temporários deve ter início no período de normalidade, antes da fase de pré-impacto (intervalo entre o prenúncio da ocorrência e o desencadeamento do desastre), pois nesse tempo é que podemos elaborar os Planos de Trabalho, de Contingência e de Operações¹ para a implementação desses abrigos.

Todo esse planejamento possibilita ao administrador do abrigo obter eficiência na

¹ Para essas definições, ver Glossário.

articulação e mobilização dos recursos humanos, materiais, financeiros e institucionais, já disponibilizados e acordados com os órgãos setoriais e de apoio do sistema municipal de defesa civil. Para tal, devem ser consideradas as seguintes ações:

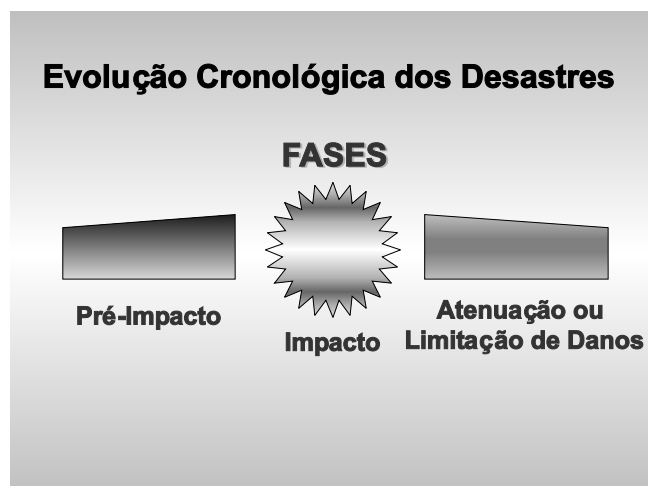
- Executar o Programa de Preparação para Emergência e Desastre (PPED), com o fim de capacitar os recursos humanos, e o Programa de Resposta aos Desastres (PRED), com o fim de empregar os recursos humanos, materiais, financeiros e institucionais com eficiência e eficácia.
- Elaborar um plano de contingência (abrangendo os aspectos gerais), e reunir os planos de operações das instituições e “Segmentos Organizados da Sociedade”.

No planejamento da montagem e estruturação de abrigos temporários, deve constar, detalhadamente, as áreas que poderão ser ocupadas ordenadamente (com croqui), como também, as equipes de trabalho, com as suas respectivas atribuições e os recursos que poderão ser utilizados.

2.4.4 Quando se Estabelece um Abrigo?

Nos períodos de anormalidade

O abrigo deve ser estabelecido após o impacto (fase que corresponde ao intervalo de tempo durante o qual o evento adverso manifesta-se em total plenitude), ou seja, na fase de atenuação. Nessa fase, os efeitos físicos, químicos e biológicos dos fenômenos ou efeitos adversos iniciam o processo de atenuação.



2.4.5 Para quanto tempo deve-se organizar um abrigo?

Um abrigo deve ser planejado para cada 7 dias, ou seja, os recursos necessários à sua organização devem ser estimados para esse período, podendo ser reorganizado, na mesma proporção, caso seja necessário. Cabe ressaltar que, apesar do abrigo ter caráter temporário, não se pode precisar sua duração, uma vez que esta dependerá de cada contexto.

2.5 A INSTALAÇÃO DO ABRIGO

Na escolha de uma **área fixa** para servir de abrigo temporário devem ser considerados os seguintes critérios para a instalação:

- **Tipo e característica da edificação** (nº de pavimentos, compartimentação do espaço, nº de sanitários, reservatórios de água potável, entre outros);
- **Condições de higiene e limpeza** (lavanderias, escovódromos, secagem de roupas, chuveiros, entre outros);
- **Infra-estrutura** (água, luz, banheiros, cozinha, dormitórios, área de recreação, ventilação, entre outros);
- **Delimitação do espaço físico** (por pessoas).

Os desabrigados devem dispor de um espaço coberto suficiente para se proteger das adversidades climáticas, com condições adequadas de temperatura, segurança e privacidade. A área coberta total estabelecida para cada pessoa será de 4,00 m², em média, atentando para os indicadores mínimos abaixo:

- Alojamentos: 2,00 m² por pessoa;
- Cozinha: 15,00 m² para cada fogão industrial de 6 bocas, que atendem a até 250 pessoas;
- Banheiros: 1 lavatório para cada 10 pessoas; 1 latrina para cada 20 pessoas; e 1 chuveiro para cada 25 pessoas;
- Setor de Triagem: 20,00 m²;
- Área de serviço: 1 tanque de lavar roupas para cada 40 pessoas;
- Refeitório: 1,50 m² por pessoa;
- Espaço recreativo: 1,50 m² por criança.

Na escolha de uma **área móvel** para montar o abrigo temporário deve ser considerado os seguintes critérios:

- **Tipo de barraca e característica do terreno** (topografia, possibilidade de fazer muita lama, proximidade com mananciais e reservatórios da água potável, entre outros);
- **Condições de higiene, limpeza e prevenção de vetores biológicos** (lavanderias, escovódromos, secagem de roupas, chuveiros, isolamento de insetos, animais peçonhetos, entre outros);
- **Infra-estrutura** (água, luz, banheiros, cozinha, dormitórios e área de recreação);
- **Delimitação do espaço físico** (por família, em cada barraca - 10,00 m²);
- **Distância mínima entre as barracas** (3,00m).

2.6 SISTEMA DE GERENCIAMENTO DO ABRIGO

O sistema de gerenciamento é a administração propriamente dita. O modelo sugerido para o gerenciamento dos abrigos temporários neste manual será baseado no Sistema de Comando de Incidentes (ICS)².

Trata-se de um sistema de gerenciamento de emergências padronizado e desenvolvido especificamente para possibilitar uma estrutura organizacional integrada entre múltiplos órgãos. Tem por objetivo criar condições ao atendimento das demandas oriundas de um único ou de vários incidentes no local da ocorrência.

2.6.1 Organização e funções de comando

O Sistema de Comando de Incidente tem cinco áreas funcionais: Comando, Operações, Planejamento, Logística e Finanças.

2.6.1.1 Comando

É responsável pelo gerenciamento geral do incidente e inclui certas funções de Staff (equipe técnica especializada) necessárias para apoiar o comando. O comandante poderá dispor de secretários que auxiliarão na preparação e registro de reuniões, organização do posto de comando e outras atividades de assessoria direta ao comando.

O comando pode ser exercido de duas formas: Singular ou Unificado.

² “Incident Command System – ICS”- definido pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Incidentes (*National Incident Management System–NIMS*), dos Estados Unidos da América.

Comando Singular: quando o incidente ocorre numa única jurisdição (ente político-União, Estado, DF ou Município), o comando será singular. O Comandante do Incidente (CI) prepara os objetivos a serem alcançados, que estabelece as bases para as subseqüentes ações de planejamento. Ele aprova o plano de ação final e as requisições e liberações de recursos principais. Poderá ter um subcomandante, que possuirá as mesmas qualificações do comandante, e deve trabalhar conjuntamente com o mesmo, substituindo-o, quando necessário, ou executando tarefas especiais. Em um incidente em que o controle principal é exercido por um único órgão, o subcomandante deverá ser desse mesmo órgão. Caso o incidente envolva mais de uma jurisdição, o subcomandante poderá ser de outro órgão e nada impede que haja mais de um subcomandante.

Comando Unificado: é um método para que os órgãos que possuam indivíduos ou competências comuns no incidente possam estabelecer os objetivos gerais e as estratégias das ações para atingi-los. Representa um avanço na coordenação gerencial de incidentes complexos e deverá ser estabelecido nas seguintes condições:

- Incidente contido numa única jurisdição, porém com mais de um órgão ou departamentos envolvidos, ou em função da natureza do incidente, dos recursos necessários e de disposições legais;
- Incidente multijurisdicional por essência;
- Os indivíduos que compõem o comando unificado devem ser escolhidos pelos seus órgãos ou departamentos, e conjuntamente, devem estabelecer os objetivos, estratégias e prioridades. Semelhantemente ao comando singular, o Chefe de Operações será o responsável pela implementação do plano. A escolha do Chefe de Operações deverá ser consensual, porém é preferível que seja escolhido dos quadros do órgão que tenha a maior competência no incidente, ou o maior quantitativo de recursos empregados. Pode a escolha recair também no mais qualificado ou naquele determinado por regulamentação.

Staff do Comando: são funções chaves que não estão na linha de organização. No ICS existem três funções de staff, a saber:

- **Oficial de Informações:** prepara um minucioso e completo informativo sobre a dimensão e a situação atual do abrigo, os recursos envolvidos e outras questões relevantes. Fará a ligação com a imprensa e outros órgãos governamentais com interesses no evento. Haverá

somente um oficial de informações, que poderá ter auxiliares de outros órgãos ou departamentos;

- **Oficial de Segurança:** avalia as condições inseguras e perigosas do local, fiscaliza e desenvolve ações de segurança para o pessoal envolvido, ou seja, atenta para a segurança do trabalho. Terá autoridade emergencial para deter na linha de frente ou em outra situação algum comportamento ou ação perigosa. Um único oficial será designado, porém poderá ser auxiliado por pessoal de outros órgãos;
- **Oficial de Ligação:** é o contato entre os representantes dos órgãos envolvidos. No comando singular e no unificado os representantes dos órgãos envolvidos irão se articular via oficial de ligação. Os representantes deverão ter autoridade para falar por seus órgãos sobre todas as questões.

Staff geral: também compõe o Comando do Incidente quatro funções designadas como Staff Geral que são: a Seção de Operações, Planejamento, Logística e de Administração e Finanças.

▪ Seção de Operações

Responsável por conduzir as ações operacionais necessárias para alcançar as prioridades e os objetivos estabelecidos no Plano de Operações. Será dirigido por um chefe de operações e organizado em ramos, os quais serão divididos em grupos, a saber:

Ramo de Saúde

- Grupo de Assistência Médica e de Enfermagem

Para as atividades de saúde em abrigos temporários para até 200 pessoas, está prevista a atuação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do local ou regional. Porém, é importante que se considere o tamanho do município afetado, bem como a sua possibilidade de assumir ou não o evento. A triagem de saúde deverá ser realizada por médicos e enfermeiros, com o objetivo de identificar as condições iniciais da população e o melhor atendimento às suas demandas. Após esta etapa os membros da equipe de saúde procederão à vigilância da população acolhida através de visitas regulares. Não está prevista sua permanência no abrigo, contudo

esta equipe poderá ser acionada pela administração do mesmo em caso de necessidade. Nos casos agudos e/ou graves, iniciados no interior do abrigo, a remoção dos doentes deverá ser solicitada junto ao serviço de socorro e resgate definido pelo município para este fim. A assistência hospitalar e ambulatorial aos doentes, incluída a distribuição de medicamentos, deverá ser realizada nas unidades de saúde do município.

- Grupo de Odontologia

Nesse contexto, a saúde bucal que abrange a boca, os dentes e as estruturas anexas, deve ser tratada em conjunto com a saúde geral dos desabrigados. É imprescindível o estabelecimento de medidas preventivas, como a inserção das práticas de higiene bucal na rotina do abrigo temporário; a atenção aos problemas bucais decorrentes do desastre, como traumatismo aos dentes e suas estruturas de suporte; e o controle de infecções resultantes dos problemas bucais que possam ocorrer. Medidas simples direcionadas em prol da saúde bucal dos desabrigados podem melhorar de forma significativa a qualidade de vida destes após o desastre.

- Grupo de Nutrição

O objetivo principal da nutrição em situações de emergência é garantir o acesso dos desabrigados aos alimentos para manutenção ou melhoria de seu estado nutricional. Para tanto, é necessário o estabelecimento de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) em condições de fornecer refeições adequadas do ponto de vista nutricional e higiênico-sanitário.

No plano individual ou biológico, o correto estado nutricional é resultante do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes (consumo / ingestão alimentar) e o gasto ou necessidade energética do organismo. Em abrigos, maior enfoque deve ser dado às pessoas consideradas em risco nutricional, com vistas a combater estados de subnutrição que podem complicar problemas já existentes, ou criar novos agravos. Alguns grupos devem ser identificados o mais cedo possível e permanecer sob vigilância nutricional, tais como: crianças menores de 5 anos, gestantes, lactantes, idosos, adultos com déficit nutricional, hipertensos e diabéticos. O cuidado nutricional será baseado principalmente na atenção a estes grupos mais vulneráveis, sendo os demais grupos acompanhados com relação ao consumo adequado de nutrientes provenientes da ingestão diária das refeições fornecidas.

Ramo de Atenção Psicossocial

- Grupo de Assistência Social

Ao Profissional Assistente Social:

- orientar as famílias quanto aos seus direitos garantidos constitucionalmente;
- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades, limitações e consequências das situações apresentadas;
- realizar o levantamento sócio-econômico das famílias a fim de informar às autoridades locais a real situação das mesmas;
- facilitar recursos para a viabilização das famílias ao retorno à vida cotidiana;
- encaminhar as famílias para programas de assistência disponíveis no município;
- acionar os órgãos de defesa (conselho tutelar, ministério público) quando os direitos das crianças, dos deficientes e dos idosos não forem respeitados;
- orientar e facilitar o procedimento para a retirada de documentação, que por ventura tenha sido perdida ou destruída em decorrência do evento;
- orientar quanto ao sepultamento gratuito, caso a ocasião assim exija;

- Grupo de Psicologia

Ao profissional psicólogo:

- Avaliar e mobilizar os recursos de saúde mental disponíveis no município afetado;
- Auxiliar no diagnóstico de transtornos psíquicos que por ventura surjam no decorrer do abrigo, bem como encaminhar aos Serviços de Saúde Mental, caso necessário;
- Prevenir, na medida do possível, transtornos psíquicos, através de atuações como: prover informações, possibilitar a expressão de vivências e sentimentos, escutar de forma acolhedora, implicar a comunidade no processo de elaboração das perdas e reconstrução da vida, favorecer o relacionamento entre pessoas próximas e a coesão familiar, controlar os atos violentos para evitar sua propagação, etc.
- Identificar sujeitos e grupos vulneráveis e dedicar-lhes atenção especial.
- Atuar no manejo das reações esperadas, das alarmantes e dos transtornos decorrentes diretos ou indiretos do desastre.

- Grupo dos Agentes Psicossociais

O presente manual propõe a formação de um voluntário, conhecedor dos processos comunitários como ator fundamental no processo da atenção psicossocial. O Agente Psicossocial, como assim é chamado, tem várias atribuições, dentre elas:

- Auxiliar a equipe técnica (psicólogos e assistentes sociais) na viabilização do retorno das famílias às suas vidas cotidianas;
- Estimular os desabrigados a participarem do próprio processo de reconstrução;
- Auxiliar na manutenção da disciplina no abrigo, através de ações educativas e da viabilização da informação;
- Realizar os primeiros cuidados psicossociais;
- Atuar no espaço recreativo.

Este agente deve, entretanto, passar por uma rigorosa capacitação e ter assessoria e supervisão de um profissional da área de psicologia ou serviço social.

- Grupo do Espaço Recreativo

O Espaço Recreativo diz respeito à criação de um local delimitado (dentro das possíveis condições do abrigo) e tem por finalidade, através de atividades recreativas, tornar a estadia da criança menos traumatizante e mais alegre, gerando assim melhores condições para sua recuperação quanto aos efeitos do desastre.

Tem como estratégia de trabalho a implementação da “brinquedoteca”, metodologia utilizada em diversos países, baseada no modelo construtivista de aprendizagem. Cabe ao chefe de operações a responsabilidade pela administração do espaço, bem como o provimento dos recursos necessários, e ao Agente Psicossocial a realização das atividades lúdicas, uma vez que sua formação está voltada para essas ações.

Ramo da Vigilância

- Grupo de policiamento

Este grupo diz respeito à segurança das pessoas e do patrimônio. Pode ser composto por membros da guarda municipal e/ou policiais militares do estado. Deve funcionar de forma permanente, podendo atuar de forma preventiva ou repressiva, caso seja necessário.

- Grupo de Acautelamento de Bens³

Refere-se à segurança dos bens acautelados. Uma pessoa, designada pelo administrador do abrigo, deverá ficar responsável pelo registro dos bens, bem como por sua devolução ao proprietário.

- Grupo de disposição dos animais⁴

Este grupo está relacionado à guarda dos animais e deve ser supervisionado pelo órgão de vigilância sanitária do município.

▪ Seção de Planejamento

É responsável por coletar, avaliar e disseminar as informações sobre o incidente. Isto inclui avaliar as informações correntes, prever eventos futuros, preparando estratégias alternativas para a seleção pelo Comandante do Incidente, mantendo o status dos recursos, documentando as atividades do incidente e preparando um plano para a desmobilização. Essa seção é dirigida pelo Chefe da Seção de Planejamento e consiste de quatro unidades principais (recursos, situação, documentação e desmobilização), podendo ainda empregar um número de especialistas técnicos para satisfazer alguma necessidade tático-estratégica, bem como na avaliação da situação e no prognóstico, a fim de se definir o requerimento de pessoal e material. O Chefe da Seção de Planejamento deverá pertencer à jurisdição mais competente para o evento e o subchefe aos demais órgãos envolvidos.

- Unidade de Recursos: coleta e divulga informações relativas à entrada, locação e disponibilidade de recursos em uso, bem como a atual situação de todos esses recursos empregados. Para tal, a Unidade deverá registrar todo o pessoal e material que ingresse no evento, o que resultará numa listagem completa e real de todos os recursos envolvidos.

- Unidade de Situação: responsável por coletar, processar, organizar e divulgar os dados do incidente, a fim de preparar um sumário da situação (a ser apresentado em cada reunião), projeções, prognósticos, mapas e serviços de inteligência para uso no incidente.

³ Para melhor entendimento sobre as etapas do acautelamento de bens, ver item 7.3 do Capítulo 7 - Triagem, Recepção e Rotina do Abrigo.

⁴ Para maiores informações sobre disposição dos animais, ver item 7.4 do Capítulo 7 - Triagem, Recepção e Rotina do Abrigo.

- **Unidade de Documentação:** responsável pela manutenção precisa e correta dos arquivos do incidente, visando à documentação do incidente, cujo registro se prestará a propósitos legais, analíticos e históricos.

- **Unidade de Desmobilização:** responsável pelo desenvolvimento do Plano de desmobilização, que incluirá instruções para a desmobilização de todos os tipos de recursos passíveis desse procedimento (muitos órgãos municipais não fazem a desmobilização porque aplicam os seus próprios recursos). A Unidade também assegurará que sejam informados do plano todos os órgão pertinentes, principalmente os que não participam diretamente do evento. Quanto mais cedo for realizado o plano, mais possibilidade de se racionalizar um rodízio de recursos adequado.

Como o ICS é utilizado num amplo leque de ações, recorre-se, muitas vezes, a especialistas das mais diversas áreas, que se subordinarão diretamente ao Chefe da Seção de Planejamento. Eles podem se inserir numa Unidade já existente, tal como o Analista de Comportamento de Fogo e o Meteorologista na Unidade de Situação, ou poderão compor uma unidade própria ligada à Seção de Planejamento, dependendo das necessidades do evento, ou da deliberação do Chefe do Planejamento. Podem, ainda, serem alocados em outras Seções, tal como Operações – para questões táticas; Finanças – para questões fiscais. Os especialistas, entre outros, poderão ser: técnicos em meio-ambiente, em orçamentação, em controle de enchentes, em produtos perigosos, entre outros.

▪ **Seção de Logística**

É responsável pelo apoio ao Plano Tático. Isso é cumprido pelas Unidades de suporte e de serviço, através de:

- 1- solicitação de todo o material e pessoal necessários;
- 2- distribuição, armazenamento e registro de todos os recursos utilizados no incidente;
- 3- estabelecimento de instalações para descanso, alimentação e manutenção;
- 4- promoção de serviços, tais como: abastecimento, reparo e transporte;
- 5- estabelecimento de um sistema de comunicações intra e extra incidente;
- 6- promoção do serviço médico, para os integrantes das equipes de trabalho;
- 7- promoção do serviço de saúde.

O Chefe / Subchefe da Seção de Logística será responsável por todas as funções referente à logística do evento (no que tange ao suporte e ao serviço), devendo assim, participar no desenvolvimento do plano de ação do Incidente.

Inicialmente, as funções logísticas se concentram na mão de um só, porém, com o desenvolvimento do incidente, subunidades devem ser acrescentadas à estrutura inicial e serem supervisionadas pela chefia da logística. Desta forma, poderão ser estabelecidos dois grandes ramos, a saber:

Ramo de Suporte

- Unidade de Suprimento

Responsável por solicitar, armazenar e processar todos os recursos relativos ao incidente, tais como: recursos táticos e de apoio (inclusive pessoal) e materiais de consumo.

- Unidade de Instalações

Responsável por construir, manter e desmobilizar as instalações usadas no apoio às operações, bem como pelo serviço de segurança. A Unidade de Instalações estabelece o posto de comando, a base e todas as outras estruturas do campo (alojamentos, sanitários), de preferência aproveitando estruturas já montadas no próprio terreno. A unidade requererá à unidade de suprimentos alguns itens necessários às instalações (chuveiros, tomadas, unidades de iluminação, entre outros).

- Unidade de Suporte Terrestre (ou de Manutenção e Transporte)

É responsável por:

- a) manter e reparar os equipamentos de solo, principalmente viaturas;
- b) registrar o tempo de utilização dos equipamentos, principalmente os alugados;
- c) abastecer os veículos e demais equipamentos móveis;
- d) providenciar transportes, exceto o aéreo, para o pessoal empenhado no evento;
- e) implementar o plano de tráfico do incidente e manter uma reserva de viaturas para eventuais necessidades;
- f) informar a unidade de recursos sobre o status, localização e capacidade das viaturas.

Ramo de Serviços

- Unidade de Comunicação

Responsável por:

- a) desenvolver planos para a utilização mais efetiva e eficiente dos equipamentos de comunicações;
- b) instalar e testar todos os equipamentos de comunicação;
- c) supervisionar e operar o Centro de Comunicações;
- d) distribuir e registrar os equipamentos – inclusive no local – designados para o pessoal do incidente;
- e) estabelecer as redes de comunicação e as frequências de uso.

O líder de comunicações deve participar de todas as reuniões, a fim de assegurar de que as operações táticas poderão ser apoiadas pelos recursos de comunicações disponíveis.

- Unidade de Alimentação

É responsável por:

- a) estabelecer as instalações da cozinha;
- b) requisitar os gêneros alimentícios;
- c) confeccionar um cardápio adequado;
- d) preparar as refeições;
- e) distribuir as refeições;
- f) conservar toda a área de alimentação.

Em qualquer incidente, o serviço de alimentação é extremamente importante. A Unidade de Alimentação deve se antecipar às necessidades, tanto em número de refeições como no local mais adequado para distribuí-las.

A Unidade de Alimentação deve trabalhar estreitamente com a Seção de Planejamento para definir as necessidades do pessoal; com a Unidade de Instalações, para as questões relativas ao local de serviço de refeições; e com a Unidade de Suporte de Solo, para as questões relativas ao transporte de alimentos.

- Unidade de Saúde

Responsável por:

- a) desenvolver o plano médico do incidente;
- b) desenvolver os procedimentos e rotinas para lidar com as principais ocorrências médicas;
- c) providenciar o transporte e o socorro para os feridos e doentes;
- d) assistir ao processamento de documentações relativos aos acidentes e doenças em serviço, cuidando para que tudo seja registrado, principalmente os testemunhos escritos.

O Plano Médico, que será parte do Plano de Ação deverá conter informações sobre a capacidade médica do incidente, locais para remoção de casos graves. A unidade médica assistirá a Seção de Finanças nas questões relativas a compensações por injúrias e o seu processamento.

▪ Seção de Finanças

É estabelecida quando houver uma necessidade específica para serviços financeiros. No ICS, nem todas as agências necessitarão do estabelecimento desta Seção, pois quando só uma função for necessária, análise de custo, por exemplo, pode ser convocado um especialista, que será alocado na Seção de Planejamento.

Devido ao grau de especialização da função, o cargo de Chefe / Subchefe da Seção de Finanças deve ser ocupado por um integrante do órgão mais conhecedor do incidente.

- Unidade de Tempo

Deve-se assegurar que o registro diário de tempo de serviço do pessoal está sendo preparado em conformidade com as exigências próprias dos respectivos órgãos.

Se possível, o tempo de atividade será coletado após cada período operacional e o líder da unidade de tempo poderá contar com auxiliares afins com a política de contagem de tempo dos diferentes órgãos envolvidos. Os registros deverão ser vistos e checados e as horas excessivas declaradas em registro separado.

- Unidade de Aquisição

É responsável pela operação de todas as questões financeiras pertinentes a compras e contratos. Esta unidade deve ser articulada com os fornecedores locais, e a preparação e assinatura de contratos é de sua competência.

- Unidade de Reclamação e Compensação

No ICS as reclamações por injúrias e pretensões de direito são acumuladas nessa unidade, entretanto, nem sempre essas atividades serão exercidas pela mesma pessoa.

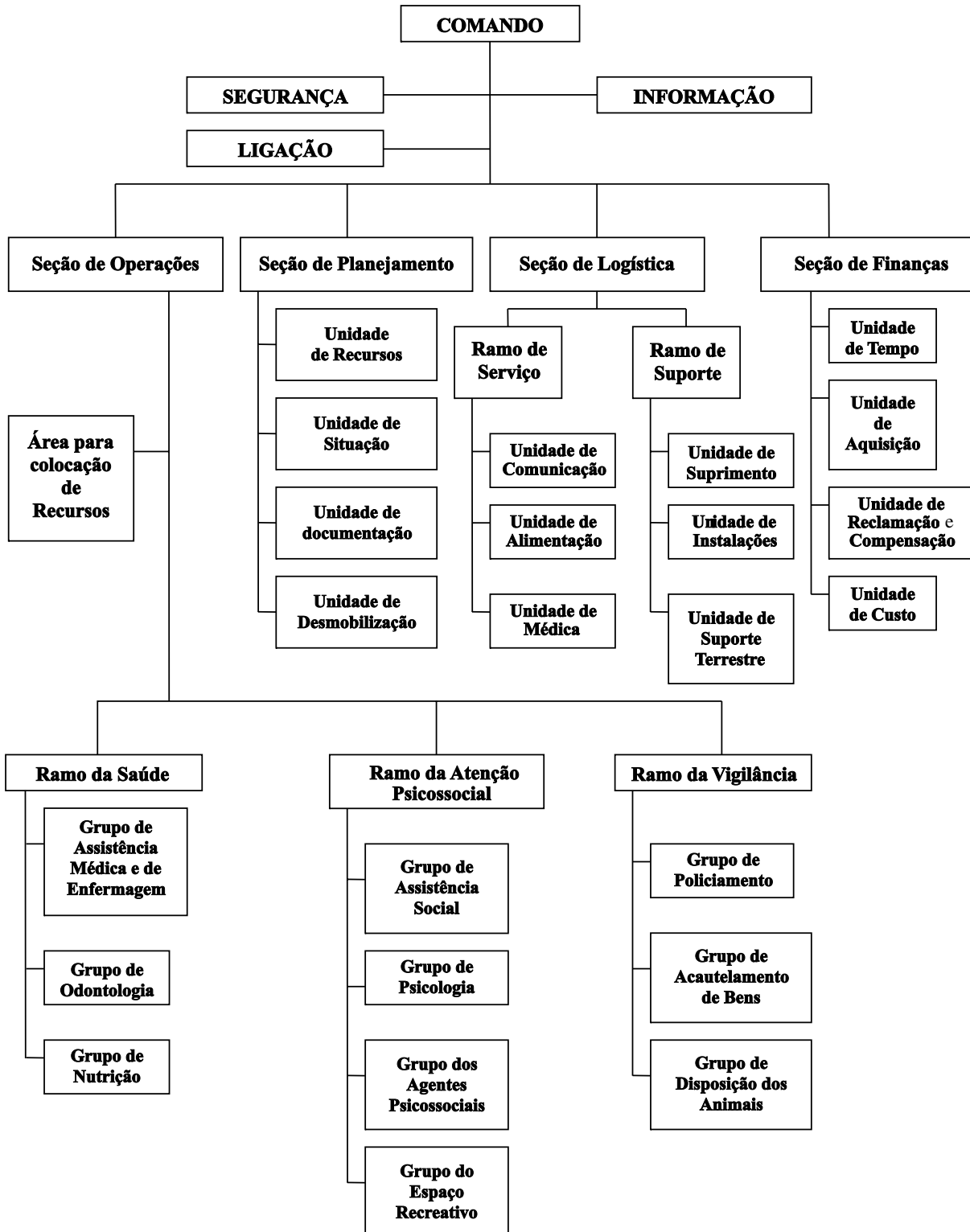
A função de compensação por injúria assegura que todos os formulários necessários ao programa de compensação trabalhista dos órgãos estejam devidamente preenchidos, bem como que todos os registros de acidente ou de doença correlata tenham sido feitos e arquivados. Muitas dessas atividades já são executadas pela Unidade Médica, a qual ajudará nesse processo.

A função de reclamação de direito investiga pretensões relacionadas a propriedades envolvidas no evento. A unidade mantém um registro sobre as reclamações, obtém declarações escritas e documenta as investigações realizadas.

- Unidade de Custo

Responsável por promover a avaliação de custos do incidente, assegurando que todos os recursos onerosos estão com os seus valores registrados. Com esses dados prepara uma análise de custo do incidente fazendo, inclusive, estimativas dos custos em caso de prolongamento das atividades. Este trabalho formará um banco de dados de despesas, facilitando assim um planejamento orçamentário futuro.

2.6.1.2 Organograma



A ÁGUA



*Fábio Faria Feitosa
Rammon Dias Pereira
Débora Lúcia Souza Teixeira
Rodolfo de Almeida Lima Castro
Rosana de Figueiredo França*

3.1 INTRODUÇÃO

Sem água não haveria vida. Assim, como em condições de normalidade, a água consiste em um bem essencial para a manutenção da vida em abrigos temporários. Entretanto, não se pode esquecer os importantes riscos aos quais os desabrigados são submetidos, quando a água consumida não se enquadra nos padrões adequados de potabilidade. Diversos estudos demonstram que a implementação de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário é condição necessária, mas não suficiente, para se garantir a eliminação de doenças. A probabilidade de morte em decorrência de doenças, relacionadas com condições inadequadas de saneamento e abastecimento de água, é maior do que por qualquer outra causa, principalmente após desastres. (El Projecto Esfera, 1997; Soares, 2002)

Na necessidade de instalação de abrigos do tipo barracas, recomenda-se que estes estejam em locais ou terrenos com topografia de fácil drenagem, a uma distância razoável de uma fonte de água segura e com condições de destino adequado de lixo e dejetos. (SVS, Brasil, 2002.) Para monitorar as condições de saúde ambiental dos abrigos, a água deve ser tratada de modo a eliminar microorganismos ou substâncias químicas e excessos de matéria orgânica e minerais. Sob estas condições, a água é segura para beber, cozinhar e lavar. O ideal é que a água apresente aspecto limpo, seja fresca e livre de sabores e odores.

É importante também considerar que, não só os aspectos estruturais do fornecimento de água para os desabrigados devem estar assegurados, mas também a orientação sobre sua correta utilização que causarão efeitos benéficos, a longo prazo, pela educação sanitária e ambiental que proporcionará.

A água, a ser utilizada por cada indivíduo, deverá ser quantificada e estar prevista no planejamento do abrigo. Outro ponto a ser considerado, é que o abrigo temporário deverá ser instalado, preferencialmente, em locais onde haja abastecimento de água regular ou que seja de fácil acesso para veículos pesados, na necessidade da utilização de viaturas.

Segundo a Política Nacional de Defesa Civil (PNDC), cabe às Coordenadorias Municipais de Defesa Civil (COMDEC) articular, coordenar e gerenciar as ações de defesa civil nos municípios, assim como prover recursos e planejar ações que antecedam à instalação de abrigos temporários. Logo, toda a fase de verificação de locais adequados para os abrigos devem ser, periodicamente, mapeados e vistoriados por representantes das COMDEC, sendo organizados, se possível, em um banco de dados e as informações devem estar disponíveis aos outros representantes do poder público e à população.

3.2 FONTES DE ÁGUA E SUA CAPTAÇÃO

A fonte de água satisfatória será aquela que puder fornecer a vazão de água necessária aos desabrigados e cujas características físico-químicas e biológicas estejam nos padrões de potabilidade ou possam ser facilmente tratadas por equipamento disponível.

Sempre que possível, deve-se aproveitar uma rede de abastecimento de água potável ou poços já existentes. Uma segunda opção pode ser o abastecimento por viaturas (carros-pipa). Na falta desses recursos, deverão ser estudadas as fontes de água superficiais (cursos d'água – mais acessíveis) e depois, como complemento ou substituição eventual, as pequenas fontes (chuva, vegetação, etc) e as águas subterrâneas. Em quaisquer das hipóteses anteriores, devem, também, ser levantadas as condições das caixas d'água do local, sua capacidade e número em condições de uso (presença de tampa, limpeza, etc).

Deverá ser feito um planejamento preliminar, por equipe técnica, localizando as possíveis fontes de alimentação, utilizando cartas e /ou fotografias aéreas da região quando possível e por reconhecimento terrestre.

3.2.1 Abastecimento Tradicional

A água fornecida pela rede geral de abastecimento urbano e / ou rural nos municípios será a melhor forma de prover água aos abrigos temporários por ser uma água tratada e em quantidade adequada, quando fornecida regularmente. Mesmo sendo um tipo de água já tratada, é importante, após um desastre, intensificar a vigilância da qualidade da água para consumo humano em áreas de risco. Esta vigilância pode ser feita através da disponibilização de *kits* para análise da água e para monitorização de coliformes fecais conforme orientações da portaria MS nº 518, de 25 de março de 2004. Em virtude do risco de contaminação da água da rede, recomenda-se um aumento no nível mínimo de cloro residual para 0,7 mg / L e o aumento da pressão no sistema de distribuição

de água como parte das ações de socorro

A companhia de abastecimento público deve ser orientada para realizar um plano emergencial de monitoramento da qualidade da água, no período em que o abrigo estiver em funcionamento, para assegurar a manutenção adequada do abastecimento na região.

3.2.2 Abastecimento por Viatura

Nos casos em que o fornecimento normal de água não ocorre ou ocorre insatisfatoriamente pode ser necessário a mobilização de viaturas que sejam capazes de abastecer reservatórios no abrigo. Esses reservatórios podem ser caixas d água, cisternas ou quaisquer recipientes que tenham sido previamente preparados para o armazenamento da água.

As viaturas utilizadas podem ser provenientes de concessionárias locais ou do Corpo de Bombeiros da região. Viaturas particulares poderão, em caráter complementar, auxiliar no fornecimento, sendo a indenização desses serviços de responsabilidade do poder público.

3.2.3 Mananciais ou Fontes Naturais

São fontes de água utilizadas para abastecimento doméstico, comercial, industrial e outros fins. Podem ser superficiais (córregos, ribeirões, rios, lagos e reservatórios artificiais), subterrâneos (lençóis freáticos e profundos) e águas meteóricas que compreendem a água existente na natureza na forma de chuva, neve ou granizo.

A escolha do manancial constitui-se na decisão mais importante na implantação de um sistema de abastecimento de água alternativo. Havendo mais de uma opção de fonte de captação, sua definição deverá levar em conta os seguintes critérios:

- 1º critério de escolha: mananciais que dispensem tratamento (incluem águas subterrâneas não sujeitas a qualquer possibilidade de contaminação);
- 2º critério de escolha: mananciais que exijam apenas desinfecção (incluem águas subterrâneas e certas águas de superfície bem protegidas, sujeitas a baixo grau de contaminação);
- 3º critério de escolha: mananciais que exigem tratamento simplificado (incluem águas de mananciais protegidos, com baixos teores de cor e turbidez, sujeitas apenas a filtração lenta e desinfecção);
- 4º critério de escolha: mananciais que exigem tratamento convencional (compreendem basicamente as águas de superfície, com turbidez elevada, que requerem tratamento com coagulação, floculação, decantação, filtração e desinfecção).

Sempre que possível, uma amostra de água deverá ser enviada para análise em laboratórios de referência (LACEN – Laboratório Central) para garantir que a água utilizada seja inócua. Os laudos emitidos devem ser arquivados.

O estudo da vazão de mananciais de água para os abrigos pode ser feito de diferentes maneiras e deve ser realizado por equipes técnicas dos órgãos competentes em cada município ou unidade federativa.

De acordo com o manancial a ser aproveitado, podem ser utilizadas diversas formas de captação (figura 1). Estes mecanismos de captação podem ser utilizados de acordo com a necessidade, havendo a possibilidade de utilização de mais de uma forma simultaneamente, são eles:

- . superfície de coleta (água de chuva);
- . galeria filtrante (fundo de vales);
- . poço escavado (lençol freático);
- . poço tubular profundo (lençol subterrâneo);
- . tomada direta de rios, lagos e açudes (mananciais de superfície).

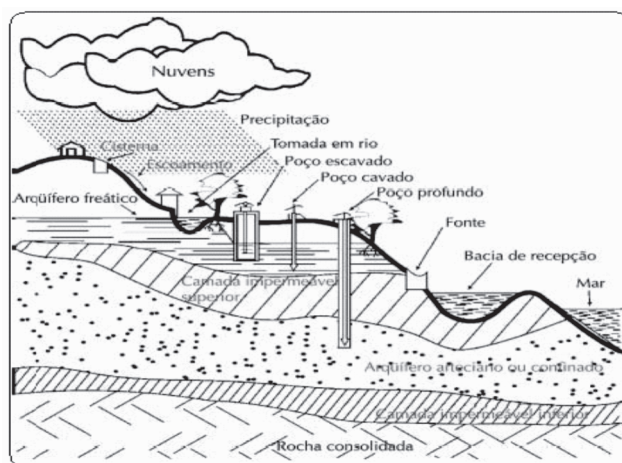


Figura 1 – Mananciais e fontes naturais

3.2.3.1 Superfície de coleta (Água de chuva)

A água da chuva pode ser armazenada em cisternas, que são pequenos reservatórios individuais. A cisterna tem sua aplicação em áreas de grande pluviosidade, ou em casos extremos, em áreas de seca onde se procura acumular a água da época chuvosa para a época de estiagem com o propósito de garantir, pelo menos, a água para beber.

A cisterna consiste em um reservatório protegido, que acumula a água da chuva captada da superfície dos telhados (dos galpões, barracas), de um talude (forrando uma lona impermeável sobre o mesmo) ou de uma encosta.

A água que cai no telhado chega às calhas, aos condutores verticais e, finalmente, ao reservatório. Os reservatórios mais simples são os de tambor, de cimento amianto, os de plástico e os de aço inox. Para efeito de cálculo, uma calha de 10cm² de área útil é suficiente para esgotar uma cobertura de 10m² de área.

Deve-se abandonar as águas das primeiras chuvas (os primeiros minutos), pois lavam os telhados onde se depositam a sujeira proveniente de pássaros, de animais e a poeira. Para evitar que essas águas caiam nas cisternas, pode-se desconectar os condutores de descida, que normalmente devem permanecer desligados para serem religados manualmente, pouco depois de iniciada a chuva.

3.2.3.2 Galeria de infiltração e fonte de fundo de vale

O aproveitamento da fonte de fundo de vale é conseguido por meio de um sistema de drenagem subsuperficial sendo, em certos casos, possível usar a técnica de poço raso para a captação da água. Normalmente, a captação é feita por um sistema de drenos que termina em um coletor central e deste vai a um poço.

Os drenos podem ser feitos de pedra, bambu, manilhas de concreto ou cerâmica e de tubos de PVC perfurados. A duração dos drenos de concreto depende da composição do terreno; terrenos ácidos corroem os tubos de concreto não protegidos. Os mais duráveis são os de manilha vidrada e os de PVC. Os diâmetros mais empregados são os de 10cm a 20cm.

3.2.3.3 Poços escavados

Também conhecidos como poços rasos ou freáticos, com diâmetro mínimo de 90 cm, são destinados tanto ao abastecimento individual como coletivo. Esta solução permite o aproveitamento da água do lençol freático, atuando geralmente, entre 10 a 20 metros. de profundidade, podendo obter de dois a três mil litros de água por dia.

Em primeiro lugar, a construção do poço só será viável se houver indícios de água subterrânea na área pretendida e possibilidade de ser atingido o lençol.

As referidas condições poderão ser determinadas por meio de métodos científicos e emprego de tecnologia apropriada. Para o tipo de poço em questão, bons resultados serão obtidos por algumas indicações de ordem prática, aliadas à experiência dos moradores da área.

Por exemplo:

- verificar se há poços escavados na área, sua profundidade, quantidade e características da água fornecida;
- ouvir a opinião dos habitantes e do poceiro local sobre o tipo de solo, profundidade do lençol, variação da quantidade de água nas épocas de seca e de chuva;
- em terrenos fáceis de perfurar, como os argilosos e os arenosos, pode-se recorrer à sondagem.

A escolha do local para construção do poço deverá levar em conta os riscos de contaminação do lençol por possíveis focos localizados na área. Informações sobre se a área era um depósito de resíduos, entre estes os produtos químicos, ou se é uma área considerada contaminada pelos órgãos ambientais são de grande importância. Deve-se respeitar por medidas de segurança, a distância mínima de 15 metros entre o poço e a fossa do tipo seca, desde que seja construída dentro dos padrões técnicos, e de 45 metros, para os demais focos de contaminação, como, chiqueiros, estábulos, valões de esgoto, galerias de infiltração e outros, que possam comprometer o lençol d'água que alimenta o poço. Evitar os locais sujeitos a inundações e dar preferência àqueles de fácil acesso aos usuários.

3.2.3.4 Poço tubular profundo

A quantidade de água que um poço tubular profundo pode fornecer depende das características geológicas do local, que influenciam na capacidade de armazenamento e circulação da água no aquífero. Por isso, a produção de água só pode ser estimada a partir de estudos hidrogeológicos ou pela observação de registros operacionais de poços existentes na região.

3.2.3.5 Captação de águas superficiais (tomada direta de rios, lagos, açudes)

A captação de águas superficiais depende de cuidados que devem ser levados em conta quando da elaboração do projeto. Qualquer tipo de captação deverá atender, em qualidade e quantidade, à demanda dos desabrigados.

A escolha desta opção deve ser antecedida da avaliação dos seguintes fatores:

- nível de água nos períodos de estiagem e enchente;
- qualidade da água;
- monitoramento da bacia, para localização de fontes poluidoras em potencial;
- distância do ponto de captação ao ponto de tratamento e distribuição;
- desapropriações;
- necessidade de elevatória;
- fonte de energia;
- facilidade de acesso.

3.3 TRATAMENTO

A água geralmente não é encontrada pura na natureza. Pode conter as mais variadas substâncias como, por exemplo, substâncias calcárias e magnesianas, substâncias ferruginosas que dão cor e sabor diferentes à mesma e substâncias resultantes das atividades humanas, tais como produtos industriais, que a tornam imprópria ao consumo. A água pode também carrear outras substâncias em suspensão, tais como partículas finas dos terrenos por onde passa e que dão turbidez à mesma, organismos, como algas que modificam o seu odor e gosto, além de liberar toxinas, ou ainda, dejetos humanos, que a contaminaram com microorganismos patogênicos.

O controle da qualidade da água para consumo humano é considerado como o conjunto de atividades exercidas de forma contínua pelo responsável pelo abastecimento de água, destinadas a verificar se a água fornecida à população é potável, assegurando a manutenção desta condição.

3.3.1 Padrões de Potabilidade

Água Potável é a água para consumo humano cujos parâmetros microbiológicos, físicos, químicos e radioativos atendem ao padrão de potabilidade e que não ofereça riscos à saúde, conforme Portaria MS nº 518, de 25 de março de 2004.

Além disso, a água própria para o consumo humano, ou água potável, deve obedecer a certos requisitos de aceitação para consumo como: não possuir gosto e odor objetáveis, quando possível; não conter cor e turbidez acima dos limites estabelecidos por este padrão.

As características químicas desejáveis são as de não conter substâncias nocivas ou tóxicas acima dos limites estabelecidos no padrão de potabilidade e as biológicas são, principalmente, as de não conter microorganismos patogênicos.

3.3.2 Desinfecção

A desinfecção é a única etapa do processo de tratamento que sempre será obrigatória e, havendo necessidade de outras etapas no processo, ela deverá ser sempre a última, mesmo que não tenham sido identificados patógenos na água.

Os agentes desinfetantes mais comumente usados são os compostos de cloro:

- hipoclorito de cálcio (superior a 65% de Cl_2);
- cloreto de cal (cerca de 30% de Cl_2);
- hipoclorito de sódio (cerca de 10% a 15% de Cl_2);
- água sanitária (cerca de 2% a 2,5% de Cl_2).

O cálculo do desinfetante é feito de acordo com o produto, o tempo de contato e a cubagem do poço. Quantidade de desinfetante a usar:

- solução a 50mg/l de Cl_2 . tempo de contato doze horas;
- solução a 100mg/l de Cl_2 . tempo de contato quatro horas;
- solução a 200mg/l de Cl_2 . tempo de contato duas horas;
- Calcular a quantidade de cloro necessário por meio de regra de três.

Exemplo: 2.000 litros de água e doze horas de contato

1 litro de água	50mg de Cl
2 000L de água	x mg de cloro

A quantidade x de cloro encontra-se em diferentes proporções nos produtos, logo se deve verificar sempre a recomendação do fabricante.

Agitar bastante antes de usar e deixar a solução permanecer em contato com o poço o tempo necessário, de acordo com a dosagem para 2, 4 ou 12 horas. Findo o prazo, esvaziar o poço até que nenhum cheiro ou gosto de cloro seja percebido na água.

Se possível, confirmar o resultado da desinfecção pela análise bacteriológica antes de utilizar a água para beber.

Técnica de desinfecção:

- medir o reservatório ou poço a ser desinfetado;
- calcular o desinfetante a ser usado;
- preparar a solução desinfetante a 5%, pesando o produto e despejando-o em água limpa;
- agitar bem e depois deixar em repouso;
- desprezar a borra e derramar a solução no poço.

Observações:

- a desinfecção com solução forte de 100mg/l de Cl_2 deve ser precedida de limpeza, com escovas, de todas as superfícies do poço, paredes, face interna da tampa, tubo de sucção;
- as amostras para análise bacteriológica devem ser colhidas depois que as águas não apresentem mais nenhum odor ou sabor de cloro;
- a desinfecção de um poço elimina a contaminação presente no momento, mas não tem ação sobre o lençol de água propriamente dito, cuja contaminação pode ocorrer antes, durante e depois da desinfecção do poço.

3.3.3 Estimativa de Consumo

Em abrigos temporários instalados em áreas urbanas que recebam regularmente o fornecimento de água por concessionárias públicas, não é necessário racionar água durante o período. Porém, a quantidade de água deve ser controlada para evitar desperdícios. Na literatura técnico-científica, a quantidade de água para consumo total por pessoa em abrigos temporários varia de **15 a 20 litros/ pessoa/ dia**, sem considerar a água destinada ao banho.

A quantidade de água a ser distribuída por pessoa, para beber, deve ser controlada por meio de um cartão de controle onde será anotado diariamente o volume retirado.

Quantidade de água para beber / pessoa / dia sugerida:

2.5 litros em dias quentes;

2.0 litros em dias com clima temperado ou frio.

Para o banho, há estimativas de 20 litros por pessoa / dia (sem chuveiro) ou 60 litros por pessoa / dia (com chuveiro). Estes volumes poderão variar de acordo com a temperatura climática e com a disponibilidade de água da região afetada.

3.3.4 Dimensionamento

Para calcular o tamanho do reservatório, é preciso saber:

- quantidade de água *per capita* (quantidade necessária para 1 pessoa por dia);
- número de pessoas a serem atendidas.

Exemplo: quantidade *per capita* = 20 litros / hab.dia;

número de pessoas = 5.

Capacidade do reservatório = $5 \times 20 = 100$ litros.

SANEAMENTO BÁSICO



*Rammon Dias Pereira
Monica Xavier Torres
Frank Ronald Moreira Costa
Vagner Costa de Souza*

4.1 INTRODUÇÃO

Saneamento é o conjunto de medidas que visam preservar ou modificar as condições do ambiente com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde. O saneamento básico é constituído por sistema de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos. Outras atividades são: controle de animais e insetos e o saneamento de escolas, locais de trabalho e de lazer e habitações.

No Brasil, embora nos últimos anos venha se experimentando uma melhora no acesso da população aos serviços de saneamento básico, observa-se que, em virtude das desigualdades na distribuição, parte da população tende a lançar os dejetos diretamente sobre o solo, criando desse modo, situações favoráveis à transmissão de doenças.

A falta de um sistema de saneamento básico adequado aumenta a vulnerabilidade da comunidade aumentando o risco de exposição a diversas doenças.

Neste capítulo, será abordada a parte relativa ao esgotamento sanitário e a coleta de resíduos sólidos. O abastecimento de água está sendo focado no capítulo 3.

4.2 ESGOTAMENTO SANITÁRIO NO ABRIGO

As medidas de saneamento básico devem ser implementadas o mais breve possível, visando evitar a contaminação do ambiente, da água, dos alimentos e a proliferação de vetores e pragas. Deve-se objetivar a limpeza e organização, devido ao grande número de pessoas aglomeradas.

As condições de conforto e higiene são de grande importância em abrigos temporários. Os despejos sanitários, provenientes de banhos, limpeza de cozinha e dejetos humanos devem ser afastados imediatamente.

Em um abrigo temporário, o desenvolvimento de atividades de saneamento básico tem como objetivo principal a prevenção e o controle de doenças com conseqüente manutenção da saúde da população desabrigada. Citaremos algumas medidas gerais de prevenção de doenças neste contexto:

- 1-utilizar privadas, evitando a contaminação da superfície do solo;
- 2-evitar o banho em córregos e lagos;
- 3-lavar frutas e verduras em água potável;
- 4-desinfetar a água para consumo humano;
- 5-protger mananciais e fontes de água destinadas ao consumo humano;
- 6-protger os alimentos e eliminar focos de proliferação de vetores;
- 7-lavar as mãos, após o uso da privada e troca de fraldas das crianças, antes de lidar com alimentos e antes das refeições.

Preferencialmente, para montagem de abrigos temporários, deve-se buscar alternativas como igrejas, escolas, clubes ou locais onde haja rede de abastecimento de água e esgoto e coleta regular de resíduos sólidos (lixo). Em locais onde não haja um local apropriado e seja necessária a montagem de um abrigo do tipo acampamento, algumas medidas relacionadas ao destino dos dejetos devem ser tomadas.

4.2.1 Descarte de Dejetos na Ausência de Sistema de Esgotamento Sanitário

Quando não houver sistema de esgotamento sanitário, faz-se necessária a construção de latrinas, que podem ser de diversos tipos e com variadas características que as adequem às demandas e condições do local. Estas latrinas deverão ter o piso em cimento, vasos de louça comum, caixas de descarga tipo CIPLA (plástica) e seu fechamento lateral será feito em madeirite ou alvenaria com cobertura em telha de fibro-cimento ou similar.

Seus despejos serão encaminhados para fossas sépticas retangulares de câmara única, e a seguir lançados em sumidouros ou valas de infiltração de acordo com o tipo do solo seja qual for o tipo de latrina utilizada deve-se atentar para:

- atendimento a 8% do número de desabrigados, em um mesmo momento;
- proteção contra proliferação de moscas;
- preparo de assoalho (madeira) ao redor da mesma, colocado 15 cm acima do nível do terreno, sobre camada de solo compactado;
- bom sistema de drenagem;
- aplicação de pequenas porções de cal ou cinza dentro da fossa para evitar mau cheiro.

Com estes cuidados, mantém-se a higiene do local, evitando futuras contaminações.

As latrinas serão cercadas com barracas apropriadas que possuam cobertura e um vão que possibilite a ventilação.

4.3 LATRINAS

São estruturas destinadas à deposição dos dejetos humanos.

Para operações com previsão de duração superior a 1 mês, onde o local não ofereça facilidades sanitárias adequadas, serão implantadas instalações mais confortáveis e duráveis. Estas latrinas deverão ter o piso em cimento, vasos de louça comum, caixas de descarga tipo CIPLA (plástica) e seu fechamento lateral será feito em madeirite ou alvenaria com cobertura em telha.

Seus despejos serão encaminhados para fossas sépticas que deverão ser lançados em sumidouros ou valas de infiltração de acordo com o tipo do solo ou recolhidas por empresas especializadas contratadas pelo poder público.

Os tanques sépticos são câmaras fechadas com a finalidade de deter os despejos domésticos, por um período de tempo estabelecido, de modo a permitir a decantação dos sólidos e retenção do material graxo contido nos esgotos transformando-os bioquimicamente, em substâncias e compostos mais simples e estáveis.

Quando o número de tanque séptico for bastante grande ou a unidade utilizada é de grande capacidade, o lodo não poderá ser lançado no solo, mas sim encaminhado para um leito de secagem.

Não é admissível o lançamento de lodo e espuma, removidos dos tanques sépticos nos corpos de água ou galerias de águas pluviais.

4.3.1 Tipos de latrinas

Para escolha do tipo de latrina, deve-se levar em consideração o tempo provável de permanência dos desabrigados, o nível do lençol de água e as condições de permeabilidade do solo.

Por precaução, não se deve cavar uma latrina abaixo do nível da água subterrânea. Adotar uma profundidade tal que o fundo fique 0,90 metros acima do nível da água.

Latrina de vala

Não possui assentos, porém são colocadas tábuas nas bordas de modo a proporcionar melhor apoio para os pés. Pode-se aplicar pequena quantidade de cal sobre os resíduos.

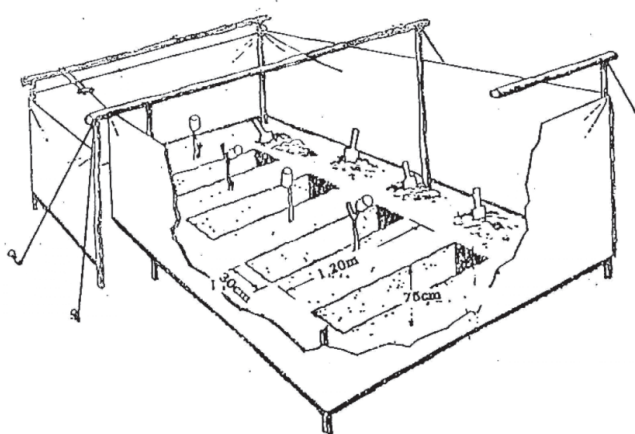


Figura: latrina de vala ou latrina de campanha.

Fonte: COMANDO DA AERONÁUTICA.
MMA 400-7. Manual da Unidade Celular de Engenharia, 1991.

Latrina de fossa profunda

Para cada 100 pessoas, são necessárias 5 latrinas desse tipo. Sobre a fossa profunda é colocada uma caixa de latrina padrão de 4 assentos (madeira), medindo 2,40 metros de comprimento e 0,75 metros de largura.

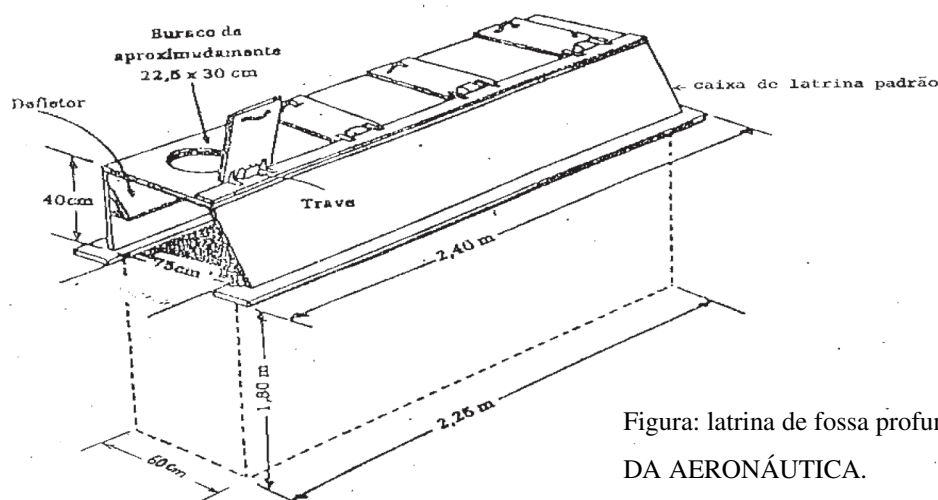


Figura: latrina de fossa profunda. Fonte: COMANDO DA AERONÁUTICA.

MMA 400-7. Manual da Unidade Celular de Engenharia, 1991.

Latrina de incineração

Adota-se este tipo de latrina somente quando as características do solo não permitirem a instalação do outro tipo ou quando os lençóis d'água estiverem a níveis elevados.

Para cada 100 pessoas são necessárias, no mínimo, 8 latrinas. Um tambor de 200 litros deve ser cortado transversalmente, servindo para construção de duas latrinas de menor capacidade.

A incineração deverá ser efetuada diariamente, sendo evitado o uso de combustíveis muito voláteis, como a gasolina, por serem explosivos. A solução mais adotada é a mistura de uma parte de gasolina para cinco de óleo diesel, mas ainda requer precaução.

Aconselha-se manter tambores reservas para, no momento da incineração, serem usados. Qualquer cinza remanescente deve ser enterrada.

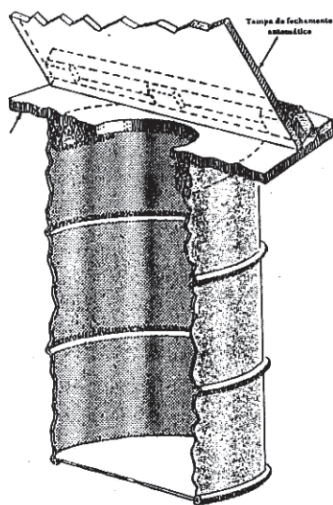


Figura: latrina de incineração. Fonte: COMANDO DA AERONÁUTICA. MMA 400-7. Manual da Unidade Celular de Engenharia, 1991.

Latrina de monturo

Esta latrina é indicada nos casos de terrenos rochosos ou em que o nível da água do subsolo é muito alto, impossibilitando a escavação de fossa profunda.

O monturo deve ser construído de tal forma que sua parte superior tenha, no mínimo, 1,80 m de largura e 3,60 m de comprimento, destinado a uma caixa de latrina, à prova de moscas, com quatro assentos. Deve ser elevado o suficiente para atender as exigências de profundidade, onde sua base deve distar 30 cm acima do nível da rocha ou do lençol de água subterrânea. O terreno sob a base deve ser preparado (cavado e afogado) a fim de facilitar a infiltração dos líquidos. Deve-se prever um escoramento das paredes com madeira, sacos de areia ou outros para evitar o desmoronamento.

Para construção da latrina de monturo pode-se construir primeiro a fossa ao nível do terreno, usando madeiras, chapas metálicas ou outros materiais disponíveis. Em seguida a terra será amontoada (socada) ao redor, até o nível de suas bordas.

Latrina de buraco

É satisfatória para um número pequeno de pessoas, sendo necessário um equipamento mecânico para abertura do buraco. O buraco no solo deve possuir aproximadamente 45 cm de diâmetro e 4,5 m a 6,0 m de profundidade, tendo na superfície um assento de caixa ou de tambor. Nos dois casos deve ser instalada uma tampa de fechamento automático. Adotar no mínimo 8 latrinas para cada 100 pessoas.

Latrina de balde

Utilizada quando as condições locais (área populosa, solo rochoso, pântano) não permitem outros tipos de latrina. A caixa da latrina de fossa pode ser usada como latrina de balde. Os dejetos serão incinerados ou removidos, cuidadosamente para evitar derrames, para uma área conveniente, onde serão enterrados.

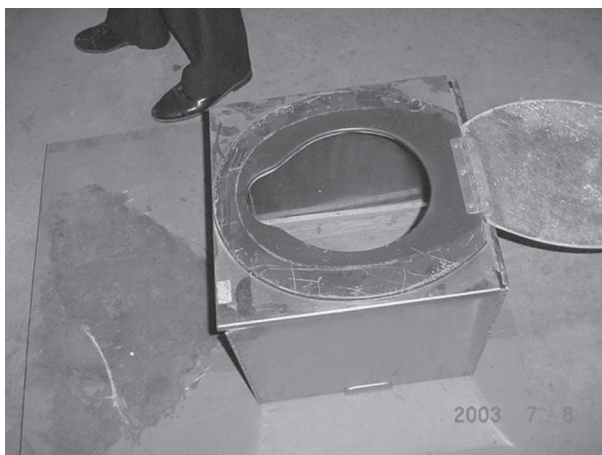


Figura : assento de caixão e base de madeira para o terreno.

Sanitários químicos

São constituídos basicamente por um reservatório removível com capacidade variada, contendo solução de soda cáustica (NaOH), destinado a receber os dejetos.

A soda cáustica no interior do reservatório liquefaz o material sólido e destrói os ovos de helmintos e microorganismos. A dosagem recomendada é de 10kg de soda cáustica para 50 litros de água.

Diariamente o tanque deverá ser verificado e esvaziado quando necessário, sendo posteriormente reabastecido com nova porção de solução química.

Banheiros químicos

São portáteis e suas dimensões são 2,25 m de altura, 1,12 m de comprimento e 1,12 m de largura; pesam 110 Kg. Três pessoas podem movê-los facilmente com as mãos. São construídos com Fibras de Vidro inalteráveis ou ABS / Polietileno de alta densidade.

Containers

A utilização de *containers* para fins sanitários em abrigos temporários ainda não é uma realidade freqüente, porém algumas empresas nacionais já fabricam modelos que podem ser montados no local de interesse, sem a necessidade de equipamentos de grande porte para o transporte. As instalações hidro-sanitárias são semelhantes às instalações prediais.

Dimensões: comprimento: 6.200 mm, largura: 2.300 mm, altura: 2.600 mm, peso: aproximadamente 1.560 Kg

4.3.2 Localização das Latrinas

Qualquer que seja o tipo de latrina utilizada o responsável designado pelo administrador será responsável por sua construção, manutenção e fechamento.

As latrinas devem ser localizadas sempre de modo a não contaminar a área (solo, alimentos, etc) e principalmente as fontes de suprimento de água do local.

Ao localizar as latrinas deve-se considerar, em primeiro lugar, a proteção dos alimentos, da água e do solo contra contaminação e, secundariamente, a acessibilidade aos usuários. O local deve distar, no mínimo, 100 metros da cozinha e 30 metros do manancial de água mais próximo.

4.3.3 Manutenção das Latrinas

É necessário que se mantenha o controle de insetos através da higienização das latrinas acompanhada do uso de inseticidas e cal. Sugerem-se as seguintes ações:

- fechar as tampas das latrinas durante o período fora do uso;
- lavar os assentos com água e sabão, diariamente se possível;
- utilizar inseticidas, duas vezes por semana; caso exista problema de moscas pulverizar o inseticida no interior do poço.

O tipo de inseticida deve ser adequado ao tipo de utilização. Adota-se também o uso de cal para desinfetar.

Ao término do funcionamento do abrigo ou quando o nível de excretas estiver a 30 cm abaixo da superfície do terreno, a latrina deverá ser fechada. Neste procedimento deve constar uma pulverização de inseticida, dentro do poço e na superfície ao redor numa extensão de 60 cm.

O poço deve ter seu nível completado com 3 camadas sucessivas de terra, espalhando inseticida e cal em cada camada para evitar que qualquer pupa de mosca venha a se desenvolver. Deve-se ainda marcar o local, indicando o tipo de latrina e a data de fechamento.

4.4 MICTÓRIOS

O número de mictórios deve atender a aproximadamente 2% dos usuários por vez e devem ser protegidos por estruturas similares as das latrinas. Deve-se prever um mictório próximo aos dormitórios, para uso noturno.

Os tipos de mictórios mais conhecidos são: mictório de funil (figura), mictório de calha e mictório de tambor de óleo.

O quadro abaixo indica as quantidades necessárias de mictórios de acordo com a solução escolhida.

Tipo	Quantidade para atender 100 homens
Funil	5 unidades
Calha	3 metros
Óleo	1 unidade

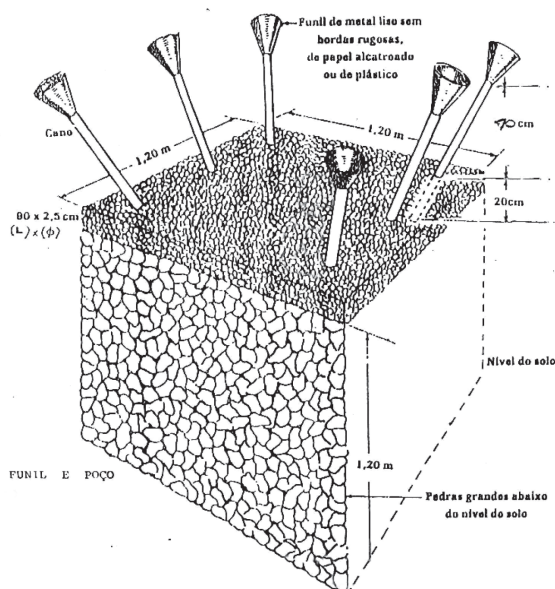


Figura: mictório de funil e poço de absorção. Fonte: COMANDO DA AERONÁUTICA. MMA 400-7. Manual da Unidade Celular de Engenharia. 1991.

4.4.1 Cuidados gerais com os mictórios

Os funis e calhas devem ser submetidos à limpeza diária com sabão e água, substituindo-os se necessário;

Quando for abandonado ou ficar entupido, deve-se primeiramente, desinfetá-lo com cal, depois, cobri-lo com terra fazendo um monturo.

4.5 DESPEJOS LÍQUIDOS DE COZINHA, CHUVEIROS, LAVATÓRIOS E LAVANDERIAS

A água proveniente dos chuveiros, lavatórios e lavanderias deverá ser drenada diretamente para a rede de esgoto. Em locais onde não haja saneamento básico será encaminhada a um poço de absorção, vala de absorção ou para o ponto de drenagem mais próximo.

4.6 DESTINO DO LIXO

O lixo gerado no abrigo deverá ser colocado em sacos plásticos, próprios para este fim, e mantido afastado dos desabrigados, da cozinha, dos dormitórios e demais áreas de circulação de pessoas. O local reservado para o estoque do lixo, que será posteriormente recolhido pela companhia de limpeza urbana da prefeitura, deverá ser mantido limpo para impedir que se propaguem insetos e roedores.

4.6.1 Coleta de lixo comum

Os restos de alimentos provenientes da cozinha e demais resíduos, sólidos e semi-sólidos devem ser recolhidos periodicamente pela companhia de limpeza urbana. Na ausência deste serviço outra alternativa deve ser estudada, como a contratação de empresa privada pelo município para este serviço.

4.6.2 Incineração

É utilizada em situações onde não haja recolhimento regular de lixo e nem a possibilidade de contratação de empresa especializada. Incineradores abertos podem ser construídos com latões. Para evitar odores desagradáveis, devem ser instalados a uma distância de 45 m do abrigo.

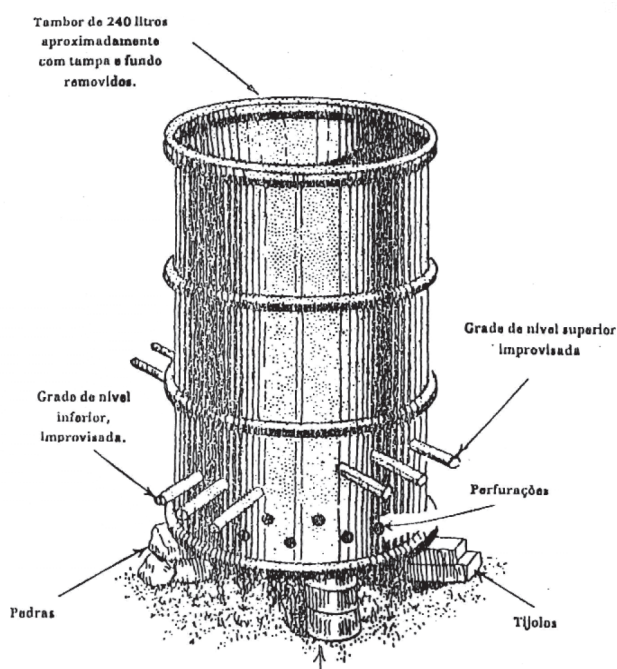


Figura: incinerador de tambor. Fonte: COMANDO DA AERONÁUTICA.

MMA 400-7. Manual da Unidade Celular de Engenharia, 1991

4.6.3 Lixo hospitalar

A Norma Brasileira Regulamentadora 12807 da ABNT define lixo hospitalar como resíduo sólido de saúde e utiliza uma classificação quanto aos riscos potenciais para poluição do meio ambiente e prejudiciais à saúde pública, descrita a seguir:

- grupo A: potencialmente infectantes: são os resíduos com a possível presença de agentes biológicos. Exemplo: vacinas de microorganismos vivos ou atenuados;
- grupo B: químicos: resíduos contendo substâncias que apresentem riscos a saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características, como resíduos dos medicamentos ou insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados e apreendidos para descarte, saneantes, desinfetantes ou outros resíduos contaminados com substâncias químicas;
- grupo C: rejeitos radioativos;
- grupo D: resíduos comuns: lixos de varredura, papéis, etc
- grupo E: perfuro-cortantes: são objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar. Devem ser acondicionados em caixas específicas de papelão duro, a serem depositadas em local sem risco de acidentes e longe de materiais não contaminados.

Os demais resíduos de saúde são depositados em sacos plásticos leitoso branco e transportados, preferencialmente, em carrinho fechado, com identificação de contaminado.

Na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 33 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) encontram-se deliberações sobre a necessidade de prevenir e reduzir os riscos à saúde e ao meio ambiente, através do manejo dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSS) gerados em decorrência de ações de saúde.

BIOSSEGURANÇA



*Mônica Regina Filippo de Alencar
Débora Lúcia Souza Teixeira
Rodolfo de Almeida Lima Castro
Frank Ronald Moreira Costa*

5.1 INTRODUÇÃO

Existem várias definições para biossegurança. Neste manual, adotaremos a definição da Comissão de Biossegurança da Fundação Oswaldo Cruz (2003), que a apresenta como:

“Conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento, tecnologia e prestação de serviço, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados”.

Neste contexto, abordaremos os riscos ocupacionais relacionados à assistência dos desabrigados e cuidados com os animais e cadáveres, visando prevenir o surgimento de novos agravos dentro do abrigo, durante os serviços prestados.

Os profissionais de saúde e, excepcionalmente, outros trabalhadores e voluntários, ao realizarem suas ações, estão sujeitos ao contato com sangue, saliva e secreções dos assistidos pelo abrigo. Para minimizar o risco ocupacional de infecções atrelado a estas atividades, é indispensável que todos os envolvidos com a assistência à saúde em abrigos – profissionais e voluntários – estejam imunizados contra as hepatites A e B, rubéola, varicela (catapora), sarampo, influenza (gripe), vírus da caxumba e tétano. Com o mesmo objetivo, sugerimos que dentro do abrigo sejam seguidas as medidas de precaução padrão, que serão tratadas a seguir.

5.2 MEDIDAS DE PRECAUÇÃO BÁSICA OU PADRÃO

Em abrigos temporários, procedimentos invasivos (punção de veias, cuidados com ferimentos profundos, reanimação cardíaco-respiratória, coleta de exames, entre outros) serão realizados excepcionalmente, quando a gravidade do caso, ou da situação, não permitir que este tipo de atendimento seja realizado na unidade de saúde de referência. Nestes casos, as medidas de precaução padrão deverão ser seguidas.

Tais medidas, abaixo listadas, se destinam à proteção contra infecções transmissíveis através de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções (exceto suor), pele não intacta e membranas mucosas. Foram planejadas para reduzir a exposição do profissional de saúde ao HIV e aos vírus das hepatites B e C, dentre outros patógenos veiculados por sangue ou fluidos, já que a história clínica e exame físico não são capazes de identificar todos os pacientes contaminados por estes agentes.

- **Higiene das mãos:** medida indispensável após contato com sangue, qualquer fluido ou secreção corporal, ou itens contaminados por estes materiais, mesmo que tenham sido utilizadas luvas. Deve ser feita, dentro do abrigo, de preferência com água e sabão líquido. Se houver carência de água para higiene pessoal, as mãos deverão ser limpas com álcool-gel.
- **Uso de luvas não estéreis:** deve ser feito quando for previsto o contato com sangue, qualquer fluido ou secreção corporal, itens contaminados por estes materiais, pele não intacta ou mucosas. As luvas devem ser trocadas após cada atividade com materiais ou superfícies contaminadas, mesmo durante o cuidado de um mesmo paciente e também ao se trocar de paciente. Após a retirada das luvas, descartá-las no lixo e proceder a correta higiene das mãos.
- **Uso de máscara, proteção ocular e facial:** deve ser feito para proteção das mucosas dos olhos, nariz e boca, durante procedimentos que possam ocasionar respingos de sangue, fluidos ou secreções corporais e excreções.
- **Uso de capote não estéril resistente a fluidos:** para a proteção da roupa durante os procedimentos citados no item anterior. Capotes sujos devem ser removidos imediatamente para local apropriado.
- **Máscaras de oxigênio com reservatório, máscaras portáteis para respiração pessoa-a-pessoa (*pocket-mask*) e outros equipamentos para ressucitação:** devem estar prontamente disponíveis para utilização, de forma a se evitar a respiração boca-a-boca.

- **Todo material perfuro-cortante (agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros):** devem ser desprezados em recipientes resistentes à perfuração, e com tampa.
- **Os coletores específicos para descarte destes materiais:** não devem ser preenchidos acima de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados próximo ao local onde são realizados os procedimentos.
- **Agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, nem retiradas das seringas com as mãos.**

5.3 CONDUTAS PARA ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAL BIOLÓGICO

Acidentes com materiais biológicos em abrigos temporários poderão acontecer, excepcionalmente, durante a realização de procedimentos invasivos, em situações que a gravidade da situação ou do paciente não permita removê-lo para a unidade de saúde mais próxima do local. A chance de ocorrência destes acidentes aumenta em situações de estresse, comuns neste cenário. Tais acidentes constituem emergência médica, pelo risco de transmissão do HIV e das hepatites B e C - doenças graves e letais - dentre outras, e porque a eficácia das medidas de prevenção pós-exposição dependem de sua pronta implementação (no máximo, 2 horas depois de ocorrido o acidente).

A primeira conduta deverá ser a higiene da área exposta. Caso o acidente ocorra na pele, lavar abundantemente com água e sabão, ou solução antisséptica degermante. Se a área exposta for mucosa, proceder lavagem exaustiva da região, com solução fisiológica. Deve-se evitar o uso de substâncias que provoquem maior sangramento do local ferido, pois esta conduta aumenta a área lesada e, conseqüentemente, a exposição ao material contaminado.

Os casos deverão ser conduzidos na unidade de saúde mais próxima, em funcionamento no momento do acidente. O manejo inicial destes casos inclui avaliação do estado vacinal contra hepatite B e exames de sangue do acidentado, além de, conforme a qualificação do risco para o material biológico implicado, e para o tipo de exposição sofrida (mucosa ou pele não íntegra, pele íntegra, ou percutânea), definir-se o conjunto de medidas a serem tomadas (prescrição de drogas contra o HIV, vacinação e/ou imunoglobulina anti-hepatite B). O Ministério da Saúde elaborou protocolos para conduta em acidentes ocupacionais com materiais

biológicos, que deverão ser consultadas para cada caso. A administração do abrigo deve ser notificada sobre o fato, para registro do caso e verificação dos fatores estruturais que possam ter facilitado a ocorrência do acidente. A notificação compulsória do mesmo é feita na unidade de saúde.

Qualquer pessoa que sofre este tipo de exposição ocupacional deve receber acompanhamento e aconselhamento médico em unidade municipal de saúde, por no mínimo seis meses, incluindo a orientação para a utilização de preservativo e a repetição de exames laboratoriais, até que se tenha excluído a contaminação. É aconselhável também o acompanhamento psicológico destes pacientes.

5.4 CUIDADOS COM CADÁVERES

Os cuidados com os cadáveres após um desastre variam muito, de acordo com a cultura do local onde este ocorreu. Diversos mitos e crenças estão relacionados aos cadáveres, o que muitas vezes dificulta a adoção de medidas necessárias pelas autoridades.

De acordo com uma das principais crenças, os cadáveres são importante fonte de doenças e, portanto, devem ser enterrados imediatamente. Isto pode resultar na colocação dos corpos em covas coletivas, sem identificação, acarretando diversos outros problemas sociais e culturais. Dentre estes, podemos citar a dificuldade na busca, identificação e contagem de vítimas, o que pode gerar situações dramáticas para quem tenta localizar entes desaparecidos.

Os cadáveres devem ser tratados de acordo com o preconizado pela literatura científica especializada no assunto, entretanto, a cultura local da população afetada deve ser considerada e respeitada sempre que possível. A dificuldade na implantação das medidas necessárias é grande, principalmente nos casos de grandes desastres e quando a imprensa divulga informações contrárias às preconizadas pela ciência.

Em geral, a presença de cadáveres é comum na fase pós-desastre imediata. O órgão de resposta, incumbido desta responsabilidade pelo município, realiza a remoção dos corpos para o necrotério municipal. Lá permanecem, até que sejam identificados e então sepultados. A chance do profissional, atuante no abrigo, de lidar com presença de grande número de cadáveres, é pequena, e depende da magnitude do desastre.

Outra situação é a ocorrência de morte no interior do abrigo temporário. Nestes casos, a identificação da pessoa já havia sido feita, durante a fase de triagem e recepção dos desabrigados.

Nesta situação, os órgãos responsáveis deverão ser acionados para atestar o óbito, registrar a ocorrência e remover o corpo.

5.5 CUIDADOS COM OS ANIMAIS

Nos abrigos temporários, frequentemente, depara-se com a necessidade de alojar os animais de estimação dos desabrigados. Devem ser planejadas medidas eficazes para controlar o risco de transmissão de doenças, a começar pela vacinação dos animais e alojamento destes em condições seguras e higiênicas. Recomenda-se que o local de guarda dos animais não seja próximo à área de repouso e que seu acesso seja controlado por agentes do abrigo.

Os animais podem atuar como reservatório de doenças como a leishmaniose, leptospirose e doenças cutâneas. A transmissão dessas doenças pode-se dar por meio de urina e fezes dos animais ou através de vetores.

As fezes dos animais não deverão, de maneira alguma, entrar em contato com as pessoas, fontes de água ou alimentos. Os animais devem permanecer cercados, a uma distância mínima de 10 a 30 metros das fontes de água. O lixo também não pode ser acessível aos animais, pela possibilidade deste ser revirado e espalhado no abrigo. Todos que entrarem em contato com os animais devem lavar suas mãos posteriormente.

Quando animais selvagens estão alojados no abrigo, novos riscos estão presentes. Podem ser transmitidas doenças fatais aos desabrigados, como hantavirose, febres hemorrágicas, raiva e doenças ainda desconhecidas. Os órgãos de vigilância sanitária devem ser acionados para a avaliação dos riscos inerentes à presença destes animais e estabelecimento de medidas preventivas, caso se faça necessário.

ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES



*Rosana de Figueiredo França
Vagner Costa de Souza*

6.1 INTRODUÇÃO

O objetivo principal da nutrição, em situações de emergência, é garantir o acesso dos desabrigados aos alimentos para a manutenção de seu estado nutricional adequado. Esta ação constitui-se em um dos fundamentos dos direitos humanos, assegurando a vida, a dignidade, e um mínimo de conforto em situações extremas, nas quais muitas vezes as pessoas perderam todos os seus bens materiais e entes queridos.

Primeiramente, ressaltamos que, independentemente de estarmos em uma situação de anormalidade, é necessário respeitar princípios básicos de organização e cuidados higiênico-sanitários comuns aos processos de trabalho relacionados à alimentação coletiva. Portanto, as áreas destinadas à recepção, armazenamento de alimentos e preparo de refeições, assim como a área de distribuição, devem ser consideradas como partes integrantes de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN).

Em situações de anormalidade, as principais dificuldades encontradas em relação à UAN referem-se às condições disponíveis no local de abrigo, sendo necessário, na fase de planejamento, determinar a melhor forma de execução das operações, prevendo reformulações e re-direcionamentos quando necessário. Duas características são essenciais nesta fase: exequibilidade e flexibilidade. A primeira, assegurando que as ações planejadas se tornem efetivas e a segunda, possibilitando eventuais correções de direção. Os parâmetros básicos a serem avaliados para a consecução dos objetivos da UAN no abrigo são: a adequação nutricional; a definição do valor calórico total (VCT); os recursos disponíveis (mão de obra, equipamentos, utensílios, tipo de combustível utilizado, alimentos, entre outros); o número de refeições a serem servidas e a qualidade das instalações.

A etapa de organização é fundamental para que os objetivos possam ser atingidos e para que os planos executados e as pessoas possam trabalhar eficiente e eficazmente.

As atividades necessárias para a realização das etapas de pré-preparo, preparo e distribuição devem ser estudadas, atribuindo funções específicas às pessoas que estejam minimamente treinadas ou habilitadas para cada fim. Nesta fase, estabelece-se a estrutura que irá prevalecer na UAN com a definição das competências e a especificação das relações entre os que estarão trabalhando na unidade e os que administram o abrigo, evitando, assim, conflitos de autoridade.

Vale ressaltar que na organização deve-se buscar a funcionalidade e a eficiência em todas as etapas, evitando, assim, desperdícios de tempo e recursos. Os mecanismos de controle devem estar presentes em todas as fases e devem manter ligação com as demais funções. O controle pode ser feito de forma escrita, por meio de relatórios diários. Em cada etapa deve ser feito um tipo de controle que pode estar em um único formulário a ser preenchido ao longo do dia, o que evitará o acúmulo e / ou extravio de papéis.

O formulário de controle (anexo I) deve possuir dados de identificação do abrigo e data, número de refeições servidas, avaliação da quantidade de sobras, problemas de processamento, possíveis soluções, etc. Além disso, um controle acerca da prevenção de Doenças Transmitidas pelos Alimentos (DTA) deverá estar presente nos relatórios médicos, para fins de registro e implementação de medidas corretivas, visando evitar novos surtos.

Para controlar a distribuição das refeições, diariamente, o Setor de Nutrição deverá adquirir uma cópia da lista atualizada de todos os desabrigados, para que sejam marcadas as refeições (café da manhã, almoço e jantar) feitas por cada um. Esta medida visa evitar que uma mesma pessoa faça a mesma refeição duas vezes e que os suprimentos se esgotem antes do tempo previsto.

Com este trabalho, esperamos descrever de forma sintética alguns requisitos mínimos para o funcionamento de uma UAN em abrigos temporários, visando facilitar o trabalho das equipes empenhadas no Sistema de Defesa Civil de seus municípios.

6.2 OS ALIMENTOS

Alimentos Doados

O trabalho com alimentos doados pode ser feito, desde que sejam observados alguns critérios: qualidade, quantidade, embalagem íntegra, prazo de validade e valor nutricional. Devem ser pesados os benefícios e as desvantagens de utilizá-los no próprio abrigo.

A doação de alimentos, em caso de desastres, pode se dar de forma desordenada se não for solicitada de maneira adequada. Muitos alimentos indesejados podem ser doados, cabendo ao

responsável pelo setor de recepção comunicar ao responsável pela UAN para que ele verifique qual será o melhor destino.

É de suma importância que, ao se solicitar alimentos utilizando a imprensa, por exemplo, sejam especificados exatamente aqueles que serão mais importantes nesse processo. Alimentos não perecíveis, como produtos enlatados (leite em pó, salsicha, sardinha, óleo de soja, milho, ervilhas, etc), farináceos (fubá, farinha de mandioca, etc), arroz, macarrão e feijão devem ser priorizados por seu valor calórico, fácil preparação e boa aceitação. Em alguns casos, pode-se solicitar também água mineral.

A solicitação de produtos cárneos frescos, resfriados ou congelados só deve ser feita se houver local apropriado para estocagem e se for proveniente de fonte segura como frigoríficos, mercados, etc. O mesmo raciocínio deve ser levado em conta para hortaliças e frutas frescas, a menos que sejam utilizadas no mesmo dia.

Um outro destino pode ser dado aos alimentos doados, como a confecção de cestas básicas a serem distribuídas aos desabrigados no momento de retorno aos seus lares.

Alimentos Não Doados

Os alimentos fornecidos pelo poder público devem ser suficientes em quantidade e adequados quanto à qualidade e valor nutricional, de modo a suprir as necessidades nutricionais de todos os desabrigados. Caberá a administração da UAN do abrigo utilizá-los da melhor forma, distribuindo-os em refeições equilibradas. A compra racional de alimentos se fundamenta em conhecimentos científicos e técnicos de nutrição (exigência diária de nutrientes, atendidas em forma de alimentos) para o planejamento da alimentação balanceada e acessível. O nutricionista poderá fazer a previsão de gêneros para eventuais pedidos semanais que contemplem, pelo menos, 3 refeições diárias (desjejum, almoço e jantar), além das refeições destinadas às crianças em fase de desmame, menores de 5 anos, adolescentes, adultos e idosos que necessitem de atenção diferenciada. A omissão de algumas refeições como o lanche e colação deve-se ao fato de haver pouca mão-de-obra disponível para o preparo das refeições e em alguns casos dificuldade de aquisição de alimentos.

A periodicidade dos pedidos pode ser adaptada de acordo com a capacidade do estoque ou com os tipos de alimentos que poderão ser utilizados. Os folhosos, em geral, deverão ser preparados no primeiro ou segundo dia da compra, sob a pena de perderem as características de frescura. Dispondo-se de congelador, há possibilidade de comprar carne para um período de

uma semana ou mais. Os ovos, sob refrigeração, também se conservam bem por uma semana ou quinze dias. No entanto, havendo facilidade de fornecimento, não se justifica compras tão antecipadas. Leite e pão são adquiridos diariamente, hortaliças e frutas, uma ou duas vezes por semana e alimentos secos e enlatados de acordo com o tamanho da despensa (Ornellas, 2001).

6.3 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA UAN

Em situações de normalidade, nas UAN onde são servidas refeições para coletividades sadias, algumas características devem ser consideradas por razões de segurança alimentar, praticidade e por força da legislação atual. Em abrigos, as áreas destinadas à recepção, estocagem, preparo e distribuição de refeições podem pertencer à própria estrutura do local ou podem ter que ser improvisadas. De qualquer forma, por mais precário que possa ser o local e suas instalações, é importante, tanto para o administrador do abrigo como para o responsável pelo setor de alimentação, saber quais são as características ideais de uma UAN para que se aproximem ao máximo dela.

Caberá às COMDEC a avaliação prévia dos locais utilizados como abrigos temporários e determinar se estes atendem às necessidades mínimas para o bom funcionamento de uma UAN. É importante observar as condições gerais da cozinha (paredes, piso, teto) e locais de armazenamento, quanto às instalações elétricas, presença de torneiras, pias, ralos, etc.

6.3.1 Recepção e estocagem de gêneros

As mercadorias deverão ser recebidas em local isolado, longe do alcance dos desabrigados, para evitar extravios; este lugar deverá estar limpo e protegido de intempéries. Na recepção, os alimentos devem ser conferidos e direcionados aos locais adequados de armazenagem. Os gêneros poderão ser organizados por grupos (cereais, leguminosas, hortaliças, etc) ou tipos de alimentos (arroz, feijões, massas, enlatados, farinhas, etc), respeitando-se os prazos de validade e as normas de higiene e controle sanitário que minimizem perdas e garantam sua qualidade até o momento do preparo.

O local de armazenamento deverá estar situado o mais próximo possível da área de processamento, evitando o transporte de gêneros a longas distâncias, assim como a circulação de pessoas estranhas à UAN. Deve também possuir refrigeradores para manutenção de alimentos perecíveis (pelo menos 2 unidades: um a temperatura de 0°C para conservação de carnes e outro a temperatura de 10°C para conservação de frutas e verduras), além de despensa ou almoxarifado para conservação de alimentos a temperatura ambiente (Teixeira, 2000).

A organização da despensa deverá aproximar-se, ao máximo, dos critérios estabelecidos normalmente para Unidades de Alimentação e Nutrição, tais como:

- boa iluminação e ventilação cruzada (aberturas na parte superior das paredes) ou mecânica (exaustores), que permitam ampla circulação de ar entre as mercadorias;
- prateleiras para armazenamento localizadas a 30 cm do piso;
- estrados de madeira para sacarias, elevados do piso 40 cm;
- prateleiras a 10 cm da parede para evitar que a umidade atinja os alimentos estocados;
- janelas e aberturas teladas;
- temperaturas nunca superiores a 27°C;
- borracha de vedação na parte inferior da porta;
- piso em material lavável e resistente;
- não apresentar ralos para escoamento de água.

Estes cinco últimos, relativos à estrutura, dependem basicamente do local onde o abrigo estará estabelecido, sendo de difícil implementação, porém podem ser fatores a serem considerados na escolha de novos abrigos temporários.

Observações importantes:

- manter no local de estoque, utensílios secos e limpos para retirar os gêneros das sacarias. Ao armazenar macarrão ou biscoitos, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
- alimentos e materiais de limpeza podem ser guardados na própria despensa, mas em lugares separados, evitando o contato;
- os gêneros mais velhos (observar validade) deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (PVPS).

6.3.2 Área de Processamento

A área de processamento será aqui considerada como o local onde se realizarão as operações de pré-preparo dos alimentos, a confecção das refeições e a área de higienização dos utensílios, ou seja, a cozinha do abrigo provisório. Ela deverá conter uma área destinada ao pré-processamento dos alimentos (higienização, descascamento e fracionamento de hortaliças), uma área para a cocção propriamente dita (preparo) e a pia de lavagem dos utensílios de cozinha.

Estas áreas não necessitam de separação por paredes, podendo manter contato sem, no entanto, ultrapassar os limites uma da outra para que alimentos crus e utensílios usados não entrem em contato com as refeições prontas.

Como os tipos de estabelecimentos designados para abrigos temporários podem variar muito de acordo com a região, é importante que as COMDEC façam um levantamento prévio da estrutura relacionada aos locais de preparação de refeições de cada um destes locais, organizando uma listagem onde estejam sinalizadas as melhores opções, de acordo com as suas respectivas configurações estruturais. (anexo II)

Abrigos instalados em escolas municipais e/ou estaduais, por exemplo, contam com a estrutura de preparação de merendas. Neste caso, consideraremos como unidades com estrutura fixa. Abrigos temporários sem estrutura fixa serão, por exemplo, os galpões, estádios e acampamentos.

Abrigos temporários com estrutura fixa

Em abrigos temporários que possuam estrutura física para confecção de refeições e mão-de-obra especializada disponibilizada para esta missão, o principal trabalho consistirá em gerenciar esta unidade de alimentação. O nutricionista ou um responsável designado por ele desempenhará esta função, administrando os recursos disponíveis.

Abrigos temporários sem estrutura fixa

Nestes tipos de abrigos, onde não há uma estrutura física adequada ao preparo de refeições, caberá ao poder público garantir equipamentos e utensílios em número suficiente para a confecção das refeições para todos os desabrigados e pessoas empenhadas no trabalho no abrigo.

Os equipamentos utilizados em uma UAN são classificados em básicos e de apoio. Teixeira (2000) enumera uma série de equipamentos que independente de seu objetivo institucional ou social, são considerados como básicos. Para fins práticos e visando simplificar ao máximo a aquisição de equipamentos e utensílios, utilizaremos como básicos no abrigo provisório os que seguem: fogão, panelões, liquidificador, unidades refrigeradas, bebedouros, chapas para bifés e utensílios de cozinha como colher de altileno ou teflon, conchas, escumadeiras, facas e garfos.

Quaisquer equipamentos adquiridos, além dos acima citados, serão um incremento positivo que auxiliará na confecção de refeições mais variadas.

Uma outra alternativa é garantir o fornecimento de refeições através da contratação de uma empresa especializada no preparo de refeições transportadas (quentinhas). Neste caso, todos

os cuidados higiênico-sanitários relativos ao processo de produção das refeições devem ser do responsável técnico (nutricionista) do fornecedor das mesmas. No entanto, o contratante deve se certificar que a empresa contratada possui as condições necessárias para este trabalho. Embora a empresa contratada tenha a responsabilidade de garantir a inocuidade dos alimentos, deverá haver um profissional especializado atestando a qualidade destas refeições, no local de recepção, levando em consideração a temperatura encontrada nos alimentos, de acordo com os seguintes critérios descritos por Arruda (2002):

- os alimentos quentes devem ser transportados em recipientes com proteção isotérmica, mantendo a temperatura mínima de 65°C, conforme o estabelecido pelas portarias CVS-15/91 e CVS-06/99;
- os alimentos frios devem ser transportados de modo a manter a temperatura máxima de 10°C.

Para desenvolver estas práticas, o responsável por esta monitoração necessitará de um termômetro eletrônico de penetração, encontrado em lojas especializadas.

Observações importantes:

Amostras de cada preparação (pelo menos 100g) devem ser recolhidas em utensílios limpos (esterilizados em água fervente por 15 minutos) e armazenadas em refrigerador a uma temperatura de 4°C, por 72 horas ou congeladas a -10°C. Esta medida visa identificar agentes patógenos, em casos de surto de toxiinfecção, sendo enviadas para análise em laboratórios de referência, caso necessário (SILVA JR., 2002).

6.3.3 Área de Distribuição

Nos abrigos temporários, as refeições devem respeitar os horários preestabelecidos pela administração, priorizando-se crianças, idosos e gestantes, que devem receber primeiro suas refeições. As mães, que possuam filhos que ainda não se alimentam sozinhos, devem receber suas refeições no mesmo momento em que a criança.

Devem ser organizadas áreas com mesas e cadeiras para que as pessoas façam suas refeições, aproveitando-se os espaços disponíveis e balcões onde serão colocadas as cubas ou panelas com os alimentos prontos que serão distribuídas por copeiras ou pessoas com esta função.

Sempre que possível, evitar que as pessoas saiam dessas áreas com alimentos para que as refeições não sejam feitas no local onde elas durmam ou circulem. Esta medida visa prevenir a disseminação de vetores e manter sob controle a limpeza das áreas comuns.

6.4 LACTÁRIO

É a área destinada ao preparo e distribuição de formas lácteas (mamadeiras) e complementares para os lactentes (Mezomo, 1994), sendo de suma importância em um abrigo provisório.

Deve possuir uma rotina de funcionamento, com horários fixos a serem cumpridos pelas mães que deverão ser as responsáveis pela preparação das mamadeiras de seus filhos, uma vez que cada criança possui hábitos alimentares diferentes. Neste local será previamente preparado por copeiras ou funcionários do abrigo apenas o leite a ser utilizado. Uma pessoa deverá supervisionar o acréscimo de farinhas e açúcar que estarão à disposição para que cada uma misture ao leite da forma como a criança está acostumada. Basicamente, serão utilizados 2 tipos de farinhas: amido de milho e amido de arroz, não descartando a utilização de outros suplementos, se disponíveis.

Horários de funcionamento sugeridos: 2h, 5h, 8h, 11h, 14h, 17h, 20h, 23h.

As mães deverão ser orientadas pela copeira quanto à correta higienização das mãos antes do preparo das mamadeiras.

Os abrigos, em geral, não proporcionam condições ideais para o funcionamento de um lactário. Logo, deverão ser seguidos, pelo menos, os aspectos mais importantes no preparo inócuo das mamadeiras:

- maior afastamento possível das áreas de circulação de pessoal;
- máxima proteção contra contaminação do ar;
- maior proximidade possível do serviço de alimentação, para facilitar a supervisão e o abastecimento de gêneros.

Com relação aos equipamentos, pela impossibilidade de se ter uma condição ideal no preparo das mamadeiras, devemos buscar minimamente:

- uma pia com esguicho ou torneira para higienização das mamadeiras usadas (frascos, bicos e utensílios);
- escovas de limpeza de pelos pretos, de funcionamento mecânico para a higienização de mamadeiras e bicos.

Obs: os pelos deverão ser pretos, porque são mais facilmente notados quando ficam presos às mamadeiras.

- lavatório e saboneteira para sabão líquido germicida;
- fogão de 2 a 4 bocas.

O lactário e todos os seus equipamentos precisam ser mantidos em rigorosa higiene e limpeza, sendo limpos peça por peça. Pode-se utilizar um método simples e eficaz denominado método de Milton:

As mamadeiras e bicos, após o uso, são lavadas com escova, detergente e água morna, sendo depois enxaguados em água corrente; os bicos das mamadeiras devem ser esfregados com sal, que remove os resíduos de leite, veículos de contaminação e obstrução dos próprios bicos; depois de lavados, devem ser imersos em solução bactericida, na proporção de 1:80 (uma colher de sopa de solução de Milton para cada litro de água), onde permanecerão completamente imersos por uma hora. Deve-se evitar a formação de bolhas de ar dentro das mamadeiras durante a imersão.

Observações:

O vasilhame contendo a solução de Milton deve ser de plástico, vidro, louça ou tanque de polietileno (o mais recomendado); nunca de metal.

Transcorrido o prazo de uma hora, ou então, chegada à hora da próxima mamada, retirar as mamadeiras, bicos e acessórios da solução que devem ser simplesmente escorridos, não devendo ser enxaguados em água corrente. Este processo de desinfecção a frio de mamadeiras, bicos e acessórios dispensa fervura.

As áreas de trabalho (pias, bancadas) devem ser lavadas com detergente, enxaguadas com água potável e, posteriormente, sanitizadas com solução clorada a 200 ppm (1 colher de sopa = 10 ml de água sanitária diluída em 1 litro de água) por 15 minutos ou álcool 70% até evaporar. Não é necessário secar.

6.5 RECURSOS HUMANOS

A UAN do abrigo temporário necessita contar com um quadro de pessoal que desempenhe as diversas atividades nela desenvolvidas. Estas pessoas devem ser preferencialmente qualificadas para a função ou possuírem, pelo menos, noções básicas dos processos de trabalho em cozinhas industriais. Algumas das funções não demandam experiência anterior, sendo suficiente apenas uma breve orientação. É desejável que as pessoas saibam ler e tenham noções básicas de cálculos matemáticos simples (somar e subtrair).

A participação da população afetada na produção de refeições deve ser estimulada como

uma forma de ocupação e de se melhorar a auto-estima das pessoas, utilizando atividades úteis ao seu dia-a-dia como uma forma de retorno à sua rotina normal.

Entretanto, com vistas a evitar problemas e desentendimentos entre os desabrigados e seus pares e entre os desabrigados e a administração do abrigo, aqueles devem ocupar cargos que não os coloquem em contato direto com os gêneros nas fases de pré-preparo, preparo e distribuição. Cargos como despenseiro, cozinheiro, auxiliar de cozinha e copeiro devem ser evitados, podendo levar, por exemplo, as pessoas a favorecerem parentes e amigos na distribuição das refeições em detrimento das outras. As funções mais adequadas para voluntários no abrigo são aquelas relacionadas à organização e limpeza dos utensílios e equipamentos e espaços destinados às refeições.

Profissionais enviados pelo município ou estado devem ser a primeira opção de mão-de-obra para a preparação das refeições, sendo utilizados voluntários somente em caráter complementar e respeitando-se as limitações anteriormente descritas.

A equipe básica para um bom funcionamento da UAN deve contar com a assessoria de pelo menos 1 nutricionista e mais;

- estoquista, despenseiro ou almoxarife;
- cozinheiro;
- auxiliar de cozinha;
- auxiliar de serviços gerais;
- copeiro.

O número de pessoas em cada uma das funções dependerá do número de refeições a serem servidas no abrigo provisório.

6.5.1 Descrição de Funções

Caberá ao nutricionista ou responsável por ele designado:

- elaborar o cardápio;
- supervisionar e orientar o preparo das refeições;
- orientar cuidados higiênico-sanitários no setor;
- solicitar suprimentos.

Caberá ao estoquista:

- conferir a mercadoria recebida;

- controlar a qualidade dos gêneros recebidos;
- pesar e distribuir diariamente os gêneros solicitados para o preparo das refeições;
- supervisionar a limpeza diária dos locais de armazenamento;
- controlar a temperatura dos refrigeradores;
- comunicar ao seu supervisor, eventuais irregularidades ocorridas no seu setor.

Caberá ao cozinheiro:

- receber e conferir os gêneros alimentícios entregues pelo setor de armazenamento;
- preparar as refeições;
- orientar as pessoas empenhadas na distribuição;
- observar a distribuição.

Caberá ao auxiliar de cozinha:

- fazer frituras;
- preparar as guarnições;
- preparar arroz e feijão.

Caberá ao copeiro (ou aos responsáveis por servir as refeições):

- preparar os lanches;
- proporcionar a comida;
- limpar as mesas e cadeiras;
- recolher louças e utensílios utilizados na distribuição das refeições;
- guardar e controlar louças e utensílios.

Caberá ao auxiliar de serviços gerais:

- higienizar panelas e utensílios da cozinha;
- higienizar bandejas, pratos e talheres;
- limpar o salão;
- despachar o lixo;
- repor os alimentos no momento da distribuição;
- repor utensílios e bandejas.

Todas as atividades desenvolvidas por todos da UAN são importantes para o alcance de um bom produto final.

6.6 CUIDADOS HIGIÊNICO-SANITÁRIOS NA PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

Entende-se por higiene dos alimentos, não só a manipulação dos mesmos, mas também o cuidado com os equipamentos e utensílios utilizados em todo o processo de manipulação, tanto do alimento cru quanto do cozido (Mezomo, 1994). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos casos de toxiinfecção alimentar é causada devido à falta de higiene e as falhas no controle de temperatura durante o preparo do alimento (Arruda, 2002). Os equipamentos e utensílios que não estiverem adequadamente higienizados podem servir como transportadores de bactérias para os alimentos.

A higienização é o processo que compreende a limpeza seguida da sanitização ou desinfecção que por sua vez tem o objetivo eliminar os microorganismos que sobreviveram à limpeza superficial.

6.6.1 Os manipuladores de alimentos

Dentro do processo de produção de refeições entende-se por manipulador de alimentos toda pessoa que tenha contato, ainda que ocasional, com a recepção, pré-preparo, preparo e distribuição de um alimento, seja ele matéria-prima ou refeição já elaborada. Os manipuladores devem ser conscientizados de sua responsabilidade em relação a sua própria saúde e a do usuário final.

Higiene pessoal

Mãos

Deverão ser lavadas antes de iniciar o trabalho, após o uso do sanitário e de hora em hora, durante as atividades. Não poderão conter adornos, pulseiras ou anéis que podem cair acidentalmente no alimento. As unhas deverão ser mantidas limpas, curtas e sem esmaltes.

Corpo

- tomar banho diariamente;
- não usar brincos, correntes ou outras jóias que possam cair no alimento;
- manter os cabelos limpos e totalmente cobertos por gorro ou lenço;
- manter os ferimentos protegidos por ataduras impermeáveis;
- não use pinturas, maquiagem e perfumes;

- em caso de doença, especialmente diarreia ou infecção de pele, avise a chefia, o mais rápido possível.

Roupas

- trocar todos os dias e conservar o mais limpo possível;
- sempre que possível utilizar gorro para cobrir todo o cabelo;
- os sapatos devem estar limpos e mantidos em bom estado de conservação.

6.6.2 Gêneros alimentícios

Os alimentos, de um modo geral, podem sofrer contaminação⁵ durante todo o processo da produção de refeições. Ela pode ser visível quando, por exemplo, é causada por fios de cabelo, lascas de madeira, partes de insetos, moscas, entre outras ou invisível, se causada por substâncias químicas tóxicas ou microorganismos. Segundo Silva Jr.:

As consequências da contaminação podem ir desde uma simples diarreia, dor de cabeça, vômitos, mal-estar até estados mais graves como a infecção intestinal, paralisia muscular, problemas respiratórios, convulsões e até mesmo a morte.

O que determina a magnitude do problema é a qualidade e/ou quantidade de microorganismos e toxinas ingeridas através do alimento ou água e também a resistência da pessoa afetada.

Escolha de fornecedores

Difícilmente em uma situação de emergência os critérios de credenciamento de fornecedores serão possíveis de serem colocados em prática, uma vez que isto requer um cadastramento prévio com visitas técnicas para aprovação do fornecedor. Por esta razão, a etapa de recebimento deverá ser bastante criteriosa.

Recebimento dos gêneros alimentícios e conferência da qualidade do produto

O processo de recebimento é a primeira etapa de controle higiênico-sanitário no estabelecimento e deve ser constituído por atividades de conferência da qualidade do produto alimentar recebido (Arruda, 2002). Deve-se verificar as características sensoriais do produto (cor, odor, sabor e textura), a data de validade, temperatura e condições de acondicionamento. A embalagem deve estar limpa e íntegra e os produtos dispostos de forma adequada na mesma.

Os produtos perecíveis devem ser selecionados retirando-se as partes podres, amassadas e sujas, e em seguida armazenados no prazo máximo de 30 minutos.

⁵ Como contaminação, neste trabalho, consideraremos a presença de todo e qualquer objeto, substância ou organismo estranho e indesejável no alimento ou produto.(PCRJ,s.d.)

Armazenamento dos gêneros alimentícios

▪ Armazenamento à temperatura ambiente

A disposição dos produtos deve obedecer à data de fabricação estando os produtos de fabricação mais antiga posicionados de maneira a serem consumidos em primeiro lugar. Latas estufadas, amassadas e enferrujadas devem ser descartadas.

▪ Armazenamento a baixas temperaturas

Os produtos devem ser armazenados fora das embalagens originais, em contentores adequadamente higienizados, cobertos e identificados, com um espaçamento que garanta a circulação do ar frio.

As geladeiras ou *freezers* devem ser abertos o menor número de vezes possível e deve-se evitar volumes com altura superior a 10 centímetros.

O quadro abaixo demonstra a temperatura ideal para armazenamento de alimentos refrigerados.

Produtos	Temperaturas
Ovos e vegetais	8°C a 10°C
Frios e laticínios	Máximo 8°C
Produtos cárneos refrigerados	Máximo 4°C
Produtos cárneos congelados	- 15°C ou inferior

Fonte: Arruda, 2002.

Pré-preparo dos gêneros alimentícios

Esta é a fase onde são realizadas as operações preliminares de confecção de refeições, podendo ser dividida em preparo de hortaliças e carnes (Teixeira, 2000).

▪ Pré-preparo de hortifrutis

Em decorrência da alta contaminação originária dos vegetais, deve-se evitar o contato destes com outros alimentos ou com refeições já prontas, para impedir a contaminação cruzada⁶ (Arruda, 2002).

A rotina de higienização se dá em etapas sequenciais onde cada fase representa um ponto passível de controle, tais como:

⁶ A contaminação cruzada ocorre quando alimentos já prontos para consumo entram em contato com alimentos crus ou utensílios sujos que tenham sido utilizados em outras fases do processo.

- a) seleção, com retirada das folhas, legumes e frutas danificadas;
- b) lavagem em água corrente folha a folha, no caso de verduras, e um a um, no caso de frutas e legumes;
- c) imersão por 10 minutos em solução de hipoclorito de sódio a 200 ppm .

Os produtos recomendados para desinfecção de alimentos e suas respectivas diluições encontram-se listados no anexo III.

▪ Pré-preparo de carnes

Os cuidados fundamentais para a redução de riscos de contaminação são o controle de temperatura da carne e da geladeira, nas etapas de armazenamento e descongelamento, a rapidez no processo de manipulação e a higiene das instalações e utensílios (Arruda, 2002).

▪ Descongelamento

As condições das cozinhas nos abrigos nem sempre serão adequadas para realização dos procedimentos corretos com relação aos alimentos. Embora esta seja uma realidade, deve-se proceder de maneira mais próxima possível do ideal, como por exemplo, descongelar sob refrigeração.

Preparo dos gêneros alimentícios e distribuição de refeições

A cozinha é o local onde os alimentos são preparados. Os fatores tempo e temperatura são importantíssimos no controle de qualidade dos alimentos. Dentro do contexto de uma situação de emergência tais fatores tornam-se ainda mais relevantes, devendo-se mesmo sem todos os recursos necessários realizar da melhor forma possível o monitoramento destes fatores. O quadro 1 descreve os critérios de tempo e temperatura recomendados. As temperaturas devem ser medidas utilizando o termômetro de penetração.

Quadro 1: Resumo das temperaturas recomendadas em °C (Silva, Jr., 2002)

Resumo das temperaturas recomendadas em °C	
Ambiente	até 26
Pescados	congelados ou até 4
Carnes e descongelamento de alimentos	até 4
Sobremesas refrigeradas	até 4

Frios e laticínios	até 8
Hortifrutigranjeiros	até 10
Alimentos pós cocção	até 4
Congelados	± - 18
Supergelados	± - 40
Óleo de fritura	até 180
Cocção e reaquecimento	74
Distribuição de alimentos quentes	> 60
Distribuição de alimentos refrigerados ou resfriados	< 10
Transporte de alimentos quentes para espera na distribuição	65
Transporte de alimentos refrigerados	até 7
Transporte de alimentos resfriados	até 10
Balcão refrigerado	até 8
Balcão térmico (água)	80 a 90

No caso do uso de alimentos congelados, é vetada qualquer forma de recongelamento, exceto no caso em que já tenham sido submetidos à cocção.

A distribuição dos alimentos representa papel importante no controle higiênico-sanitário das refeições servidas (Arruda, 2002), devendo ocorrer o mais breve possível após sua preparação, para prevenir a multiplicação de microorganismos causadores de doenças que sobreviveram ao processo térmico.

6.6.3 Os equipamentos e utensílios

Os equipamentos e utensílios devem estar adequadamente higienizados. Uma correta higienização deve seguir uma sequência, para ser eficiente:

- 1 - para remoção da sujeira, deve-se utilizar água corrente e em seguida o detergente (aplicar com auxílio de escova ou esponja);
- 2 - enxaguar com água para remover todo detergente e a sujeira;
- 3 - para remoção dos microorganismos utilizar sanitizante (cloro ou similar), pulverizando-o nas superfícies, ou colocando os equipamentos e utensílios em tanque de molho por 15 minutos;
- 4 - antes da nova utilização, toda a superfície, equipamentos e utensílios devem ser enxaguados em água corrente.

Durante o preparo das refeições é também preciso impedir que as bactérias do ambiente, dos utensílios e dos equipamentos, contaminem os alimentos ou que utensílios que tenham sido colocados em alimentos crus, entrem em contato com alimentos ou refeições já prontas (contaminação cruzada), para tanto se deve:

- manter o ambiente limpo (pisos, paredes, janelas e ralos);
- manter mesas, bancadas, prateleiras limpas e organizadas;
- lavar e desinfetar todos os utensílios e equipamentos (faca, tábuas de corte, picadores);
- os pratos, talheres, copos, devem ser manuseados pelos cabos, beirais e pegadores, evitando-se tocar nos locais que entram em contato com os alimentos;
- não usar toalhas de pano nas áreas de produção. Deve-se utilizar sempre que possível papel toalha ou toalha descartável;
- manter o lixo em latões tampados, sendo removidos sempre que estiverem cheios;
- não permitir a permanência de animais nas áreas de preparo e armazenamento de alimentos;
- manter o material limpo separado do sujo;
- manter as geladeiras limpas e organizadas;
- não misturar alimentos crus e cozidos, nas geladeiras, ou nas bancadas;
- manter os alimentos sempre protegidos e cobertos (dentro das geladeiras ou nas bancadas).

6.6.4 Estrutura Física da UAN

A correta higienização do local onde são preparadas as refeições é tão importante quanto todas as fases do processo, pois a falta de higiene pode afetar a qualidade do produto final trazendo riscos à saúde dos usuários.

Pisos, paredes, mesas, cadeiras, balcão de apoio, carrinhos de transporte e bancadas devem ser limpos diariamente e sempre que for necessário.

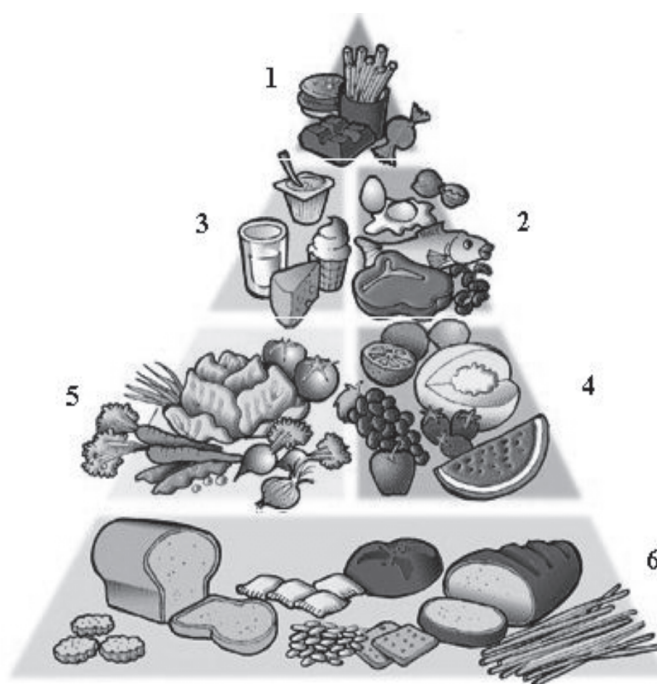
Obs: não utilizar vassouras na área da cozinha, apenas esfregão ou pano molhado.

Nas dependências da cozinha onde houver recipientes de lixo, mantê-los em sacos plásticos resistentes e devidamente tampados. Os sacos não devem ficar muito cheios para possibilitar que sejam amarrados. A condução dos sacos de lixo até a área de depósito dos mesmos não deve seguir por caminhos comuns às áreas de manipulação dos alimentos.

6.7 CARDÁPIO

A elaboração de um cardápio para abrigos temporários se faz necessário, porém não é possível antecipar quais alimentos especificamente serão utilizados. Nos municípios onde seja possível a consulta a nutricionistas, pode-se solicitar a elaboração de cardápios regionais que atendam às necessidades básicas da comunidade afetada. Estas necessidades devem prover os nutrientes necessários - proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas, sais minerais e água - à manutenção da saúde. É importante que cada COMDEC tenha preparado um modelo que contemple todos os grupos alimentares e formule, com auxílio de uma nutricionista, seu cardápio de acordo com os recursos disponíveis.

Uma dieta equilibrada deve ser constituída por todos os grupos de alimentos, ilustrados através da pirâmide alimentar e descritos por grupos no anexo IV.



- 1 - Açúcares, doces (carboidratos simples), gorduras (lipídeos): EVITAR, em excesso. Utilizar somente margarina e o óleo de cocção (lipídeos) e açúcar refinado para adoçar refrescos.
- 2 - Carnes, ovos, leguminosas: ALMOÇO E JANTAR.
- 3 - Laticínios (leite, queijos, iogurtes): DESJEJUM (café da manhã).
- 4 - Frutas: ALMOÇO E JANTAR.
- 5 - Hortaliças: ALMOÇO E JANTAR.
- 6 - Cereais, massas, pães (carboidratos complexos): DESJEJUM, ALMOÇO E JANTAR.

Exemplo

DESJEJUM: Pão com margarina, café com leite.

ALMOÇO: Arroz, feijão, frango ensopado com cenoura.

JANTAR: Arroz, feijão, carne moída com purê de batata.

Para se fazer um cálculo estimado das quantidades de alimentos necessárias a serem compradas, deve-se levar em conta o rendimento do alimento e suas perdas durante o pré-preparo (cascas, caroços), que podem variar muito de um alimento para o outro. A quantidade crua *per capita*⁷ de alimentos, para 1 refeição diária:

DESJEJUM

200 ml de leite

5 g de café

1 unidade de pão francês

20 g de manteiga ou margarina (1 colher de sopa)

ALMOÇO E JANTAR

100 g de arroz parbolizado

50 g de feijão

300g de carne de frango ou 200g de carne de boi

Hortaliças cruas (verduras e legumes), em geral, fornecer em média 150 g do alimento pronto.

⁷ Por pessoa.

RECEPÇÃO, TRIAGEM E ROTINA DO ABRIGO



*Brígida Neide Rocha Lira
Heloiza Helena Nunes da Silveira
Gabriela Franco Dias Lyra
Claudia Cristina Valentim Alves*

7.1 A RECEPÇÃO DOS DESABRIGADOS

A recepção das famílias desabrigadas constitui a primeira atividade a ser desenvolvida no abrigo e deve ser priorizada. Neste momento, são realizados o cadastro, o acautelamento dos bens e a disposição das famílias e dos animais na estrutura do abrigo. Estas ações devem ser desenvolvidas pelos administradores do abrigo (COMDEC), profissionais da prefeitura local (assistentes sociais, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, entre outros) e por agentes capacitados, como os Agentes Psicossociais.⁸

7.2 CADASTRO DOS DESABRIGADOS

O cadastro deve ser realizado, preferencialmente, num único momento⁹. De maneira organizada, os desabrigados devem ser identificados através do registro de alguns dados (nome, idade, sexo, entre outros) em uma lista de cadastro (anexo V). O cadastro deve ser o mais prático possível e tem por objetivo informar à administração do abrigo o número total de pessoas recebidas, bem como contribuir para direcionar o trabalho, criando condições para traçar o apoio logístico.

É importante que se delimite um local para o cadastro, e que este seja a única via de entrada e saída de pessoal permitida aos desabrigados. Faz-se necessário, então, que se tenha uma pessoa responsável pelo controle de entrada e saída de pessoal de modo permanente, a fim de evitar que pessoas que não estejam na condição de desabrigados se apropriem de benefícios designados para a população que realmente necessita.

⁸ Ver Capítulo 9.

⁹ Isso evita que pessoas que não foram afetadas pelo desastre sejam cadastradas. Caso haja pessoas que não tenham sido cadastradas no momento da recepção, caberá à administração do abrigo averiguar sobre cada pessoa não cadastrada.

Obs. 1: As famílias desalojadas que estejam hospedadas na casa de parentes ou amigos devem ser consideradas no cadastro, a fim de usufruírem dos benefícios do abrigo. Porém, para efeito deste manual consideraremos todos como desabrigados.

Obs.2: Não deve ser permitido que os desabrigados entrem portando substâncias alcoólicas, ilícitas, armas de fogo, facas, canivetes e outros objetos capazes de gerar lesões propositais ou acidentais.

7.3 O ACAUTELAMENTO DOS BENS

Na recepção, os bens que ocupam espaço ou que de alguma forma prejudicam a organização do abrigo devem ser recolhidos, identificados e acautelados em local seguro sob responsabilidade de uma pessoa designada pela administração do abrigo¹⁰. Sugere-se que seja preenchido um formulário apropriado (anexo VI) em 2 vias, que contenha o nome do proprietário, quantidade e tipo de bens acautelados, e que seja assinado pelo receptor e pelo proprietário, ficando uma via com cada uma das partes, para posterior retirada.

Quando houver a devolução dos bens, também se deve registrar quem retirou e quando. É importante que o prazo para a devolução não exceda o tempo de permanência do proprietário no abrigo, devendo esta informação ser afixada em local visível para que todos tenham ciência. O destino dos bens, que por ventura ficarem após o término do abrigo, deverá ser decidido pela administração do abrigo.

Em alguns eventos, o receio de evacuar se encontra relacionado ao receio de abandonar todos os seus bens e aos roubos e furtos que seguem após isto, devido à impossibilidade de levá-los ou à necessidade urgente de evacuação. Desta forma, é importante que a administração do abrigo articule, via Oficial de Ligação, com os órgãos responsáveis para resguardar os bens que por ventura tenham ficado no local do evento.

7.4 A DISPOSIÇÃO DOS ANIMAIS

O registro de animais deve ser feito na lista de cadastro dos desabrigados, no campo “observações”, no momento da chegada ao abrigo e visa além de prevenir zoonoses e acidentes, o bem-estar do animal e da população desabrigada. Os animais devem ser colocados em local não muito afastado, de modo que as famílias possam continuar assistindo-os e disponibilizando os cuidados necessários aos mesmos (alimentação e banho). Os alimentos devem ser fornecidos pela coordenação do abrigo. Deve ser verificado junto aos donos se estes estão devidamente vacinados, caso contrário, a imunização deve ser providenciada.

¹⁰ Os tipos de bens a serem acautelados devem ser avaliados conforme a organização de cada abrigo.

Os animais sem responsáveis deverão ser encaminhados para órgãos de proteção aos animais ou similares.

7.5 A TRIAGEM DE SAÚDE

A triagem consiste numa entrevista específica realizada pelos profissionais de saúde (disponibilizados pelo município) com o objetivo de identificar possíveis agravos de saúde na população desabrigada e, caso seja necessário, referenciá-los à unidade de saúde mais apropriada. Há necessidade de se destinar um local reservado e com infra-estrutura básica para a realização desta atividade.

As fichas de anamnese, previstas nos anexos VII e VIII, nortearão as entrevistas e serão complementadas pelo exame físico e uma impressão diagnóstica.

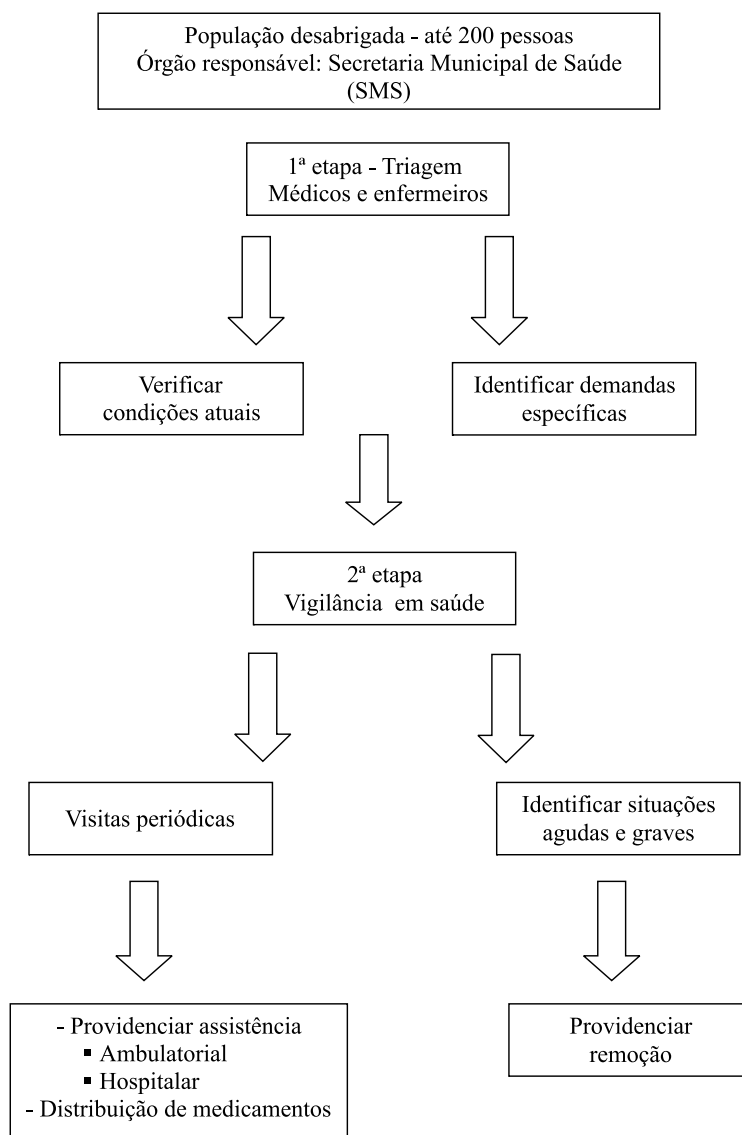
Na triagem de saúde, deve-se priorizar os casos que necessitem de remoção de emergência como por exemplo, gestantes em trabalho de parto, pacientes com lesões e doenças graves, além de identificar e iniciar o tratamento e a vigilância dos casos relacionados a doenças potencialmente transmissíveis.

A entrevista deverá conter informações simples e objetivas, quanto à:

- Identificação dos possíveis agravos de saúde nas crianças menores de cinco anos, nos adultos (homens e mulheres), nos adolescentes e nos idosos no abrigo a fim de reconhecer e prevenir a exposição e a disseminação de doenças transmissíveis, bem como o agravamento de morbididades pré-existentes e/ou morbididades resultantes do desastre.
- Identificação das necessidades de ações primárias em saúde (vacinação, cuidado de ferimentos, acompanhamento de doenças crônicas) e entrega de material educativo.
- Informações sobre o encaminhamento de casos para um hospital de referência (hospitalização);
- Identificação de doenças de notificação compulsória.

Uma vez atendidas as prioridades, o médico e/ ou o enfermeiro poderá traçar a conduta mais adequada para o atendimento aos desabrigados portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, renal crônico, portadores de câncer, entre outros) durante a sua estada no abrigo.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À SAÚDE DOS DESABRIGADOS



7.6 DISPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS

A disposição dos desabrigados tem gerado, ao longo do tempo, opiniões diferentes quanto à permanência do grupo familiar ou sua separação por grupos de sexo. Contudo, o que as literaturas e as experiências vêm mostrando é que é fundamental tentar não romper a coesão familiar, uma vez que a perda de referências (do lar, de pertences importantes e até de parentes) já é grande o suficiente para deixar a pessoa com um profundo sentimento de desamparo. As crianças, em especial, podem ter seu desenvolvimento físico e emocional bastante prejudicados por esses sentimentos.

O fato das famílias se acomodarem à situação do abrigo, nem sempre vem da sensação de conforto. Essa acomodação pode vir de um estado de prostração gerada por uma depressão ou pela falta de perspectiva. Logo, neste contexto, devemos estimular as pessoas a voltarem à sua vida cotidiana da melhor maneira possível, deixando claro o caráter provisório do abrigo, mas sempre lhes proporcionando condições dignas e suporte para tal.

Nesse sentido, a disposição dos desabrigados por grupos familiares através do acolhimento de pessoas significativas e de convívio habitual aumenta a possibilidade de elaboração do ocorrido e de um movimento pela re-construção da vida. Também por isso, a relação de vizinhança estabelecida anteriormente ao desastre deve ser priorizada. Cabe ressaltar que para que essa disposição familiar funcione é imprescindível que as regras do abrigo fiquem claras e sejam cobradas. O respeito mútuo deve ser priorizado.

Obs: As famílias que têm idosos e portadores de necessidades especiais devem ficar em locais de fácil acesso aos banheiros, ao setor de alimentação, entre outros.

7.7 TRIAGEM SOCIAL

Consiste em uma entrevista através do preenchimento de um questionário (anexo IX) com o objetivo de coletar dados para uma análise da situação da família desabrigada. Cada entrevista diz respeito a uma família e deve estar direcionada para um responsável da mesma que consiga responder as informações sobre todos os seus integrantes. Na realização da triagem social, devem-se levar em conta as condições em que as famílias se encontram, uma vez que, se esta for aplicada em momento inoportuno, não contribuirá para o acolhimento das mesmas. Sugere-se que seja realizada por profissionais especializados (como assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros) ou por agentes capacitados como o Agente Psicossocial. Sendo assim, indicam-se dois momentos para o desenvolvimento da triagem social: após a triagem de saúde ou após o acolhimento dos desabrigados.

7.8 RECURSOS HUMANOS

As etapas da recepção devem ser feitas por pessoas que façam parte da equipe responsável pela implementação do abrigo. Estas pessoas podem ser agentes capacitados, tais como os Agentes Psicossociais, e/ou funcionários da própria COMDEC. A necessidade de pessoal especializado se dará de acordo com o número de desabrigados.

Recomenda-se que tenha, pelo menos, 5 pessoas para a realização da recepção para cada:

- 1 chefe de equipe;
- 1 pessoa responsável pelo controle de entrada e saída no abrigo;
- 1 pessoa responsável pelo cadastro;
- 1 pessoa responsável pelo acautelamento dos bens;
- 1 pessoa responsável pela disposição dos animais.

Na triagem de saúde, recomenda-se o mínimo de 1 médico, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem.

Na triagem social, sugere-se o mínimo de 1 profissional especializado ou 1 agente capacitado para a realização da entrevista social.

7.9 ALMOXARIFADO

Partindo do pressuposto que, numa situação de desastre, as pessoas desabrigadas não dispõem de nenhum recurso para a satisfação de suas necessidades imediatas, é imprescindível a disposição de materiais que possam garantir condições para a permanência dos mesmos no abrigo. O almoxarifado é um local de referência para que as pessoas possam adquirir esses materiais e essa aquisição deve ser feita ainda na etapa de triagem. Uma pessoa designada pelo administrador do abrigo deverá ficar responsável pelo almoxarifado.

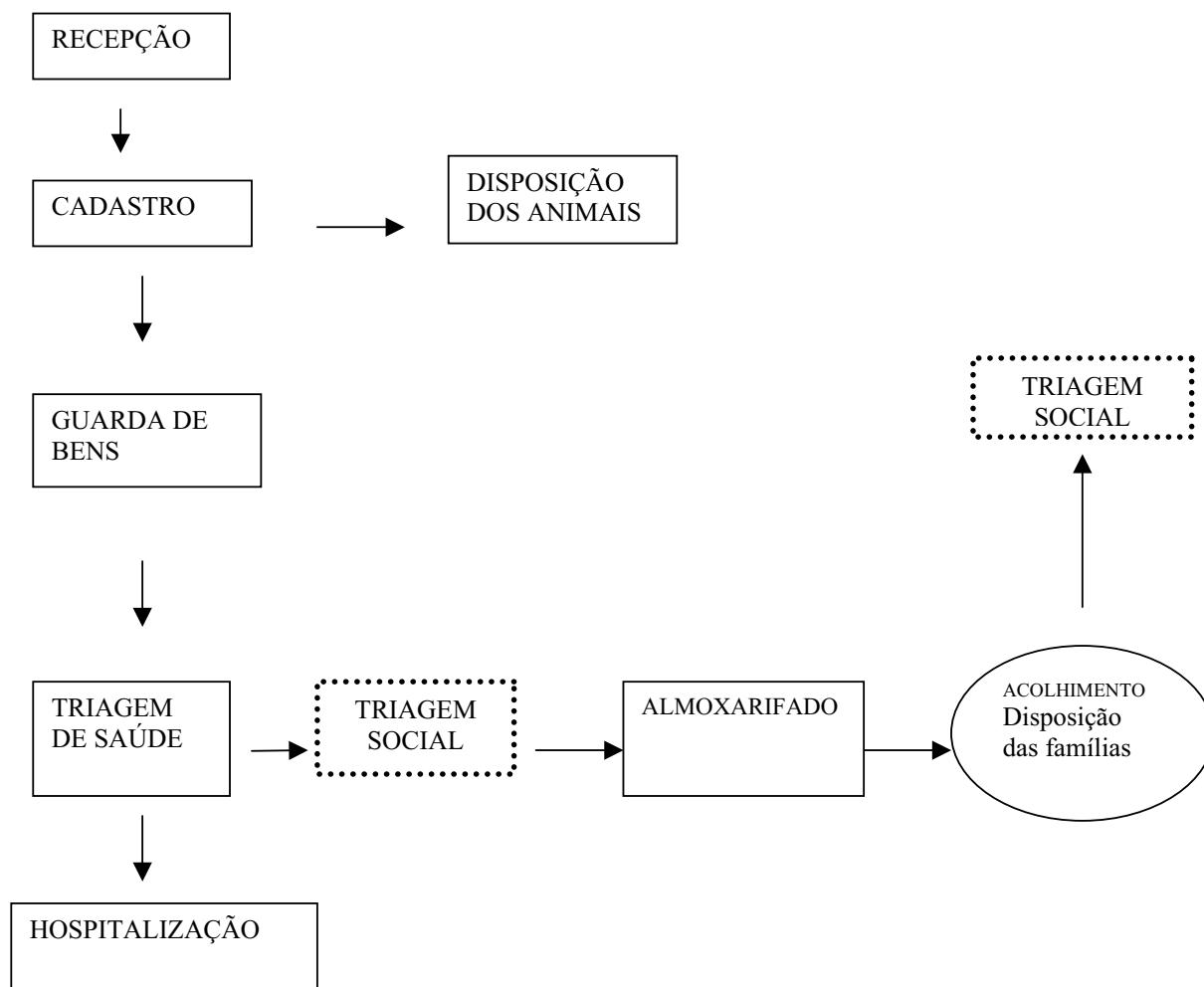
Na confecção dos kits básicos e entrega dos materiais, deve-se levar em conta o número de pessoas desabrigadas, a necessidade da família, bem como as especificidades de cada grupo, como crianças, mulheres, homens, idosos, entre outros.

Os kits familiares devem conter:

- uma escova de dente por pessoa (adulto e criança);
- uma pasta de dente;
- um sabonete;
- um sabão para lavar roupa;
- um rolo de papel higiênico;
- um colchonete por pessoa (adulto e criança);
- um lençol por pessoa (adulto e criança);
- um cobertor por pessoa (adulto e criança);
- uma toalha por pessoa (adulto e criança).

Os materiais do kit com pouca ou média durabilidade (sabonete, sabão, pasta de dente, papel higiênico) devem ser repostos conforme a necessidade. Outros materiais, como fraldas, absorventes higiênicos, lâminas de barbear, devem ser disponibilizados de acordo com a solicitação. É importante que a retirada de todos os materiais seja controlada por ficha de controle, sendo feita dentro do horário estabelecido para o funcionamento do almoxarifado. A ficha de controle deve especificar quem retira (nome), quando (data) e a quantidade (número de materiais).

FLUXOGRAMA DA RECEPÇÃO E TRIAGEM DO ABRIGO



* A triagem social está pontilhada por haver possibilidade de ocorrer em dois momentos.

7.10 A ROTINA DO ABRIGO

O abrigo deve funcionar seguindo uma rotina preestabelecida por sua administração, levando em conta o contexto sócio-cultural que a comunidade afetada está inserida. Nem tudo poderá ser modificado, pois as pessoas terão necessidade de seguir suas atividades, como trabalhar, brincar, ir para a escola, entre outras.

Como são famílias com hábitos distintos e que nem sempre têm um convívio habitual, é necessário que sejam estabelecidas normas comuns para que a convivência seja a mais harmoniosa possível. Neste sentido, as regras devem ser claras, válidas para todos e estar afixadas em locais de fácil visibilidade.

Para cada atividade no abrigo, é importante que se estabeleça um horário fixo e que o mesmo esteja visível a todos. Em relação aos horários, sugerimos:

ATIVIDADES/ ROTINAS	HORÁRIOS SUGERIDOS
ALVORADA	7h
CAFÉ DA MANHÃ	7h30m
ALMOÇO	12h
JANTAR	18h
ABERTURA/FECHAMENTO DO ABRIGO	6 h /23h
LACTÁRIO	2h, 5h, 8h, 11h, 14h 17h, 20h, 23h
ESPAÇO RECREATIVO	8h às 11h e 14h às 17h

Além destas, outras atividades podem ter seus horários estabelecidos, de acordo com a administração e com a necessidade de cada abrigo, como horários de banho, atividades de limpeza, atividades educativas, horários de cultos religiosos, entre outras.

Após o horário de fechamento do abrigo, ninguém deverá mais entrar, sendo que algumas exceções podem ocorrer, como pessoas que chegam mais tarde devido ao trabalho. Neste caso, o desabrigado deve ser orientado a comunicar, antecipadamente, à administração do abrigo sobre sua situação.

7.10.1 A Circulação de Informações

A falta de informação e a incerteza, muitas vezes existentes nos abrigos, causam desorientação e rumores, podendo aumentar a ansiedade e promover condutas desordenadas, favorecendo lideranças negativas e atuações violentas. Por isso, é importante que os desabrigados sejam informados sobre as ações que estão sendo realizadas e que as pessoas responsáveis por repassar as informações sejam agentes capacitados, tais como os Agentes Psicossociais.

7.10.2 O Trânsito de Pessoas no Abrigo

Após o cadastro dos desabrigados, será emitida uma lista de cadastrados que deverá ser atualizada constantemente. Este controle tem por finalidade precisar o número de pessoas que utilizarão os serviços, bem como regular o fluxo de entrada e saída, evitando a circulação de pessoas estranhas ao abrigo.

É necessário ter uma pessoa responsável pela atualização da lista. Dentre as atualizações possíveis e que necessitam ser registradas, destacamos:

- a hospitalização do desabrigado, devendo colocar qual hospital em que ele se encontra;
- o falecimento do desabrigado;
- a saída definitiva do desabrigado do abrigo.

A cada atualização, a lista deve ser distribuída aos diversos setores do abrigo (Administração, Recepção, Refeitório, Almojarifado), a fim de que possa haver também um controle dos benefícios, tais como as refeições e a aquisição de kits.

A entrada e saída dos desabrigados no abrigo podem ser livres desde que sejam respeitadas as regras.

Todas as pessoas que de alguma forma trabalham no abrigo devem ser identificadas por crachás. Isso facilita o controle do trânsito de pessoas.

7.10.3 A Participação dos Desabrigados em Atividades no Abrigo

Os desabrigados devem ser estimulados a participar de atividades úteis dentro do abrigo, respeitando as condições físicas e psíquicas de cada um. Sugere-se a inserção deles em atividades básicas necessárias para a manutenção do abrigo limpo e organizado, como por exemplo:

- cuidados com os espaços físicos do abrigo: varrer o chão dos dormitórios, corredor, pátio;
- cuidados e manutenção das instalações sanitárias: limpeza dos banheiros;
- cuidados com a cozinha: lavar e secar a louça, limpar o chão, retirar o lixo da cozinha.

As atividades devem ser selecionadas e apresentadas para as famílias desabrigadas que deverão escolher aquelas com as quais mais se identificam. Poderá se estabelecer um horário para a realização das mesmas.

Essas atividades podem também ser divididas por grupos operacionais, identificados por atividades-fim e crachás por cores, como por exemplo: cozinha – crachá azul; banheiro – crachá vermelho; alojamento – crachá verde. Isto facilita a visualização da responsabilidade de cada um. Além disso poderá ser criada uma identificação entre os desabrigados de suas profissões (ex: carpinteiro, pedreiro, cozinheiro etc), isto representaria a possibilidade de dar um sentido social e comunitário ao processo de reconstrução, fortalecendo os laços da comunidade e sua relação com os profissionais da defesa civil.

Agentes capacitados, como os Agentes Psicossociais¹¹ poderão ficar responsáveis pelos grupos operacionais a fim de recrutar os participantes para a execução das atividades, montar a escala, bem como observar e orientar mudanças nas equipes caso haja sobrecarga de trabalho em alguma delas.

7.10.4 Assistência Religiosa

No abrigo, a prática religiosa pode servir como fonte opcional de reestruturação emocional em momentos difíceis. Por este fato, a realização de manifestações religiosas pode ser viabilizada, por um serviço de capelania presente no abrigo ou pela solicitação de um auxílio religioso presente na comunidade.

Esta prática deve ser exercida mediante prévia autorização do administrador do abrigo e em comum acordo com as famílias, a fim de que não gere incômodo aos demais desabrigados que não compartilhem da mesma religião.

7.10.5 Atividades Educativas e Recreativas no Abrigo

As atividades educativas são de fundamental importância, pois contribuem para a prevenção de novos agravos e estimulam a participação no processo de reconstrução. Elas podem ser realizadas por profissionais ou voluntários¹² e organizadas em forma de palestras, oficinas, entre outras.

As atividades recreativas devem ser realizadas por agentes capacitados, tais como os Agentes Psicossociais num espaço determinado (Espaço Recreativo)¹³. Estas atividades são estratégicas e tem por objetivo tornar a permanência da criança menos traumatizante, proporcionando momentos de distração e convívio com outras crianças, favorecendo assim, a preservação de sua saúde emocional.

¹¹ Ver item 9.4.4 do Capítulo 9 – Os Agentes Psicossociais

¹² Ver item 8.2 do Capítulo 8 - Cuidados em Saúde

¹³ Para implementação deste espaço dentro do abrigo, ver Capítulo 10 - Espaço Recreativo

CUIDADOS EM SAÚDE



*Fábio Chingres Kuschmir
Brígida Neide Rocha Lira
Heloíza Helena Nunes da Silveira
Mônica Regina Filippo de Alencar
Débora Lúcia Souza Teixeira
Rodolfo de Almeida Lima Castro
Mônica Xavier Torres
Rosana de Figueiredo França
Elaine Vasconcelos de Andrade
Frank Ronald Moreira Costa
Fátima Pereira Machado
Vagner Costa de Souza*

8.1 MEDICINA NO ABRIGO

Devido ao colapso da infra-estrutura sanitária básica, afetando a distribuição de água, alimentos e a rede de esgoto, as doenças infecto-infecciosas e respiratórias agudas são as principais causas de adoecimento e morte em situações de abrigos temporários.

Enfermidades passíveis de surtos epidêmicos nestas condições são as doenças diarreicas agudas, meningite meningocócica, hepatite A e E, leptospirose, dengue, febre amarela, malária em áreas onde esta é endêmica (comum na região afetada), febre tifóide, conjuntivite, além de doenças cutâneas como escabiose (sarna) e pediculose (piolho). Ferimentos por traumatismos são comuns após desastres e demandam cuidados adicionais dentro do abrigo.

O principal objetivo da prestação de cuidados médicos a uma população afetada por uma situação de desastre é atuar na prevenção dos agravos à saúde e minimizar o adoecimento e mortalidade decorrentes. Para isso, é indispensável identificar prioridades mediante uma avaliação rápida e promover intervenções tecnicamente corretas, além de atividades de controle e vigilância contínuas sobre casos de doença. O planejamento, a execução e o controle devem ser coordenados de forma integrada entre as organizações participantes, incluindo os serviços de áreas chaves, como suprimento de água, saneamento, nutrição e alimentação. O envolvimento imediato da rede municipal de saúde, além das autoridades sanitárias locais e de membros qualificados da população afetada (agentes comunitários), é fundamental para a realização dessas ações. Caso os recursos da Secretaria Municipal de Saúde local sejam superados pela gravidade da situação, poderá ser solicitado apoio a outros municípios ou às esferas Estadual e Federal.

8.1.1 Doenças infecto-contagiosas em populações desabrigadas

A abordagem específica e sistemática das doenças infecciosas é uma das principais ferramentas da resposta humanitária em abrigos temporários. Para execução das atividades de controle e prevenção dos agravos infecciosos, recomenda-se uma equipe multidisciplinar que inclua idealmente um sanitarista, um pediatra, um clínico, um enfermeiro, um nutricionista e um administrador responsável pela logística.

Com o objetivo de desencadear ações imediatas e efetivas é importante o conhecimento prévio dos padrões epidemiológicos locais, para reconhecimento das patologias de ocorrência endêmica e que podem assumir caráter epidêmico (de surto) nas populações desabrigadas. Este aspecto torna-se fundamental em um país de dimensões continentais como o Brasil. Os dados necessários podem ser levantados com a Secretaria Municipal de Saúde da região afetada, ou previamente consultados a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

As principais ações da equipe de saúde empenhada em situações de abrigo temporário são:

Avaliação

- obter dados sócio-demográficos e epidemiológicos da região antes da ocorrência do desastre;
- identificar as principais infecções que podem ser facilitadas pelo desastre e pela situação de abrigo, incluindo aquelas com potencial epidêmico e os grupos populacionais de maior risco;
- identificar as intervenções prioritárias em saúde pública;
- identificar unidades de saúde municipais para encaminhamento dos doentes.

Prevenção

- garantir a qualidade do suprimento de água e condições sanitárias, em parceria com a equipe de infra-estrutura do abrigo;
- monitorizar as condições de saúde ambiental e individual dos abrigos;
- garantir à população afetada os serviços médicos essenciais, incluindo a distribuição de medicamentos e vacinação (quando necessário), nas unidades básicas de saúde;
- estabelecer parceria com laboratório de referência para encaminhamento dos exames laboratoriais básicos para diagnóstico;
- realizar campanhas de educação em saúde para a população.

Vigilância e Controle de Surtos:

- avaliar e monitorar o perfil epidemiológico das doenças prevalentes ou incidentes na região, com o objetivo de detectar precocemente surtos;
- confirmar a existência de surto e agente causador;
- resposta imediata com tratamento e implementação de medidas de controle , e ;
- avaliação da eficácia das etapas acima.

8.1.1.1 - Doenças diarreicas agudas

Diarréia aguda pode ser definida como a presença de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em 24 horas. Pode ser causada por vírus, bactérias, protozoários ou vermes.

Disenteria é um tipo de diarréia aguda caracterizada pela presença de sangue nas fezes, sendo geralmente causada por bactérias.

Em situações de abrigo, as fontes comuns de transmissão das diarreias agudas são:

- transmissão de pessoa-a-pessoa, via fecal-oral;
- contaminação da água durante armazenamento e transporte;
- compartilhamento de recipientes de água e vasilhames de cozinha;
- falta de sabão para a adequada higiene pessoal e de utensílios, e
- contaminação de alimentos.

Quadro clínico

Além das evacuações amolecidas, freqüentemente ocorre febre, cólicas abdominais e vômitos. As maiores complicações da diarréia aguda são a desidratação e a perda de peso. Diminuição do volume de urina, boca seca, olhos encovados, apatia e sonolência são sinais de desidratação que devem motivar o encaminhamento do paciente ao serviço de saúde.

Os pacientes com disenteria podem apresentar tenesmo (dor ao evacuar) e desenvolver como complicações infecção generalizada (septicemia) e convulsões.

Diagnóstico

Em situação de surto, amostras de fezes de 10 a 20 pacientes sintomáticos devem ser coletadas para a confirmação do agente causador da doença. Não é necessária a confirmação laboratorial de cada paciente individualmente para o tratamento adequado dos acometidos.

Abordagem e tratamento

- atenção prioritária às crianças e idosos, pelo maior risco de desidratação nestes grupos;
- prevenir a desidratação com Soro de Reidratação Oral (SRO) e aumento da oferta de líquidos: sopas, água-de-arroz, água pura;
- em caso de não haver disponível o SRO, distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se utilizar o soro caseiro, cuja preparação consiste na mistura de um litro de água potável, duas colheres de sopa de açúcar e uma colher de chá de sal;
- para os casos de disenteria, além das medidas acima, o tratamento inclui o uso de antibiótico. Em geral, ocorre melhora clínica em 48 horas;
- avaliar, classificar e tratar os casos de desidratação dos pacientes de acordo com os quadros abaixo;
- pacientes desnutridos e/ou seriamente doentes (com desidratação grave, convulsões, sonolência, apatia ou dificuldade de ingerir líquido): tratamento hospitalar.

Quadro 8.1 – Avaliação do estado de hidratação.

1 Observe:			
Condição	Bem, alerta	*Inquieto, irritável	*Letárgico, prostrado, inconsciente
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	* Sedento, bebe avidamente	*Bebe pouco ou incapaz de beber
2. Explore:			
Sinal da prega cutânea	Desaparece facilmente	*Desaparece lentamente	*Desaparece muito lentamente
Pulso	Cheio	Rápido, débil	*Muito débil ou ausente
# Enchimento capilar	Normal (até 3 seg)	Prejudicado (3 a 5 seg)	* Muito prejudicado (mais de 5 seg)
3.Decida:			
	Não tem Sinais de desidratação	Se apresentar 2 ou mais sinais acima Tem desidratação	Se apresenta 2 ou mais sinais acima, incluindo pelo menos um sinal marcado por *, tem desidratação grave
4.Tratamento	Use Plano A	Use Plano B (pesar o paciente se possível)	Use Plano C (pese o paciente)

O examinador comprime, com a própria mão, a mão fechada da criança por 15 segundos e ao soltá-la observa o tempo para a volta da coloração normal da palma da mão da criança. Esta avaliação é importante em crianças desnutridas, nas quais outros sinais de desidratação (sinal da prega, olhos) são de difícil apreciação.

Fonte: Ministério da Saúde – Assistência e controle das doenças diarreicas.

Quadro 8.2 – Tratamento no abrigo

PLANO A		
SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)		
Idade	Quantidade de SRO após cada evacuação diarreica	Quantidade de SRO a ser fornecida
< 24 MESES	50-100 mL	500 mL/ dia
2 a 10 anos	100-200 mL	1000mL/ dia
10 anos ou mais	Quanto for desejado pelo paciente.	2000 mL/dia

Fonte: Organização Mundial da Saúde -OMS -Communicable Disease Control in Emergencies

Ofereça alimentação saudável plena em calorias:

- se lactente: leite materno e leite artificial (se não mama ao seio) com frequência;
- se maior que 6 meses ou já aceitando alimentos sólidos: encoraje a criança a comer; ofereça em média seis refeições por dia.

Nova avaliação médica se não houver melhora em 3 dias, ou se desenvolver quaisquer dos sinais a seguir: piora do número de evacuações; vômitos incontroláveis; sede intensa; má aceitação de líquidos ou alimentos; febre ou sangue nas fezes.

Pacientes com desidratação devem idealmente ser tratados na unidade de saúde de referência. Se não houver sinais de gravidade e a remoção imediata não for possível o plano B pode ser iniciado no abrigo, sob supervisão de um técnico em TRO.

Quadro 8.3 – Tratamento dos pacientes com desidratação.

PLANO B: TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DESIDRATAÇÃO						
Volume aproximado de SRO a ser oferecido nas primeiras 4 horas						
PESO	IDADE					
	< 4 meses	4-11 meses	12-13 meses	2 - 4 anos	5 - 14 anos	≤ 15 anos
	≤ 5 Kg	5- 7,9 Kg	8- 10,9 Kg	11-15,9 Kg	16-29,9 Kg	30 Kg ou +
Em ml	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800- 1200	1200 - 2200	2200 - 4000

Fonte: Organização Mundial da Saúde-OMS -Communicable Disease Control in Emergencies

Caso a criança aceite mais SRO do que acima exposto, ofereça mais; mães que amamentam devem ser encorajadas a continuar o aleitamento materno; para crianças abaixo de 6 meses que não sejam amamentadas ao seio, ofereça também 100 a 200 ml de água limpa durante este período.

Observe a criança atentamente e ajude a mãe a oferecer o SRO:

- crianças abaixo de 2 anos: 1 colher de chá a cada 1-2 minutos;
- se a criança vomitar, espere 10 minutos e reinicie SRO mais lentamente, com 1 colher a cada 2-3 minutos;
- se as pálpebras incharem, interrompa o SRO e dê água ou leite materno. Reinicie SRO de acordo com o plano A quando a inchação palpebral desaparecer.

Após 4 horas, reavalie o paciente de acordo com a tabela e selecione plano A, B ou C para continuar o tratamento:

- se não houver sinais de desidratação (quantidade de urina normal), mude para plano A;
- se ainda houver algum sinal de desidratação, repita plano B;
- se houver sinais de desidratação grave encaminhe imediatamente ao hospital.

8.1.1.2 - Cólera

O Cólera é um tipo específico de diarreia aguda causado pela bactéria *Vibrio cholerae*, transmitida através de água ou alimentos contaminados (via fecal-oral).

A doença caracteriza-se pela presença de diarreia volumosa (fezes com aspecto de água-de-arroz), sem cólicas abdominais, vômitos sem náusea e ausência de febre (exceto em crianças). O quadro é, na maioria dos casos, indistinguível das diarreias comuns. Cerca de 10% dos doentes desenvolvem desidratação grave de instalação rápida, levando à queda abrupta da pressão arterial, com risco de óbito em 4 a 12 horas, se as perdas de líquidos não forem repostas. O período de incubação é de poucas horas a três dias.

Caso suspeito de cólera

- paciente acima de cinco anos apresentando desidratação grave por diarreia aquosa aguda (usualmente sem vômitos); ou
- paciente acima de dois anos apresentando diarreia aquosa aguda em uma área de surto de Cólera.

Diagnóstico definitivo

- isolamento do *Vibrio cholerae* a partir das fezes. O exame específico normalmente não é disponível em situações de desastre, mas a identificação precoce do vibrião é importante para às ações de redução da contaminação do ambiente.

Tratamento

- tratamento da desidratação conforme proposto para as doenças diarreicas agudas;
- o uso de antibióticos não é indispensável. Nos pacientes gravemente enfermos, se iniciado nas primeiras 24h de doença, pode reduzir a duração e o volume da diarreia. Contudo, não há evidências de benefício para os casos sem gravidade, nem para a diminuição da propagação da doença.

Prevenção e medidas de controle

- em situações de surto em abrigos toda água utilizada para consumo ou preparo dos alimentos deverá ser tratada com hipoclorito de sódio a 2 ou 2,5% (água sanitária), ou cloro em comprimidos. Filtros portáteis não são capazes de impedir a contaminação da água pelo *Vibrio cholerae*;
- os alimentos devem ser bem cozidos e servidos logo após o preparo;
- não usar gelo em bebidas, a menos que seja preparado com água tratada;
- fezes e vômitos devem ser desinfetados e dispensados corretamente, bem como utensílios e roupas (vide tabela abaixo);
- campanha de educação em saúde, com foco em higiene e medidas preventivas, incluindo formas de desinfecção e tratamento da água;
- funerais das vítimas do cólera devem ser providenciados rapidamente e perto do local do óbito, com rigorosas técnicas de higiene e desinfecção;
- há duas vacinas orais contra o cólera. São úteis, porém complementares às estratégias de controle da doença em surtos. Não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS);
- trata-se de uma doença de notificação compulsória¹⁴.

¹⁴ Vide Anexo 10-C

A Organização Mundial da Saúde recomenda 6mg de cloro por litro de água a ser utilizada. Cada ml (1ml = 20 gotas) de água sanitária contém 25mg de cloro. Assim, a desinfecção de cada litro deve ser feita com 5 gotas (+/- 6mg) de água sanitária. O cloro deve ser adicionado à água pelo menos 30 minutos antes da utilização ou do consumo.

Quadro 8.4 – Preparo e uso de soluções de desinfecção.

PREPARO E USO DE SOLUÇÕES DE DESINFECÇÃO			
TIPO	Solução a 2%	Solução a 0,2%	Solução a 0,05 %
Hipoclorito de cálcio 70% de cloro ativo	30g/Litro ou 2 colheres de sopa por litro	30g/ 10 litros ou 2 colheres de sopa por 10 litros	7g/ 10 litros ou ½ colher de sopa por 10 litros
Cal clorado	66 g/litro ou 4 colheres de sopa/litro	66g/ 10 litros ou 4 colheres de sopa/ 10 litros	16g/litro ou 1 colher de sopa/ 10 litros
Hipoclorito de sódio 6% de cloro ativo	333 ml/ litro ou 22 colheres de sopa/litro	333 ml/ 10 litros ou 22 colheres de sopa/10 litros	83ml/10 litros ou 5 colheres de sopa / 10 litros
Usar para desinfecção de	-Excrementos; -Corpos; -Sapatos.	-Pisos; -Utensílios; -Camas	-Mãos; -Peles; -Roupas

Obs: Não utilizar baldes metálicas para o preparo nem armazenamento das soluções clorada.

Fonte: Organização Mundial da Saúde- OMS -Communicable Disease Control in Emergencies

8.1.1.3 - Dengue

É uma doença febril viral aguda (Flaviviridae, sorotipos 1, 2, 3 e 4), registrada em todas as regiões do país nos últimos 20 anos. Duas formas principais da doença são reconhecidas: Dengue Clássica (raramente leva a óbito) e a Dengue Hemorrágica ou Febre Hemorrágica da Dengue. O Período de incubação é de 4 a 7 dias, podendo chegar a 14 dias.

Caso de dengue clássica

Paciente com febre aguda com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: dor de cabeça intensa, dor retro-orbitária (atrás dos olhos), dor muscular generalizada, dores articulares, mal-estar e fraqueza, manchas avermelhadas no corpo, com confirmação laboratorial ou não (critério clínico-epidemiológico).

No hemograma: contagem de glóbulos brancos alterada (diminuição ou aumento) e ocasionalmente diminuição das plaquetas.

Não havendo progressão para a forma hemorrágica os sintomas se resolvem em cerca de 5 a 8 dias, com exceção da fadiga e depressão, que podem durar semanas.

Caso de febre hemorrágica da dengue

É todo caso suspeito de dengue clássica que apresente também manifestações hemorrágicas e todos os critérios abaixo:

- febre ou história recente de febre de sete dias ou menos;
- tendências hemorrágicas evidenciadas por pelo menos uma das seguintes manifestações: petéquias (pequenos pontos vermelhos que não somem ao serem pressionadas) e equimoses (grandes manchas arroxeadas) na pele ou sangramentos no aparelho digestivo, cavidade oral ou nasal;
- prova do laço positiva (mantêm-se o aparelho de pressão inflado por 5 minutos no ponto médio entre a pressão arterial (PA) máxima e mínima do paciente. A prova é positiva quando aparecem petéquias sob a área do aparelho ou abaixo do mesmo);
- implica em risco de vida.

Sinais de alerta para a febre hemorrágica da dengue

Dor abdominal contínua; vômitos persistentes; aumento doloroso do fígado; sangramentos importantes; queda da pressão arterial (PA máxima ≤ 80 mmHg em pacientes menores de 5 anos e PA máxima ≤ 90 mmHg em pacientes maiores de 5 anos); diminuição da urina; agitação ou sonolência excessiva; pulso arterial rápido e fraco; extremidades frias e cianóticas (arroxeadas); diminuição brusca da temperatura; coração acelerado; aumento repentino do hematócrito (taxa de hemácias no sangue).

Aspectos gerais

A cura da infecção por um sorotipo não confere proteção aos demais sorotipos.

Em vigência de epidemia, todo caso de febre sem outra explicação deve ser considerado como dengue, devendo ser notificado como caso suspeito à unidade de saúde pública mais próxima.

O diagnóstico da Dengue baseia-se primordialmente nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Os exames diagnósticos (sorologias) só costumam ser positivos ao término da primeira semana de doença, ou seja, ao término do período de manifestações clínicas.

Transmissão através da picada do mosquito *Aedes aegypti* (principal) e *Aedes albopictus*, que têm hábito diurno e *habitat* doméstico, repousando dentro dos domicílios e depositando seus ovos em pequenas coleções de água limpa, onde podem resistir meses à dessecação (ressecamento).

Trata-se de doença de notificação compulsória.

Tratamento da Dengue Clássica

- não há tratamento específico para a dengue;
- o mais importante é prevenir a desidratação do paciente oferecendo líquidos por via oral: 60 a 80 ml/kg/dia, sendo 1/3 na forma de soro de reidratação oral;
- tratamento da febre e dor muscular: paracetamol associado ou não à codeína, ou dipirona;
- é proibido o uso de salicilatos ou derivados (AAS®, Aspirina®, entre outros), pelo risco de sangramento;
- se ocorrerem vômitos incontroláveis, utilizar medicamentos antieméticos. Contudo, em lactentes e crianças desnutridas a metoclopramida deve ser evitada, pelo risco de convulsões.

Tratamento da Febre Hemorrágica da Dengue

- hospitalização para tratamento do choque circulatório, com hidratação endovenosa e monitoramento das complicações.

8.1.1.4 - Febre amarela

É uma doença viral febril, de início agudo, causada por um *Flavivirus*, presente em todas as regiões do Brasil. Casos leves têm sintomas inespecíficos, casos graves são caracterizados por icterícia (pigmentação amarelada em olhos e pele), podendo ocorrer sangramentos. O período de incubação é de 3 a 6 dias .

A fase aguda que dura de 2 a 5 dias e consiste no surgimento de febre; dor de cabeça e no dorso; dores musculares; enjôos; vômitos e vermelhidão em olhos (edema de conjuntiva). Após esta fase, em cerca de 5-20% dos casos, pode ocorrer um período de melhora temporária, seguido de sintomas de maior gravidade (Fase Tóxica) como icterícia, sangramentos (gengival, nasal, fezes e vômitos com sangue) e sinais de falência renal.

Definição de caso de febre amarela (Organização Mundial da Saúde - OMS)

- Caso suspeito: Doença caracterizada por febre aguda com aparecimento de icterícia dentro das duas semanas seguintes e presença de sangramento (gengival, nasal, de pele ou trato gastro-intestinal) ou morte dentro de três semanas do começo do quadro.
- Caso confirmado: Caso suspeito, confirmado laboratorialmente ou relacionado a outro caso confirmado da doença.
- Surto: Existência de pelo menos um caso confirmado.

Diagnóstico

Sorologia específica. Duas amostras de sangue devem ser enviadas ao laboratório de referência.

Tratamento

Não há tratamento medicamentoso específico. Medidas principais:

- Pacientes com quadro grave, caracterizado pela ocorrência de icterícia, sangramentos: hospitalização imediata.
- Casos Leves: Reidratação oral ou endovenosa, dependendo da intensidade da desidratação e tratamento da febre. Observação rigorosa quanto ao surgimento dos sinais de gravidade. Pacientes com dificuldade de ingerir líquido devem ser hospitalizados.

Medidas de prevenção e controle

- a vacina disponível é altamente eficaz e a vacinação em massa é a intervenção mais importante para controle dos surtos, sendo contra-indicada em pacientes com imunodepressão, grávidas e menores de 6 meses;
- evitar exposição ao vetor (mosquito *Aedes aegypti*): destruição dos focos peri-domiciliares de reprodução do mosquito e uso de telas nas janelas e portas de dormitórios;
- instituir campanhas de informação sobre a doença à população;
- trata-se de doença de notificação compulsória.

8.1.1.5 – Febre tifóide

A febre tifóide é causada pela bactéria *Salmonella thyphi*, frequente em países com condições insuficientes de saneamento básico. No Brasil há registro de casos em todas as regiões do país.

Quadros sem gravidade levam a febre baixa, dor de cabeça e dores musculares, mal-estar, falta de apetite, enjôos, vômitos, podendo ocorrer prisão de ventre, dor de garganta, e tosse seca. Pacientes com quadros graves podem apresentar, além dos sintomas acima, dor abdominal, constipação ou diarreia, desidratação, confusão mental (apatia, desorientação, torpor e até coma) e convulsões. Pode haver comprometimento de outros órgãos e surgimento de manchas vermelhas no corpo. Entre 5 a 10% dos doentes podem apresentar complicações graves (mais comuns após a terceira semana de doença), como sangramento intestinal e perfuração intestinal, com infecção intra-abdominal (peritonite) decorrente. O período de incubação em geral é de 8-14 dias, podendo ser de 3 dias a 2 meses.

Trata-se de uma doença de transmissão fecal-oral, isto é, a partir de água ou alimentos contaminados. Os humanos são o único hospedeiro e reservatório natural da bactéria.

Diagnóstico

- Diagnóstico Definitivo: isolamento da *S.thyphi* a partir da cultura de sangue, medula óssea ou secreção intestinal.
- Teste de Widal (aglutinação de anticorpos): pode gerar falsos diagnósticos.

Tratamento

- O tratamento baseia-se em medidas de suporte e no uso de antibióticos.
- Mais de 90% dos casos não necessitam de internação, mas devem ser observados cuidadosamente (reavaliação médica) pelo risco de complicações e falha do tratamento.

Medidas de prevenção e controle no abrigo

- garantir a qualidade do sistema de distribuição de água e de esgoto;
- precauções com dejetos de fezes, vômitos e urina;
- garantir condições básicas de higiene;
- campanhas de educação em saúde (formas de transmissão, cuidados com a água e alimentos) para população desabrigada;
- o diagnóstico PRECOCE é fundamental para a contenção do surto;
- vacinação em massa (prioridade para faixa de 2 a 19 anos) é útil em situações de surto em populações desabrigadas. Usar a vacina injetável;
- trata-se de doença de notificação compulsória.

8.1.1.6 - Hepatites virais

A hepatite viral caracteriza-se por febre, aumento doloroso do fígado, icterícia (pigmentação amarelada da pele e conjuntivas), fezes esbranquiçadas (em massa de vidraceiro) e urina escura (cor de coca-cola). Pode ser causada por diferentes vírus (Ex. A, B, C e E entre outros). As infecções causadas por estes microorganismos diferem quanto a seus modos de transmissão; quanto à faixa etária mais comumente afetada, distribuição geográfica dos casos e potencial para gravidade e progressão para infecção crônica.

Aspectos gerais

A hepatite A e a hepatite E são de transmissão fecal-oral (água e alimentos contaminados por fezes), sendo comuns em países em desenvolvimento, pela precariedade da infra-estrutura sanitária. A ruptura da infra-estrutura social e sanitária em abrigos, nesses países, pode levar ao aumento da transmissão destas formas de hepatite.

A transmissão da hepatite B (transmissão principalmente através de relações sexuais, transfusões, via transplacentária e uso compartilhado de agulhas) e da hepatite C (transmissão principalmente por transfusões e uso compartilhado de agulhas) representam preocupação potencial durante situações de abrigo, devido ao aumento de uso de drogas ilícitas, bem como práticas sexuais inseguras e ao esgotamento dos recursos de saúde, levando ao comprometimento do controle de qualidade dos bancos de sangue. Como as infecções decorrentes destes vírus manifestam-se principalmente por sintomas crônicos, o seu diagnóstico dificilmente será realizado durante a permanência no abrigo, mas devemos considerá-las no planejamento de atividades preventivas, como foco para as campanhas de educação em saúde.

Diagnóstico

- exame clínico cuidadoso deverá excluir outras causas de icterícia (ex. febre amarela e leptospirose);
- quando um surto é suspeitado, amostras de soro devem ser enviadas para um laboratório de referência para identificação do vírus causal (há sorologias disponíveis para os vírus A, B e C).

Manejo dos casos

- em geral, exige apenas terapia de suporte: hidratação, tratamento da febre e repouso;
- quadros graves de hepatite A exigem tratamento hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva;

- a suspensão da amamentação é recomendada para nutrizes que apresentam icterícia aguda de possível origem infecciosa;
- as hepatites A e E constituem risco importante em grávidas, que devem ser acompanhadas rigorosamente.

Medidas de prevenção e controle

- educação em saúde, com foco para todas as formas de transmissão das diferentes hepatites;
- garantir a qualidade da água e dos cuidados com o preparo dos alimentos;
- caso a água distribuída não seja adequada, orientar sua cloração com hipoclorito a 2,5% (ou) a fervura durante 1 a 2 min (muito oneroso);
- intensificar os cuidados de higiene pessoal;
- não há indicação de vacinação em massa contra hepatite B em situações de desastres;
- em surtos de hepatite A em abrigos, a vacinação em massa pode ser considerada, devendo ser avaliada pela autoridade sanitária local;
- Trata-se de doença de notificação compulsória.

8.1.1.7 - Infecções respiratórias agudas

Infecções pulmonares agudas são importante causa de doença e morte em populações desabrigadas. Crianças representam o grupo mais frequentemente acometido. Os agentes causais podem ser bacterianos ou virais. Abrigos com ventilação e aquecimento deficientes e aglomerações de crianças também aumentam o risco para as doenças respiratórias.

Quadro 8.5 – Crianças com sinais de perigo.

CRIANÇA COM SINAIS DE PERIGO	
▪ Dificuldade para mamar ▪ Vômitos após alimentação ▪ Convulsões (“espasmos, tremores”) ▪ Sonolência ou perda de consciência ▪ Presença de tiragem subcostal (durante a inspiração a porção inferior do tórax retrai-se) ▪ Presença de estridor (som agudo que pode ser ouvido durante a inspiração).	

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

Quadro 8.6 - Definição de respiração rápida em crianças.

IDADE	DEFINIÇÃO DE RESPIRAÇÃO RÁPIDA
2 meses a 12 meses incompletos	50 ou mais por minuto
1 ano a 5 anos incompletos	40 ou mais por minuto

Fonte: Ministério da Saúde - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

Quadro 8.7 – Conduta na criança com menos de 2 meses de vida.

Conduta na criança < 2 meses de vida com tosse ou dificuldade respiratória			
SINAIS	Sem respiração rápida (menos de 60irpm) Sem esforço respiratório (sem tiragem subcostal)	Com respiração rápida (≥ 60 irpm) e/ou Esforço respiratório (com tiragem subcostal)	Não é capaz de sugar Convulsões Sonolência Estridor em repouso Sibilância Febre ou Hipotermia
CLASSIFICAÇÃO	Sem Pneumonia	Pneumonia Grave	Pneumonia Muito Grave
TRATAMENTO	Orientar a mãe: manter o bebê aquecido amamentar com frequência limpar o nariz Retornar se a criança: respirar com dificuldade respirar rapidamente tiver dificuldade em se alimentar apresentar piora do estado geral	Referir urgentemente ao hospital: manter o bebê aquecido dar a 1ª dose de antibiótico se não puder referir imediatamente iniciar oxigenioterapia inalatório tratar a febre	Referir urgentemente ao hospital: manter o bebê aquecido dar a 1ª dose de antibiótico iniciar oxigenioterapia

irpm: incursões respiratórias por minuto.

Tiragem subcostal: retração da porção inferior do tórax durante a inspiração.

Fonte: Organização Mundial da Saúde-OMS -Communicable Disease Control in Emergencies

Quadro 8.8 – Conduta na criança de 2 meses a 5 anos

Conduta na criança de 2 meses a 5anos com tosse e dificuldade respiratória				
Sinais	Sem tiragem subcostal Sem respiração rápida*	Sem tiragem subcostal Respiração rápida*	Com tiragem subcostal	Não é capaz de beber convulsões sonolência estridor em repouso ou desnutrição severa
Classificação	Não Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia Grave	Doença Muito Grave
Tratamento	Orientar tratamento domiciliar tratar febre e sibilância avaliar dor de garganta ouvido ou estridor	Orientar tratamento domiciliar dar antibiótico orientar retorno em 48h ou antes se piorar	Referir urgentemente ao hospital dar a 1ª dose de antibiótico se não puder referir imediatamente iniciar oxigenioterapia tratar a febre e sibilância	Referir urgentemente ao hospital dar a 1ª dose de antibiótico se não puder referir imediatamente iniciar oxigenioterapia tratar a febre e sibilância

* Ver quadro 8.6

irpm: incursões respiratórias por minuto.

Tiragem subcostal: retração da porção inferior do tórax durante a inspiração .

Fonte: Organização Mundial da Saúde-OMS - Communicable Disease Control in Emergencies

8.1.1.8 - Leptospirose

Trata-se de uma zoonose (doença transmitida aos seres humanos por animais), causada pela *Leptospira interrogans*, que ocorre no mundo inteiro. A doença se caracteriza por febre de início abrupto, calafrios, enxaqueca, dores musculares, vômito e diarreia. Pode ocorrer uma melhora por 2 a 5 dias, seguida do ressurgimento dos sintomas e progressão para insuficiência renal e hepática nos casos graves. O período médio de incubação é de 10 dias, com intervalo de 2 a 30 dias. A enfermidade pode durar de alguns dias até 3 semanas, porém, sem tratamento apropriado, a recuperação pode levar vários meses.

A *Leptospira* penetra ativamente no organismo através da pele (mesmo íntegra) ou através da ingestão de água e alimentos contaminados. A fonte de infecção é a urina de animais infectados (bovinos, porcos, cavalos, cachorros, roedores, e outros mamíferos silvestres, sendo o rato de esgoto o principal responsável pela transmissão a humanos). A doença não é transmitida de pessoa a pessoa.

Diagnóstico

- diagnóstico presuntivo com base nos dados da história clínica (ex. contato com fontes possíveis de infecção) e exames laboratoriais simples;
- diagnóstico diferencial: excluir outras doenças com sintomas semelhantes: dengue, hepatites, malária, febre amarela, entre outras;
- confirmação diagnóstica não é necessária para o início do tratamento.

Tratamento

- hidratação oral ou endovenosa, de acordo com a gravidade do quadro;
- antibióticos: a cura na maioria dos casos ocorre sem antibioticoterapia, porém, se iniciada nos primeiros 4 dias, pode diminuir a gravidade;
- casos sem icterícia podem ser tratados dentro do abrigo, com acompanhamento do paciente em consultas ambulatoriais.

Critérios para internação hospitalar

1. Todos os pacientes com leptospirose que apresentem icterícia.
2. Casos sem icterícia que necessitem de hidratação venosa.
3. Pacientes com leptospirose sem icterícia, que apresentem sintomas de meningite (sonolência, confusão mental, rigidez de nuca etc).

Medidas de prevenção e controle

- efetuar o controle dos roedores, através de coleta adequada do lixo, armazenamento seguro de alimentos, limpeza de terrenos e retirada de entulhos, sendo o uso de raticidas contra-indicado durante enchentes, pelo risco de contaminação do solo e da água;
- em caso de enchentes, efetuar limpeza da lama residual e desinfecção dos ambientes com solução de água sanitária;

- campanhas de educação em saúde sobre a doença e sua forma de transmissão;
- a água deve ser clorada ou fervida quando houver suspeita de contaminação da rede de distribuição, ou quando é proveniente de poços artesianos;
- não há vacinação para seres humanos no Brasil;
- a distribuição indiscriminada de antibióticos é ineficaz para evitar ou controlar epidemias;
- trata-se doença de notificação compulsória.

8.1.1.9 - Malária

Também conhecida como paludismo, é causada por protozoários do gênero *Plasmodium*. A febre é o principal sintoma da doença, podendo ser contínua ou desaparecer e reaparecer a intervalos regulares. Outros sintomas são enjoos, vômitos e diarreia, dor de cabeça, dor nas costas, calafrios (tremores), transpiração e dores musculares. Um caso de malária pode transformar-se em malária grave em apenas 24 horas após o início da febre e levar à morte na ausência de tratamento adequado. Gestantes, crianças e idosos são mais vulneráveis à forma grave da infecção.

A transmissão se dá através da picada do mosquito *Anopheles*, ou através de transfusões de sangue. O período de incubação da doença varia de acordo com a espécie do *Plasmodium*. Não existe vacina para a doença, mas o tratamento medicamentoso é eficaz.

No Brasil, aproximadamente 99% dos casos ocorrem na Região Amazônica. Para determinação do grau de risco do município ou região é necessário conhecer seu Índice Parasitológico Anual (IPA), que classifica as áreas de transmissão em alto, médio e baixo risco de acordo com o número de casos por mil habitantes (Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde).

Diagnóstico

- demonstração do parasita no sangue (exame da “gota espessa” em microscópio);
- em área onde é a doença é muito freqüente, as pessoas podem desenvolver imunidade não protetora (que não impede a nova infecção) e a doença pode se repetir no mesmo paciente, sem produzir muitos sintomas;
- o diagnóstico laboratorial pode não ser possível em situações de abrigo, devendo ser realizado baseado no quadro clínico e no conhecimento do risco da doença para a região em questão.

Tratamento

- os pacientes com quadros sem gravidade podem ser tratados dentro do abrigo;
- informações locais e atualizadas sobre o padrão de resistência dos plasmódios da região às drogas são fundamentais para evitar-se falhas do tratamento;
- além de plasmódios resistentes aos medicamentos usuais, outras causas de falência do tratamento são: não aderência (o paciente não toma os remédios receitados), vômitos e medicamentos de má qualidade.

Tratamento profilático

O uso preventivo de antibióticos ou quimioprofilaxia não evita todos os casos da doença, mas reduz a chance de adoecimento, e, caso a doença ocorra, pode diminuir a gravidade do quadro. Está indicado para indivíduos provenientes de áreas sem risco para malária (ex. profissionais de saúde de outras regiões) e para gestantes residentes em áreas de alto risco (pelo maior risco para a forma grave da doença).

Quadro 8.9 – Quimioprofilaxia para malária.

ESQUEMAS DE QUIMIOPROFILAXIA PARA MALÁRIA OBS.: Começar uma semana antes da viagem para a região de risco e manter até 4 semanas após a saída desta região
1- Cloroquina 1x /semana 2- Mefloquina 1x /semana 3- Doxiciclina 100mg/dia

8.1.1.10 – Meningite meningocócica

Meningite meningocócica é uma inflamação aguda das meninges (membranas que envolvem o cérebro), causada pela bactéria *Neisseria Meningitidis*. Caracteriza-se por febre alta, sonolência ou irritabilidade / agitação, vômitos, dor de cabeça intensa e rigidez de nuca (incapacidade de encostar o queixo no peito observada em crianças maiores de 2 anos e adultos), podendo ocorrer também petéquias (pintas vermelhas na pele) e convulsões.

Populações desabrigadas têm maior risco para a doença, devido à aglomeração e más condições sanitárias freqüentemente encontrada nos abrigos, além do difícil acesso aos serviços de saúde nessas situações. Cerca de 80% dos casos de meningite meningocócica ocorrem em pessoas com 30 anos ou menos. Grandes surtos de meningite comumente são causados por meningococos dos sorogrupos A e C e mais recentemente também pelo W135.

A doença meningocócica constitui uma Emergência Médica. Independente da confirmação do diagnóstico é responsabilidade do médico ou unidade que prestou o primeiro atendimento, mesmo que dentro do abrigo, o início imediato do tratamento, com o antibiótico adequado e hidratação. A remoção deve ser feita obrigatoriamente de ambulância, com acompanhamento médico.

Diagnóstico

- é, fundamentalmente, baseado nos sinais e sintomas clínicos;
- confirmação laboratorial: punção lombar (retirada do líquido) é necessária para detecção do agente causador.

Tratamento

O tratamento hospitalar com antibiótico intravenoso deve ser iniciado imediatamente após a punção lombar, antes dos resultados. Se o exame não for possível, não adiar o tratamento.

Medidas de controle de surtos

Cabe aos serviços de Vigilância Epidemiológica, a identificação precoce de surtos e epidemias e a definição da população alvo para a vacinação e uso preventivo de antibióticos.

Vacinas

Vacinas contra os sorogrupos A, C, Y e W135 que apresentam boa eficácia no controle de surtos. Quando utilizadas em campanhas de vacinação em massa podem conter a ocorrência de surtos em abrigos, ou outras áreas geográficas definidas, em 2 a 3 semanas.

No Brasil as vacinas anti-meningocócicas são disponibilizadas pela rede pública apenas para situações de surtos ou epidemias.

Profilaxia com antibióticos

Uso profilático de antibióticos (quimioprofilaxia) para os contactantes dos doentes não está indicada em situações de emergência.

8.1.1.11 - Tuberculose

Doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que atinge principalmente

o pulmão, mas também pode afetar outros órgãos, como: olhos, rins, cérebro e ossos. A principal forma de transmissão ocorre de pessoa a pessoa, através do ar. As chances de transmissão são maiores em áreas de grande concentração populacional e precárias condições sócio-econômicas e sanitárias, como em geral ocorre em situações de abrigo. Crianças com tuberculose pulmonar geralmente não são transmissoras e o tratamento adequado dos adultos doentes reduz a transmissão em poucas semanas.

A tuberculose pulmonar causa tosse persistente por 3 a 4 semanas ou mais, acompanhada ou não de expectoração com raias de sangue; falta de apetite e perda de peso; febre predominantemente noturna, com sudorese intensa, e sensação de cansaço excessivo. O diagnóstico presuntivo é feito principalmente a partir da história clínica e dados epidemiológicos (história de contato com pacientes com tuberculose). A confirmação diagnóstica implica no isolamento do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* no escarro, podendo envolver outros métodos diagnósticos, é realizado nas unidades de saúde e pode demorar várias semanas para ser concluída.

A vacina contra tuberculose (BCG) protege apenas contra as formas mais graves da doença, comuns no primeiro ano de vida, fazendo parte do calendário vacinal básico do Ministério da Saúde do país.

Medidas para prevenção de disseminação da tuberculose em abrigos

Na triagem médica, feita na recepção do abrigo, deve-se investigar, em todos as pessoas, a história de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose, com o objetivo de identificar três grupos principais:

1. pessoas que já estavam em tratamento para a doença antes do desastre: verificar se usavam corretamente as medicações e se o tratamento foi interrompido pela situação de emergência;
2. indivíduos que apresentam sintomas sugestivos de tuberculose ativa e /ou que residem com pacientes com os sintomas da doença;
3. pacientes que já têm o diagnóstico de tuberculose, mas que iniciaram o tratamento há menos de 15 dias (após esse período de tratamento feito corretamente considera-se que o paciente não é mais transmissor da doença), ou que fazem uso incorreto ou irregular das medicações ou interromperam o tratamento antes do tempo recomendado.

Os pacientes dos grupos 2 e 3 acima e seus contactantes domiciliares (todos que residiam na mesma casa antes do desastre) deverão ser alojados no abrigo em locais separados de outras famílias, até esclarecimento diagnóstico. Um médico sanitarista deverá ser consultado na condução e manejo destes casos dentro do abrigo. Estes indivíduos devem ser encaminhados à unidade de saúde mais próxima para investigação da doença.

Outras medidas preventivas

O planejamento de abrigos com boas condições de ventilação para diminuição do risco de transmissão de doenças respiratórias em geral:

- evitar a aglomeração dentro do abrigo;
- campanhas de educação em saúde com foco nos principais sintomas da doença;
- quimioprofilaxia ou uso preventivo de medicamentos contra a tuberculose: utiliza-se de forma isolada a isoniazida para pessoas que não estão com tuberculose, mas que têm risco aumentado para a doença. Trata-se de uma medida de saúde pública, prescrita pelo médico da unidade básica de saúde, e está indicada para crianças e portadores de alguma imunodeficiência que residam com pacientes com tuberculose. Para fins deste manual é importante saber que neste caso utiliza-se apenas um medicamento e que estes pacientes devem ser reavaliados com regularidade no posto de saúde de referência.

Tratamento

O tratamento é feito com a combinação de diferentes tipos de medicamentos e em geral tem duração de seis meses. Na maioria das situações o tratamento pode ser feito dentro do abrigo.

É fundamental garantir a continuidade do tratamento dos doentes já diagnosticados, pois a interrupção do tratamento pode levar a recorrência da doença e ao surgimento de bacilos resistentes às drogas habituais.

8.1.1.12 – Tétano

O tétano ocorre pela contaminação de ferimentos pelo *Clostridium tetani*, bactéria encontrada normalmente no ambiente (solo, esterco, superfície de objetos). A doença é produzida pela toxina produzida pela bactéria e suas primeiras manifestações são dificuldade de abrir a boca (trismo) e de engolir, pelo acometimento dos músculos pescoço. Na maioria dos casos, ocorre progressão para contraturas musculares generalizadas, que podem colocar em risco a vida do indivíduo, quando comprometem a musculatura respiratória. Os transtornos causados pelas enchentes (remoção de entulhos e lama etc.) podem ser fatores facilitadores para ferimentos e promover o aumento dos casos de tétano entre a população desabrigada.

A vacinação contra o tétano faz parte do esquema básico de imunização do país. Considera-se imune o indivíduo que tem o registro, em cartão vacinal ou documento emitido pelo posto de saúde, do recebimento de 3 doses da vacina (intervalo mínimo de 30 dias entre as doses), uma dose de reforço, um ano após a vacinação básica, e reforços adicionais de 10 em 10 anos.

Em populações desabrigadas é comum desconhecer-se o estado vacinal dos indivíduos, pois a maioria perde seus documentos em situações de emergência. Nesta situação de estado vacinal ignorado, as medidas para prevenção do tétano dependerão basicamente do tipo de ferimento apresentado e podem incluir, além da atualização vacinal, a aplicação (em ambiente hospitalar) do soro antitetânico e antibióticos injetáveis. Para todos os pacientes deve ser feita, ainda no abrigo, a limpeza completa de qualquer ferimento, com água e sabão, incluindo a retirada de corpos estranhos e tecidos desvitalizados (escurecidos devido a não irrigação sanguínea), a aplicação de água oxigenada ou permanganato de potássio diluído e a realização de curativo.

Quadro 8.12 – Ferimentos de acordo com o risco para o tétano

Classificação dos Ferimentos de acordo com o Risco para o Tétano
<u>Ferimentos de Baixo Risco:</u> escoriações (arranhões), cortes superficiais por materiais sem terra ou sujidades
<u>Ferimentos com Risco:</u> feridas por materiais contaminados (vidros, latas, facas, espinhos, madeira, prego etc.), feridas contusas atingindo tecido subcutâneo, queimaduras e outros ferimentos superficiais ou profundos contaminados.
<u>Ferimentos com Grande Risco para Tétano:</u> Fraturas expostas, grandes queimaduras, politraumatizados, feridas penetrantes por arma branca ou por arma de fogo e feridas profundas e extensas contaminadas.

8.1.1.13 - Conjuntivite infecciosa

É uma inflamação aguda da conjuntiva (parte branca dos olhos). Pode ser causada por bactérias ou vírus. A conjuntivite é transmitida principalmente por contato direto com a secreção conjuntival de pessoas afetadas ou pelo contato com mãos ou roupas contaminadas. Epidemias podem ser facilitadas em situações de aglomerações populacionais, como ocorre em abrigos.

O diagnóstico é clínico

Vermelhidão, coceira e lacrimejamento em um dos olhos ou ambos, seguidos de inchaço das pálpebras e surgimento de secreção purulenta nos olhos. Tem duração média de cinco dias.

Quadro 8.13 – Tratamento da conjuntivite.

TRATAMENTO DA CONJUNTIVITE	
▪Lavar os olhos com soro fisiológico a 0,9% ou água destilada 4 a 6 vezes ao dia. ▪Se necessário, aplicar colírio de antibióticos. ▪Nunca usar colírios a base de corticosteróide sem prescrição médica.	
PREVENÇÃO E MEDIDAS DE CONTROLE	
▪Garantir suprimento de água limpa e sabão para higiene pessoal. ▪Desinfecção de objetos contaminados por secreções conjuntivais e nasais. ▪Nas instalações de saúde garantir vigorosa higiene das mãos e descarte seguro dos materiais contaminados.	

8.1.1.14 - Mordidas por animais ou humanos

Todo paciente vítima de mordedura animal deve ser encaminhado à unidade de saúde mais próxima para avaliação da necessidade de vacinas contra tétano e raiva. Indivíduos vítimas de mordidas humanas devem ser avaliados quanto ao seu estado de imunidade contra hepatite B. Qualquer ferimento por mordedura deve ser limpo o mais precocemente possível, para diminuir o risco de infecção local.

Quadro 8.14 – Tratamento preventivo de infecção por mordeduras.

Tratamento Preventivo de Infecção por de Mordeduras de Animal ou Humana		
Categoria de Tratamento	Tempo da Lesão	
	< 8h	≥ 8h
Método de Limpeza	Lavar com esponja; irrigar com Soro fisiológico estéril com seringa, exceto as lesões de punção.	O mesmo ao lado.
Pesquisa da bactéria	Não, a menos que exista infecção.	Sim, exceto para feridas com mais de 24h ou sem sinais de infecção.
Exploração cirúrgica	Remover tecido desvitalizado.	O mesmo ao lado.
Fechamento da ferida	Sim para feridas de mordida não perfurante.	Não.
Iniciar antibióticos	Sim para: 1- mordidas graves ou moderadas; 2- lesões perfurantes; 3- mordidas faciais; 4- mordidas em mãos e pés; 5- mordidas em áreas genitais; 6- mordidas em pessoas com deficiência imunológica.	O mesmo ao lado.

Fonte: Red Book 2003

8.1.2 - Prevenção e Controle das Doenças Cutâneas em Populações Desabrigadas

As situações de abrigos temporários, com frequência, submetem a população a condições sanitárias inadequadas e de aglomeração. Neste contexto, o aparecimento e a propagação de doenças cutâneas contagiosas, que normalmente já têm ampla distribuição, podem evoluir para verdadeiras epidemias.

8.1.2.1 - Impetigo

Trata-se de uma infecção bacteriana da pele, comum em crianças, causada pelas bactérias estafilococos e/ou estreptococos. A transmissão ocorre facilmente pelo contato direto interpessoal ou através do uso de roupas contaminadas.

Manifestações clínicas

Surgimento de vesículas (bolhas) com pus, que rapidamente se rompem (muitas vezes nem são vistas), deixando feridas recobertas por crostas espessas e amareladas. Podem ocorrer várias lesões pequenas disseminadas, ou se iniciar com poucas lesões que vão aumentando progressivamente de tamanho. As lesões podem desaparecer espontaneamente, mas, geralmente, propagam-se às regiões próximas, formando novas lesões. É mais freqüente nas épocas quentes do ano e atinge principalmente a face e as pernas. No caso do impetigo estreptocócico, uma complicação possível, para os quadros não tratados, é ocorrência de uma doença renal potencialmente grave, chamada glomerulonefrite, mais freqüente em crianças.

Tratamento

O tratamento consiste na limpeza e remoção suave das vesículas e crostas com água e sabão, ou solução anti-séptica (ex: permanganato de potássio diluído 1:4.000). Além da higiene, deve-se utilizar pomada com antibiótico nos casos mais simples e, para os casos mais extensos (com muitas lesões), antibióticos por via oral, ou intramuscular, pelo risco de glomerulonefrite.

Prevenção em abrigos

- identificar e tratar precocemente os casos;
- intensificar os cuidados de higiene pessoal e com as roupas;
- não compartilhar o uso de roupas ou objetos de uso pessoal.

8.1.2.2 - Pediculose da cabeça (piolhos)

A pediculose da cabeça é uma doença parasitária, causada pela infestação do couro cabeludo pelo *Pediculus humanus capitis*, vulgarmente chamado de piolho. Atinge principalmente crianças em idade escolar e mulheres. É transmitida pelo contato direto interpessoal ou pelo uso compartilhado de utensílios como bonés, escovas ou pentes de pessoas contaminadas.

A infestação provoca prurido (coceira) intenso no couro cabeludo, principalmente na parte de trás da cabeça, podendo atingir também o pescoço e a região superior do tronco, onde se observam pontos avermelhados semelhantes a picadas de mosquitos. Um achado comum que confirma o diagnóstico de pediculose são as lêndeas (ovos de cor esbranquiçada depositados pelas fêmeas nos fios de cabelo).

Tratamento

- lavagem da cabeça e utilização de pente fino ajuda na retirada dos piolhos;
- as lêndeas devem ser retiradas uma a uma, já que os medicamentos muitas vezes não eliminam os ovos. Pode-se utilizar uma mistura de vinagre e água em partes iguais, embebendo os cabelos por meia hora antes de proceder a retirada;
- o tratamento consiste na aplicação nos cabelos de medicamentos específicos para o extermínio dos parasitas, devendo ser repetido após 7 dias;
- dispõe-se também tratamento através de medicação via oral, sob a forma de comprimidos, tomados em dose única. Em casos de difícil tratamento, os melhores resultados são obtidos com a associação dos tratamentos oral e local.

Prevenção

- identificar precocemente os pacientes e tratar todos ao mesmo tempo, interrompendo assim o ciclo de re-infestação;
- promover campanhas de educação em saúde com foco nos sintomas e formas de prevenção;
- em casos recorrentes recomenda-se manter os cabelos curtos ou presos e examinar diariamente a cabeça em busca de parasitas, usando o pente fino;
- não compartilhar objetos de uso pessoal envolvidos na transmissão (pentos, bonés etc).

8.1.2.3 - Escabiose (sarna)

A escabiose ou sarna é uma doença parasitária, altamente contagiosa, que acomete a pele e é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. A transmissão ocorre pelo contato direto interpessoal, contato sexual ou através do uso de roupas contaminadas. A doença causa coceira intensa nas áreas afetadas da pele, sintoma que geralmente piora durante a noite. A lesão típica da sarna é um pequeno trajeto linear pouco elevado, da cor da pele ou ligeiramente avermelhado, que corresponde aos túneis criados pelo parasita sob a pele. Ao exame, encontra-se, na maioria dos casos, pequenos pontos de escoriação (arranhaduras) ou recobertos por crostas em consequência do ato de coçar. As regiões mais acometidas são o abdome, flancos, baixo ventre, umbigo, pregas das axilas, cotovelos, punhos, espaços entre os dedos das mãos e sulco entre as nádegas. Nos bebês, o acometimento das solas dos pés e palmas das mãos é freqüente. A escabiose raramente atinge a pele do pescoço e da face, exceto em crianças. Pode ocorrer infecção secundária com surgimento de pus e crostas amareladas.

Tratamento

- os pacientes que apresentarem qualquer tipo de coceira devem ser tratados ao mesmo tempo, para evitar a re-infestação;
- todos os contactantes íntimos, incluindo os parceiros sexuais, devem ser tratados ao mesmo tempo;
- se possível, roupas de uso diário e roupas de cama devem ser trocadas diariamente, (lavadas e passadas) até o segundo dia de tratamento. Outra opção é, após a lavagem das roupas, efetuar sua fervura;
- as unhas devem ser cortadas e escovadas com sabonetes apropriados para a retirada de parasitas ali depositados pelo ato de coçar;
- tratamento tópico (local) da sarna consiste na aplicação de medicamentos sob a forma de loções na pele de todo o corpo, do pescoço para baixo, mesmo nos locais onde não aparecem lesões ou coceira. Após uma semana do término da primeira série do tratamento, este deve ser repetido, para atingir os parasitas não eliminados pela primeira aplicação;
- tratamento via oral é outra alternativa, com medicação específica em forma de comprimidos.

Prevenção

- identificar e tratar precocemente os casos;
- promover medidas de orientação e educação da população desabrigada;
- intensificar os cuidados de higiene pessoal e com as roupas;
- não compartilhar roupas pessoais, roupas de cama ou banho.

8.2 ENFERMAGEM NO ABRIGO

Em abrigos temporários, profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) são fundamentais para o planejamento e execução das atividades assistenciais e preventivas, bem como para a coordenação das ações de saúde. A assistência de saúde à população do abrigo deverá ser feita pelo Município e, caso necessário, em caráter complementar pelo Estado ou União.

8.2.1 Objetivos das atividades de enfermagem no abrigo

- participar da recepção e triagem dos desabrigados;
- planejar e executar ações assistenciais;
- planejar e atuar nas atividades de educação e promoção da saúde;
- capacitar voluntários para as atividades de saúde do abrigo.

8.2.2 Enfermagem na triagem

Na triagem de saúde, a equipe fará a identificação preliminar dos sintomas e doenças apresentados pelos desabrigados, através da história clínica e exame físico, dentro do âmbito de competência de cada categoria profissional. Além disto, realizará cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades apresentadas por cada paciente.

Na triagem social, os profissionais de enfermagem podem realizar a entrevista (Anexo IX), que possibilitará uma melhor compreensão dos efeitos causados à população afetada e a identificação de necessidades individuais e coletivas, permitindo o estabelecimento das prioridades de intervenção. O enfermeiro também realiza a consulta de enfermagem e desenvolve atividades integradas à equipe multiprofissional do abrigo temporário.

8.2.3 Enfermagem no planejamento, execução e gerenciamento de ações assistenciais

Os cuidados específicos de competência para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem estão definidos pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 2005).

No abrigo temporário **o enfermeiro** pode atuar no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência, além de realizar consulta, prescrição e cuidados de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, pode participar de programas de prevenção e controle de doenças e de programas de vigilância epidemiológica; prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido e participar de programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população, em geral.

O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares de nível médio, cabendo-lhe assistir ao enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes, inclusive aqueles em estado grave.

O auxiliar de enfermagem executa também atividades de nível médio, cabendo-lhe: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas compatíveis com sua qualificação; executar tratamentos prescritos; executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas; efetuar o controle de pacientes com doenças transmissíveis; coletar material para exames laboratoriais; executar atividades de desinfecção e esterilização; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se; participar de atividades de educação em saúde e dos procedimentos pós-morte.

8.2.4 Atuação da enfermagem nas atividades de educação e promoção da saúde

As atividades educativas são fundamentais em situações de desastre, por seu papel preventivo. A educação é um processo criativo, no qual o que deve ser destacado não é a repetição de conteúdos, nem a aplicação rigorosa de técnicas, mas o processo de aprendizagem coletiva, que permite transformar a realidade e construir condições saudáveis de vida.

As atividades de educação e promoção da saúde dentro dos abrigos deverão ser desempenhadas por todos os profissionais envolvidos na sua estrutura, incluindo enfermeiros, médicos, profissionais da COMDEC e voluntários. O envolvimento da população desabrigada é de grande valor para o sucesso destas ações.

Algumas sugestões ajudarão a alcançar este objetivo, como valorizar as experiências individuais, desenvolver o hábito do debate e incentivar a aplicação e a multiplicação dos conhecimentos adquiridos. No abrigo, essas atividades podem ser realizadas em grupo (através de palestras e debates) ou individualmente pelos agentes psicossociais¹⁵.

Os temas podem variar de acordo com as características da população desabrigada. No entanto alguns são sugeridos por serem relevantes no cotidiano dos abrigos, a saber:

- prevenção de doenças infecciosas passíveis de surto epidêmico, como diarreia, dengue, febre amarela, hepatites, malária, leptospirose e cólera, com foco em suas formas de transmissão;
- preparação e utilização do soro de reidratação oral e do soro caseiro;
- prevenção de doenças cutâneas transmissíveis de pessoa-a-pessoa;
- prevenção de doenças transmitidas por secreções respiratórias ou ar, como a meningite meningocócica e a tuberculose respectivamente;
- medidas de controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes;
- cuidados com a água de consumo próprio e para preparo dos alimentos, abordando as situações em que é necessário seu tratamento com hipoclorito de sódio ou fervura;
- cuidados com higiene pessoal;
- cuidados com lixo;
- primeiros socorros.

8.2.5 Capacitação de voluntários

Em abrigos, a educação em saúde pode ser realizada por voluntários da COMDEC, capacitados durante o período de normalidade, por uma equipe de enfermagem. Eles farão parte da equipe de atuação do abrigo, agindo em sintonia com os demais voluntários, agentes psicossociais e profissionais de saúde. O voluntário deve, preferencialmente, conhecer a comunidade afetada, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e conhecer a lei sobre o voluntariado¹⁶.

O voluntário capacitado deverá, além de realizar ações de educação em saúde (citadas no item 9.2.4), identificar, orientar e buscar soluções para as questões encontradas no abrigo e participar de procedimentos de primeiros socorros.

¹⁵ Ver Capítulo 9.

¹⁶ Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998.

8.2.6 Núcleo de Saúde

Uma mínima estrutura física e operacional deve existir dentro do abrigo para que possam ser realizados a triagem de saúde; atendimentos de primeiros socorros; procedimentos invasivos de pequena complexidade (hidratação venosa, curativos e aplicação de medicamentos de urgência).

Para abrigos temporários de até 200 pessoas, não sugerimos a permanência de médicos ou enfermeiros após a triagem de saúde, mas sim uma rotina de visita regular da equipe de saúde (clínico geral, pediatra e enfermeiro) ao abrigo, para a vigilância de agravos à saúde. Para situações não previstas, como surtos, os responsáveis pela coordenação do abrigo deverão acionar a equipe de saúde do Município.

O núcleo de saúde deve ser montado em local de fácil acesso, boa ventilação e iluminação e possuir estrutura adequada para a realização dos objetivos apontados acima. Desta forma, sugere-se que o espaço seja dividido por biombos, em dois ambientes, um para consultas e outro para realização de procedimentos. O último será subdividido para conter quatro macas fixas (duas para adultos e duas para crianças), separadas por biombos. Deve haver no local uma bancada com pia para a lavagem das mãos e toalhas de papel ou dispensador de álcool gel para a assepsia das mãos.

8.3 CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

8.3.1 Introdução

Em situações de desastres, a manutenção da dignidade e do bem-estar da população afetada torna-se uma prioridade a ser defendida. Nesse contexto, a saúde bucal, que abrange a boca, os dentes e as estruturas anexas, deve ser tratada em conjunto com a saúde geral dos desabrigados. Os problemas bucais podem surgir em decorrência do desastre ou se intensificarem em função deste, a ponto de ameaçar, não só a manutenção das atividades diárias, como a própria vida.

Dentre os problemas que podem ser causados na decorrência de um evento adverso, podemos considerar os traumatismos dento-alveolares, que incluem desde uma pequena fratura até a perda total de dentes, assim como as fraturas faciais graves. A repercussão destas lesões pode ser, em alguns casos, o principal problema de saúde do desabrigado, podendo ainda se perpetuar após a fase de resposta ao desastre. Os dentes e a boca são importantes para a construção da auto-imagem dos indivíduos e o estresse presente após o desastre poderá ser agravado se ocorrer uma perda dentária.

No abrigo, é comum a agudização de problemas bucais crônicos já presentes no indivíduo, ou seja, doenças antes controladas podem se intensificar em razão de uma queda nas defesas do organismo (imunidade) e/ou do descuido com a higiene. As infecções resultantes da cárie dentária, por exemplo, podem ser agravadas gerando a necessidade de medicação e intervenção profissional, no intuito de se evitar consequências mais graves que envolvem até a possibilidade de óbito.

A adoção de normas mínimas de higiene bucal voltada para os desabrigados não é só necessária, mas sim um direito; seu esquecimento pelo poder público pode ser encarado como negligência. Para tanto, entre outras medidas, o material para higiene bucal deve estar contido nos *kits* fornecidos aos desabrigados.

As doenças bucais mais encontradas são a cárie dentária e a doença periodontal. Ambas podem surgir no abrigo temporário quando medidas adequadas de higiene não são adotadas. Entretanto, como essas doenças de uma maneira geral são crônicas e possuem um longo curso de duração, elas podem estar presentes previamente em razão da sua ocorrência comum na população brasileira e serem agravadas na adversidade. O quadro é mais preocupante, principalmente, quando a situação do abrigo temporário é prolongada, com as famílias permanecendo por períodos longos de tempo (períodos maiores do que um mês), o que não pode ser considerado um evento raro.

Vale ressaltar que grande parte dos problemas de saúde bucal tem consequências mais graves em comunidades com baixa condição socioeconômica. Essas comunidades são mais vulneráveis à ocorrência de desastres, logo, é esperado que os afetados por desastres tenham uma saúde bucal precária.

8.3.2 Cárie Dentária

A cárie dentária é uma doença localizada, causada pelo acúmulo de bactérias sobre os dentes. Essas bactérias, acumuladas sob a forma de placa bacteriana, quando não removidas regularmente, utilizam os carboidratos presentes na alimentação, transformando-os em ácidos que destroem a superfície dentária. Em abrigos temporários, a manifestação da doença cárie, pode surgir em decorrência de uma prática de higiene bucal inadequada.

Ao contrário do que muitos pensam, o início dessa lesão de cárie não se apresenta com um aspecto escurecido e nem como uma cavidade ou buraco no dente. Primeiramente, ocorre o surgimento de uma mancha branca. Esta mancha aparece exatamente nos locais onde a placa bacteriana se acumula, que são aqueles cuja limpeza envolve maior dificuldade, como por

exemplo, nas superfícies entre os dentes, nas faces mastigatórias e na proximidade com a gengiva. Esta mancha branca pode se agravar até o surgimento de uma cavidade, que com o tempo, passa a apresentar uma coloração escura. Dessa forma, é essencial implementar uma prática de higiene bucal no abrigo e ainda aproveitar o tempo dos desabrigados para capacitá-los em cuidados com a saúde bucal.

Além do surgimento de novas lesões de cárie durante o período de abrigo, pode ocorrer também a progressão de lesões já existentes, gerando dor e necessidade de encaminhamento para atendimento profissional de urgência.

8.3.3 Problemas Bucais Agudos

Observa-se que a situação de desastre pode provocar queda na defesa imunológica dos vitimados. É de se esperar que em abrigos temporários, pelas mais diversas razões, os desabrigados ao passar por situações dramáticas e estressantes de perda material e de entes queridos, venham a ter suas defesas comprometidas e, como consequência, a agudização de problemas pré-existentes. Para exemplificar essa situação, é lícito considerar o caso de um paciente que possuía uma lesão de cárie grande com infecção que estava controlada pelo organismo e que se restringia ao espaço ao redor da raiz do dente (periapical). Numa situação de desastre essa infecção pode ser exacerbada (aumentada) e pode invadir os espaços faciais do desabrigado, gerando dor, aumento de volume da face, febre, dificuldade na alimentação, entre outros, ou seja, um problema de tratamento complexo e de urgência, devendo o desabrigado ser encaminhado ao hospital ou posto de saúde mais próximo.

8.3.4 Doença Periodontal

O periodonto é um conjunto de estruturas que suportam e envolvem o dente, sendo constituído por gengiva, ligamentos e osso alveolar. A doença periodontal, assim como a cárie, é causada pelo acúmulo de placa bacteriana e seu estágio inicial é a gengivite.

A gengivite é a inflamação da gengiva e caracteriza-se por seu aumento em tamanho, mudança na coloração para avermelhada e sangramento. Os desabrigados podem ter uma gengivite durante a situação de abrigo, se a prática da higiene não for estabelecida. Entretanto, ela pode ser tratada no próprio abrigo, uma vez que a simples retomada da escovação e do uso do fio dental já é capaz de paralisar o sangramento e devolver a coloração rósea à gengiva. Esta inflamação é a manifestação mais comum da doença periodontal em crianças. É válido ressaltar

que indivíduos, que cheguem ao abrigo com gengivite, podem também receber esse tratamento.

Quando a inflamação na gengiva atinge o osso e os ligamentos, numa situação mais grave, ocorre a periodontite. Sua principal consequência é a mobilidade dos dentes que pode levar inclusive a sua perda. Normalmente associada à doença, observa-se uma placa endurecida e escura sobre os dentes, nos locais próximos à gengiva ou abaixo dela, conhecida como cálculo dentário ou tártaro. O cálculo, diferente da placa bacteriana, já não consegue ser removido apenas com a escovação, sendo necessária uma consulta com o dentista para este fim. Porém, esta situação só se tornará grave nos casos de dor, febre e dificuldade na alimentação, requerendo encaminhamento para tratamento de urgência.

8.3.5 Prevenção e Controle dos Problemas Bucais

8.3.5.1 Higiene bucal

A higiene bucal é a forma ideal de prevenir a ocorrência dos dois principais problemas bucais: cárie dentária e doença periodontal. O objetivo principal desta higiene é eliminar o acúmulo de bactérias sobre as superfícies dentárias (placa bacteriana).

A escovação é a melhor forma de higienizar as superfícies dentárias. A placa bacteriana, quando acumulada, só é removida através do contato mecânico, não sendo possível removê-la integralmente através de bochecho. Entretanto, para que a escovação seja eficaz, mais importante que o número de vezes que se escova, é a forma como se escova. Assim, os locais de maior acúmulo de bactérias precisam receber cuidado reforçado. Muitas vezes o indivíduo escova os dentes repetidamente durante o dia, mas sempre deixa alguns locais com placa bacteriana acumulada; nestes locais a cárie se inicia. Neste contexto, torna-se essencial orientar e treinar indivíduos de todas as idades para a correta prática da escovação. O uso do fio dental também é muito importante, pois apenas através dele torna-se possível remover a placa bacteriana presente entre os dentes, locais onde a escova não consegue limpar.

O momento do dia mais importante para escovar os dentes é de noite, antes de dormir, pois durante o sono a salivagem diminui e os dentes ficam menos protegidos. A saliva atua protegendo e limpando os dentes de uma forma natural. Isto pode ficar claro quando é observado um mau cheiro na boca quando se acorda, resultante da proliferação de bactérias na ausência de saliva.

Após 36 horas (um dia e meio) de acúmulo de bactérias sobre os dentes, já se inicia a perda de minerais e, após 14 dias sem a correta higiene, já se pode observar o início da cárie,

com o aparecimento da lesão de mancha branca. Além disso, o acúmulo de placa bacteriana por um período maior que 2 dias já pode causar a inflamação na gengiva (gengivite). A remoção desta placa pode reverter o processo e prevenir o avanço para a doença periodontal. Através da higiene bucal é possível não só prevenir a cárie e a gengivite, como também paralisar as lesões de cárie já existentes, mesmo quando já existe uma cavidade.

Estas doenças bucais são consideradas como portas de entrada para infecções no coração e em outros órgãos, sendo muito importante o seu controle para se evitar maiores transtornos de saúde nos abrigos temporários.

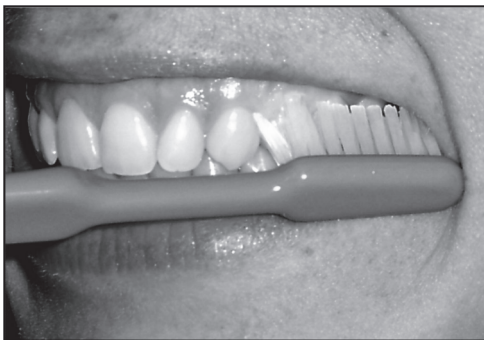


Figura 9.1 - Acúmulo de placa bacteriana próximo à gengiva.

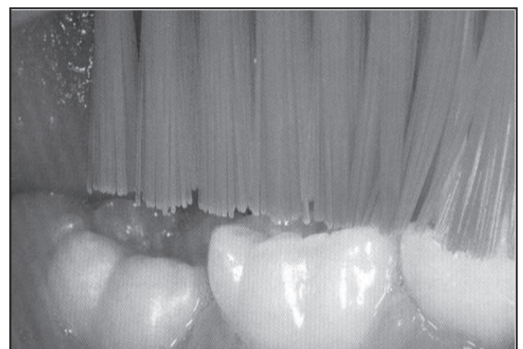


Figura 9.2 - Dificuldade de escovar os dentes , que estão erupcionando (nascendo).



Figura 9.3 - Uso do fio dental.

8.3.5.2 Alimentação

Apesar da placa bacteriana utilizar os carboidratos dos alimentos para produzir ácidos que destroem as superfícies dos dentes, a concentração de esforços para a modificação da alimentação, no intuito de prevenir e controlar as doenças bucais, é pouco eficaz.. O mais importante é remover a placa bacteriana, ou seja, realizar uma boa higiene. É mais fácil inserir hábitos de higiene do que modificar hábitos alimentares. Além disso, quando a placa bacteriana não está presente sobre os dentes, a produção de ácidos não acontece e a cárie também não.

8.3.5.3 Uso de flúor

O flúor é um excelente coadjuvante para o controle da cárie. Ao contrário do que se imagina, ele isoladamente não consegue evitar esta doença. Na verdade, o flúor atua na redução da progressão das lesões de cárie. Este se encontra presente em soluções para bochecho, nas pastas de dente e na água de abastecimento fluoretada. O flúor dificulta a perda de minerais dos dentes, causada pelo acúmulo de bactérias, e ainda facilita o retorno dos minerais aos mesmos. A melhor forma de uso do flúor é através do creme dental, pois, além de ser utilizado com muita frequência, a placa bacteriana é, ao mesmo tempo, removida mecanicamente pela escovação.

8.3.5.4 Orientação para higiene bucal

Numa situação de abrigo, a prática da higiene bucal não pode ser deixada de lado, por todos os motivos já citados. Os indivíduos afetados podem se mostrar desmotivados, deixando, muitas vezes, de realizar a higiene bucal. Entretanto deve-se estimular a escovação e o uso do fio dental. Para tanto, um horário deve ser destinado a essa prática na rotina do abrigo. Além disso, pode-se aproveitar o tempo que os desabrigados estão sem ocupação para orientá-los, treiná-los e motivá-los. Um profissional da área- dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) ou técnico de higiene dental (THD) deverá atuar no abrigo com esta tarefa. Porém, quando sua presença não se faz possível diariamente, voluntários em saúde bucal podem ser formados. Estes voluntários receberão capacitação prévia, com orientação teórica e prática para desenvolver a consciência da importância da saúde bucal e estabelecer métodos práticos para impedir o surgimento de problemas e a evolução dos já existentes.

É importante ressaltar que na organização prévia de um abrigo, a aquisição de material para esta higiene faz-se necessária. Em relação às escovas de dente, devem ser adquiridas em três tamanhos (infantil, média e grande), num quantitativo de 1 (uma) escova para cada indivíduo durante 3 (três) meses. Quanto ao fio dental, 1 (um) rolo deve ser distribuído por família (cinco pessoas) a cada 1 (um) mês. O creme dental (pasta de dente fluoretada) deve ser distribuído na mesma quantidade e período que o fio dental.

Em relação às crianças pequenas, o cuidado com a higiene bucal deve ser realizado pelo responsável, que, na maioria das vezes, é a mãe. Este responsável deve ser motivado e orientado por um profissional ou voluntário em saúde bucal. Crianças com menos de um ano devem ter a boca higienizada através do uso de fralda limpa, ou gaze umedecida em água filtrada. Após 1 ano, a escovação já pode ser iniciada. O creme dental só deverá ser usado após os 2 anos de

idade. Até os 4 anos, a mãe ou responsável deverá realizar a escovação para a criança. Dos 4 aos 8 anos, esta higiene deve ser acompanhada e fiscalizada, sendo importante tomar cuidado com os dentes permanentes (definitivos) que estarão nascendo no lugar dos dentes de leite que estarão caindo. Quanto ao fio dental, após os 3 anos, a mãe pode usar na criança e, somente após 7 ou 8 anos, a criança conseguirá utilizá-lo sozinha.

8.3.6 Traumatismo dento-alveolar

O traumatismo dentário é freqüente em crianças e adolescentes e apresenta importante influência nos aspectos sociais, emocionais e conseqüentemente no comportamento dos indivíduos afetados. Nessa faixa etária, o traumatismo ocorre normalmente durante as práticas desportivas e brincadeiras. Muitas vezes, devido a sua alta complexidade, permanece sem tratamento, fazendo com que seu impacto perdure até a idade adulta. Outra causa freqüente dos traumatismos dentários são os acidentes, sendo que as vítimas de desastres podem apresentar lesões traumáticas nos dentes e na boca. Nesse caso, os vitimados devem ser encaminhados ao Hospital antes de irem para o abrigo, onde serão diagnosticados e tratados. Entretanto, o desabrigado pode chegar ao abrigo com uma fratura no dente, necessitando de encaminhamento. O traumatismo dentário também pode ocorrer dentro do abrigo, durante brincadeiras e atividades diárias. Nesses casos, é interessante que a equipe de trabalho no abrigo conheça as medidas imediatas a serem adotadas, para salvar o dente e garantir o bem-estar do desabrigado.

8.3.6.1 Fraturas

Após um dente sofrer traumatismo, ele pode apresentar fraturas em diferentes locais de sua estrutura, requerendo ou não atendimento de urgência. As fraturas mais leves, envolvem apenas a parte mais externa do dente, chamada de esmalte, que, por não conter terminações nervosas, não causam dor e suas conseqüências são mínimas. O tratamento, para esse tipo de fratura, é simples e não é urgente.

Quando mais graves, as fraturas afetam uma parte mais interna do dente, a dentina, já ocasionando dor quando o dente é exposto à água, alimentos frios ou quentes. Nestes casos, é necessário que o afetado seja encaminhado para tratamento. Deve-se guardar o fragmento do dente fraturado, se possível, pois este pode ser colado pelo dentista.

Se, após uma fratura dentária, for observado sangramento vindo de dentro do dente, a polpa dentária (canal do dente) foi atingida. Nestes casos, para se evitar a contaminação da polpa, deve-se providenciar o tratamento mais rápido possível.

Quando a raiz do dente, ou seja, a parte fina do dente que fica dentro do osso, for atingida, o tratamento envolve o reposicionamento do dente pelo cirurgião-dentista, o quanto antes, sendo necessário, muitas vezes, o tratamento de canal. Nesses casos, quando o desabrigado se queixar de dor e mobilidade dos dentes, este deve ser prontamente atendido por um dentista.

8.3.6.2 Traumatismo aos tecidos de suporte do dente

Após um trauma, pode não ocorrer fratura no dente, entretanto, este pode se apresentar mais mole, dolorido e a gengiva pode estar sangrando. Nesses casos, a estrutura que sustenta o dente (gengiva, ligamento e osso), pode ter sido atingida. Nos casos mais graves, os desabrigados com essas lesões devem ser encaminhados para o pronto atendimento.

Quando o trauma for leve, observa-se apenas sangramento ao redor do dente próximo à gengiva, sem que este apresente mobilidade. Não é necessário então, tratamento de urgência, devendo apenas ser observada a cicatrização. Entretanto, quando o dente atingido apresenta aumento na sua mobilidade e há um leve e curto sangramento na gengiva, torna-se necessário cuidados com a alimentação (preferir refeições líquidas e pastosas) e atendimento profissional, embora não urgente.

Quando o dente, após um trauma, desloca-se da sua posição de dentro do osso, ficando mais para fora da gengiva, o atendimento deve ser urgente, pois o reposicionamento do dente e sua contenção precisam ser realizados. Quando o dente se desloca para dentro do osso, pode até se pensar que o dente foi perdido, mas deve ser feita uma radiografia com urgência em um posto de saúde ou hospital.

Se o dente sair completamente ou cair, ocorreu uma avulsão dentária. Ao contrário do que muitos podem pensar, esse dente não está perdido, e, se o tratamento for realizado em um curto período de tempo, a chance de sucesso é alta. Este sucesso está associado ao tempo que o dente fica fora da boca e ao modo como ele é guardado até chegar ao dentista. O atendimento deve ser prestado em até, no máximo, uma hora. É necessária a procura imediata de um cirurgião-dentista para recolocar o dente na posição correta, entretanto, se isso for impossível, deve-se tentar que um leigo faça esse procedimento.

Os cuidados necessários em caso de avulsão são os seguintes:

- achar o dente;
- segurar o dente pela coroa e não pela raiz;
- lavar o dente em água corrente sem esfregar;

- conservar o dente em meio fisiológico (leite, soro fisiológico ou na própria boca com cuidado para não engolir), e;
- procurar um cirurgião-dentista imediatamente.

8.3.7 Fraturas Faciais

Em situações de desastre é comum a ocorrência de traumatismos na região da face, que pode afetar pele, gordura, músculos, nervos e ossos. Nos casos mais graves pode ainda estar associado a dano cerebral. Estas lesões podem levar a perda de sensibilidade na pele, cicatrizes antiestéticas, retrações, alteração na visão (fraturas que envolvam a órbita), dificuldade na respiração, paralisia facial, má-oclusão e perdas dentárias. Os ossos mais frequentemente afetados são: os da base nariz, a mandíbula, o zigomático (maçã do rosto), a maxila e as órbitas (ossos em volta dos olhos). Normalmente, essas injúrias ocorrem em conjunto com danos a outras áreas do corpo e o tratamento das lesões mais sérias deve ser prioritário.

Estes traumas, entretanto, podem ou não ser identificados imediatamente. Quando estão associados a sangramentos, ferida ou dor, o atendimento imediato se faz necessário, porém, nestas situações, somente nos casos de obstrução das vias aéreas superiores e hemorragias associadas a rompimento de artérias ou veias calibrosas devem ser considerados emergência.

O primeiro cuidado, após a ocorrência de um trauma, é garantir a vida do paciente, tratando possíveis lesões vitais. Deve-se observar a existência ou não de hemorragia. Quando presente, a contenção do sangramento pode ser feita por compressão digital direta, tamponamento com gaze (panos limpos) ou ligadura dos vasos (suturas). Em seguida, deve ser observado por qual material a ferida foi provocada (madeira, metal, concreto), e se existe a necessidade de encaminhar o paciente para medicação antitetânica. Além disso, é importante tentar identificar se houve contato da ferida com algum material contaminado. O paciente, então, deverá receber a medicação indicada (analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos).

É fundamental lembrar que durante a prestação do socorro imediato, a proteção do indivíduo que está socorrendo deve vir em primeiro lugar. O contato direto com sangue ou fluidos corporais (secreção, pus, saliva) não pode ocorrer. Esta proteção deverá ser realizada através do uso de luvas, porém, na ausência destas, sacos plásticos podem ser usados, lembrando que estes não promovem a proteção ideal.

No abrigo, pode ocorrer queixa tardia de um trauma de face não identificado, através da identificação de sintomas, como: dor local, dor de cabeça, aumento de volume na boca ou na

face, abscessos, dificuldade de abrir a boca, hemorragia, manchas roxas na face (hematoma), febre e desalinhamento facial. Nestes casos, pode-se suspeitar de trauma na face não, devendo o paciente ser encaminhado para atendimento especializado: radiografias, tomografias e procedimentos cirúrgicos. Estes últimos, se necessários, devem ser realizados, quando possível, entre 3 a 7 dias após o trauma. O objetivo do tratamento das fraturas faciais é a reabilitação máxima do paciente, estabelecendo a cicatrização óssea rápida; a função ocular, mastigatória e nasal; o retorno da fala normal; e, resultado estético aceitável. Este tratamento deve ser realizado por um especialista: Cirurgião buco-maxilo-facial.

8.3.8 Infecções de Origem Dentária

Infecções de origem dentária podem causar aumentos de volume (inchaços), febre, respiração acelerada, suor excessivo, fadiga, mal-estar, calafrios, desidratação e modificações no pulso e na pressão arterial. O tratamento se inicia após a avaliação do paciente. Se existir febre e modificações na respiração e no pulso, o caso é mais preocupante. O tratamento inclui hidratação, aplicação de calor local, analgésicos, repouso, abertura do dente para drenagem e uso de antibióticos. A perda de líquidos durante infecções é grande e estes precisam ser repostos. É recomendada a ingestão de 2 litros (8-10 copos) de água por dia. O desabrigado deve ser encaminhado para um hospital com urgência.

A abertura do dente é um procedimento que deve ser feito quanto antes possível, entretanto, para isso é necessário o encaminhamento a um hospital ou posto de saúde. Normalmente, nos locais mais vulneráveis, freqüentemente atingidos pelos desastres, as unidades de saúde funcionam deficientemente. Portanto, em algumas situações esse procedimento não será possível ou poderá ser realizado de modo improvisado, com instrumentos manuais.

O uso de antibióticos, por si só, não cura a infecção. Estes apenas ajudam o organismo a se recuperar da infecção e diminuem as conseqüências e as chances de morte. Esses medicamentos devem ser receitados e dosados corretamente, por cirurgiões-dentistas e são de suma importância para o tratamento ter sucesso.

8.3.9 Considerações Finais

Os problemas odontológicos, por raramente causarem a morte dos afetados, podem, inicialmente, parecer de pequena preocupação nos casos de desastres onde vítimas são direcionadas para abrigos temporários. No entanto, as perdas dentárias e os agravos à saúde

bucal consistem muitas vezes nas conseqüências de maior dificuldade para reparação pós-desastre. Além disso, é comum que a população vitimada seja composta por indivíduos de baixa renda, que vivem nos ambientes mais vulneráveis, com pouca possibilidade de acesso a tratamentos complexos, muitas vezes necessários nos casos de urgências odontológicas. Estes indivíduos possivelmente terão que conviver com as conseqüências bucais dos desastres ao longo de suas vidas, com as limitações não só biológicas, mas também sociais e psicológicas.

Além disso, o objetivo das ações humanitárias e de resposta aos desastres não deve ser apenas manter os desabrigados vivos e sem patologias. Mais que isso, torna-se necessário recuperar a dignidade dos afetados, o seu bem-estar e a possibilidade de manutenção de atividades diárias.

Por essas razões, os cuidados odontológicos devem fazer parte dos cuidados em saúde oferecidos nos abrigos temporários. Dependendo dos recursos disponíveis estes cuidados podem ser apenas preventivos ou podem abranger tratamentos de maior complexidade. Muitas vezes, medidas simples, como a recuperação de elementos dentários avulsionados, podem melhorar, de forma significativa, a qualidade de vida dos desabrigados após o desastre.

8.4 CUIDADOS NUTRICIONAIS

8.4.1 Introdução

No plano individual ou biológico, o estado nutricional seria o resultante do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes (consumo / ingestão alimentar) e o gasto ou necessidade energética do organismo. Este se refere à utilização dos alimentos pelo organismo para suprir suas necessidades nutricionais; portanto, relaciona-se com o estado de saúde do indivíduo e com a capacidade do organismo em utilizar (absorver, metabolizar) adequadamente os nutrientes da dieta (Engstrom, 2002).

Em situações de emergência, este equilíbrio pode estar prejudicado, ocasionando alterações no estado nutricional. O desequilíbrio é devido ao consumo insuficiente ou excessivo de alimentos ou ao gasto energético elevado ou diminuído. É normal que o gasto energético esteja aumentado nos períodos de crescimento rápido, ou seja, primeiro e segundo anos de vida e adolescência, nas gestantes, nos atletas e em doenças que levam ao aumento do metabolismo ou que causem febre. Pode estar diminuído em pessoas com predisposição genética a obesidade ou naquelas que não se exercitam com a frequência adequada.

O equilíbrio do estado nutricional é obtido através da ingestão adequada de alimentos, quantitativa e qualitativamente, e do gasto energético proporcional a esta ingestão. Os extremos

desta situação são contemplados em nosso país. A desnutrição afeta milhares de brasileiros, podendo atingir todos os grupos etários, porém é mais comum em crianças pequenas, sendo alvo de inúmeros programas sociais, e a obesidade, que vem se tornando cada vez mais um problema de saúde pública no Brasil, atingindo pessoas de todos os grupos etários e faixas sociais.

As diretrizes que irão nortear os cuidados nutricionais têm que ser fundamentadas no conhecimento do estado nutricional dos indivíduos. A desnutrição, por ser mais comum em crianças, terá maior enfoque para esta faixa etária, porém adultos e idosos que apresentem baixo peso também estarão no foco do cuidado nutricional. Gestantes e adolescentes receberão suplementação, se necessário. Pessoas que estejam obesas receberão a ração padrão, sendo apenas orientadas quanto à quantidade de alimento. Embora essas pessoas mereçam atenção, o abrigo temporário não é o local mais adequado para essa intervenção.

Casos onde haja a necessidade de alimentação diferenciada deverão ser analisados pelo setor de nutrição que emitirá um cartão, referindo à necessidade de dieta. Os tipos de refeições distribuídas para os desabrigados serão basicamente de dois tipos:

- 1- ração padronizada a ser distribuída para a maioria;
- 2- ração complementar, para ser distribuída para grupos em risco de subnutrição ou que já apresentem déficit ponderal.

As necessidades nutricionais se baseiam nas estimativas de planejamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera aceitável 2100 Kcal por pessoa por dia, sendo 10 a 12% provenientes de fontes protéicas.

8.4.2 Cuidados a Grupos Específicos

Um enfoque maior deve ser dado às pessoas consideradas em risco nutricional, com vistas a combater estados de subnutrição que podem complicar problemas já existentes ou criar novos agravos. Alguns grupos devem ser identificados o mais cedo possível e estar sob vigilância nutricional, tais como:

- crianças menores de 5 anos;
- gestantes;
- lactantes;
- idosos;
- adultos com déficit nutricional;
- hipertensos;
- diabéticos.

8.4.2.1 Crianças menores de 5 anos

Nos primeiros 6 meses após o nascimento, os bebês devem receber de preferência leite materno. A amamentação deve continuar até que a criança complete 2 anos de idade. Suas mães devem ser estimuladas a manter a lactação em livre demanda, mesmo estando no abrigo temporário. Essa medida visa garantir todos os nutrientes necessários para o bebê, protegê-lo contra doenças como a diarreia e fortalecer o vínculo mãe e filho, tão importante neste momento de dificuldade.

Algumas crianças podem iniciar o processo de desmame aos 4 meses de idade, com a introdução de outros alimentos, além do leite materno. Um cuidado especial deve ocorrer nesta fase com relação à preparação de refeições para evitar contaminação. Crianças que tenham perda de peso nesta fase devem ser avaliadas cuidadosamente e suas mães entrevistadas e orientadas a corrigir possíveis erros.

A alimentação complementar da criança em período de desmame deve estar próxima da alimentação dos demais, com algumas adaptações como cereais (arroz, macarrão), leguminosas (feijões) e hortaliças (legumes e verduras) bem amassadas com garfo e carnes moídas.

A avaliação nutricional das crianças poderá ser feita pela análise do cartão da criança se a mãe estiver de posse do mesmo.

Crianças muito emagrecidas, apáticas, com pele seca e descamando, cabelos quebradiços, descolorados ou com manchas, unhas em forma de cunha, mucosas descoloradas, entre outras coisas devem ter atenção diferenciada, recebendo suplementação nutricional e sendo encaminhadas para o serviço de saúde de referência.

Sugestão de fórmula láctea para suplementação nutricional
200 ml de leite de vaca 1 colher de sobremesa de óleo de soja 2 colheres de sopa de farinha (amido de milho, arroz ou farinha láctea) 1 colher de sopa cheia de açúcar Valor calórico: 424 Kcal 456 Kcal (com farinha láctea) Obs: cálculos baseados na tabela de composição química dos alimentos de Guilherme Franco, 1989.

Quadro 8.4.1 – Fórmula láctea para suplementação nutricional.

8.4.2.2 Gestantes

Na gestação, o atendimento das necessidades nutricionais maternas é importante para que o resultado obstétrico – peso ao nascimento e idade gestacional ao nascer – seja satisfatório. (Accioly, 2002) As exigências de nutrientes aumentam para suportar o custo requerido para o crescimento e desenvolvimento do feto e para permitir os ajustes fisiológicos maternos tais como expansão de volume sangüíneo, desenvolvimento das estruturas maternas (mamas, útero, reservas maternas).

Nos abrigos temporários, as gestantes devem ser identificadas e encaminhadas para avaliação nutricional e as que estiverem em maior risco deverão ser acompanhadas semanalmente.

8.4.2.3 Lactantes

Mulheres em processo de lactação (produção de leite) podem apresentar algumas dificuldades para a manutenção da alimentação do bebê. Situações de estresse e alterações emocionais podem inibir o reflexo de descida do leite, dificultando o processo da amamentação. Mães com dificuldade em amamentar devem ser orientadas a repousar, ingerirem líquidos e alimentarem-se adequadamente.

O incremento nutricional nesta fase deverá ser de mais 500 Kcal por dia, que poderá ser atingido facilmente com 1 medida do suplemento proposto para crianças.

8.4.2.4 Idosos

Os idosos são uma população mais diversificada do que qualquer outro grupo etário. De um modo geral, quando comparados a adultos mais jovens, os idosos tendem a possuir seu estado nutricional mais debilitado, o que os torna mais vulneráveis em uma situação de estresse, além de poderem possuir agravos associados como diabetes e hipertensão, entre outros.

Devem-se considerar os problemas nutricionais mais comuns nesta faixa etária a fim de preveni-los ou controlá-los. As alterações nutricionais dos idosos assemelham-se às do adulto até a faixa dos 60-69 anos, com o sobrepeso tendo um papel fundamental na mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Após os 70 anos, sobretudo após os 80 anos, o emagrecimento ou o baixo peso pode tornar-se o problema mais importante para mortalidade que o sobrepeso, aumentando o risco de infecções, a capacidade de sobreviver a doenças críticas como o câncer.

O diagnóstico nutricional pode ser obtido utilizando-se a antropometria (medição de peso e altura), que, segundo o Ministério da Saúde, é um método simples, fácil de obter e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional. Pode ser usado como triagem

inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças, utilizando-se para tanto o Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Em abrigos temporários pode ser inviável este tipo de avaliação. Na ausência de balança e estadiômetro para aferir as medidas, deve-se perguntar ao indivíduo seu peso e altura para que seja feito o cálculo.

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

Pontos de corte estabelecidos para idosos

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ Percentil 22	Baixo Peso
> Percentil 22 e < Percentil 27	Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 27	Sobrepeso

Quadro 8.4.2.4. Fonte: LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutrition status in the elderly. Primary Care, 21 (1): 55-67, 1994 *apud* Engstrom, 2002.

8.4.2.5 Adultos com déficit nutricional

O diagnóstico nutricional dos adultos também pode ser obtido utilizando-se a antropometria (IMC). Independente da causa do baixo peso, o adulto com déficit também deverá receber suplementação por meio de alimentos complementares (ver suplemento padrão para crianças).

Pontos de corte estabelecidos para idosos

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ Percentil 18,5	Baixo Peso
> Percentil 18,5 e < Percentil 25	Adequado ou Eutrófico

Quadro 8.4.2.5. Fonte: adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995 *apud* Engstrom, 2002.

8.4.2.6 Hipertensos

Mudanças de hábitos são fundamentais para o controle da hipertensão, devendo ser incorporadas à rotina do indivíduo. Mesmo que tais mudanças não consigam levar a êxito o controle da doença, irão potencializar a atuação dos medicamentos. Estas mudanças são parte integrante do tratamento, cabendo ao profissional responsável pela coordenação deste, incentivar algumas atitudes, entre as quais as mais importantes são:

- controle do peso: controlar o consumo de calorias, sobretudo daquelas oriundas das gorduras;
- restrição de cloreto de sódio (sal de cozinha): é importante limitar o consumo de sal e alimentos industrializados, como enlatados, embutidos e condimentos, já que possuem uma quantidade apreciável de sal em suas composições;
- controle da ingestão de álcool: o ideal é que não haja consumo de álcool. Na medida em que isto não for possível, deve-se limitar a ingestão ao máximo.

8.4.2.7 Diabéticos

O cuidado nutricional neste grupo tem como objetivo ajudar o indivíduo a manter seus níveis de glicose sanguínea os mais próximos do normal, através de uma alimentação equilibrada, que também contribuirá para manutenção de níveis adequados de lipídeos plasmáticos.

- Controle do peso: controlar o consumo de calorias, sobretudo daquelas oriundas das gorduras, massas e pães;
- restrição ao açúcar refinado: evitar o consumo de açúcar refinado, mel e alimentos que os contenham;
- controle da ingestão de álcool: o ideal é que não haja consumo de álcool, limitando sua ingestão ao máximo.

Em situações de emergência, é importante considerar que as características do desastre, da população afetada e o local onde os desabrigados serão recebidos irá influir nas suas condições de bem-estar. O cuidado nutricional, nesta fase, será baseado principalmente na atenção aos grupos mais vulneráveis, sendo os demais grupos acompanhados apenas com relação ao consumo adequado dos nutrientes provenientes da ingestão diária das refeições fornecidas.

8.5 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

8.5.1 Introdução

O termo *Saúde Mental* é bastante amplo, sendo utilizado para nos remetermos às diferentes faces do processo saúde-doença e aos seus aspectos sociais, grandes influenciadores no bem-estar da população. Esse termo abrange patologias, manifestações emocionais que podem ser consideradas normais (como a ansiedade), condutas problemáticas (como a violência e o consumo de drogas), e o conjunto da dinâmica psicossocial individual e coletiva que se desenvolve em situações traumáticas, como as de desastre.

Dessa forma, quando falamos em ações de saúde mental, podemos estar nos referindo a diversos níveis: promoção, prevenção, atenção, tratamento e reabilitação. Elas também podem se dar em campos variados, como o da clínica, o das necessidades básicas, o da cidadania, entre outros. Nesta perspectiva, a visão da atenção à saúde mental não deve ser centrada somente no impacto traumático; deve ser ampla e dimensionar-se além do evento causador em questão.

Apesar de sua relevância, o tema da saúde mental em desastres ainda é pouco valorizado. Até 1985, quando ocorreram os desastres do México e da Colômbia¹⁷, não existiam praticamente estratégias de intervenção nessa área, não sendo ela vista como parte da resposta em situações de emergência.

A partir deles, passou-se a aceitar que, em situações de desastres naturais e emergências, não se produzem apenas mortes, enfermidades físicas e perdas econômicas, mas também uma série de afecções na saúde mental da população. Foram realizados, então, estudos detalhados para avaliar a morbidade psiquiátrica nessas condições, uma vez que se implementaram estratégias para o manejo dessa problemática pelos trabalhadores da rede de atenção primária de saúde. Reconheceu-se também a importância do trabalho com grupos e a utilização de espaços comunitários nas ações.

Ainda assim, a maior parte dos projetos em saúde mental era baseada somente na atenção psiquiátrica. Foi na década de 90 que passamos a observar claramente uma perspectiva que supera o critério curativo-assistencialista. É reconhecida a importância do componente psicossocial nas estratégias de intervenção, fortalece-se o conceito de gestão de risco e inicia-se a desmedicalização do problema.

Essa evolução – de um modelo biomédico com ênfase no tratamento medicamentoso e hospitalar para um modelo de cuidados à saúde mental por meio de uma atenção psicossocial – ocorre por conta de mudanças na compreensão e na abordagem no campo da saúde mental em geral, em especial na América Latina, com a significativa influência da reforma psiquiátrica¹⁸. Logo, nessa época, começaram a ocorrer: o desenvolvimento de programas de saúde mental, a descentralização dos serviços de atenção psiquiátrica, o deslocamento do hospital psiquiátrico como estrutura fundamental da atenção em saúde mental e a mudança de um modelo de atenção medicalizado e centrado no dano até outro, integral e de base comunitária.

¹⁷ Para maiores informações sobre esses desastres, consultar *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias* da Organização Pan-Americana de Saúde (2002).

¹⁸ Essa junção

– entre a saúde mental e a atenção psicossocial

– é feita no Brasil pela força da reforma psiquiátrica. No entanto, em outros países, nos quais a psiquiatria biológica é prevalente, separam-se esses campos, ficando a saúde mental vinculada às questões psiquiátricas e a atenção psicossocial a um campo multidisciplinar. As recentes edições do Projeto Esfera não cobrem a parte de saúde mental por conta desse desentendimento. No presente trabalho, defendemos a idéia de que esses campos estão estreitamente relacionados.

Em qualquer população desabrigada poderão existir doentes mentais crônicos e outras pessoas seriamente traumatizadas pelo conflito. Eles devem receber tratamento e proteção apropriados. Mas, para além disso, um evento traumático resulta em estresse e sofrimento, que terão um forte efeito nos sujeitos e na comunidade.

Essas reações são esperadas em eventos violentos e não devem ser consideradas doenças psiquiátricas. Portanto, cuidados psiquiátricos generalizados são inapropriados e devem ser evitados. Respostas que ocorram logo e de forma adequada são comprovadamente eficazes para a saúde mental, podendo limitar o impacto do evento, agilizando o retorno ao comportamento habitual.

Entretanto, depois da emergência propriamente dita, os problemas de saúde mental podem requerer atenção durante um período prolongado, quando os sobreviventes têm que enfrentar a tarefa de reconstruir suas vidas. Sendo assim, são necessários o aumento e a melhoria dos serviços de saúde mental de base comunitária, além de outras medidas com uma visão de médio e longo prazo. Alguns princípios de atuação - como modelos de intervenção assistencialista, pouco enfoque na prevenção e atendimentos clínicos individuais frente a grandes impactos na coletividade - dificultam bastante a atenção em um momento pós-traumático.

8.5.2 Problemas Psicossociais *versus* Patologias

Pesquisas mostram que, diante dos desastres, pelo menos metade da população exposta sofre alguma alteração psíquica (OPAS, 2002; NATIONAL CENTER FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, 2006). No entanto, é preciso enfatizar que nem todos os problemas psicossociais que se apresentam podem ser qualificados como patologias. A maioria deve ser compreendida como normal frente a situações de grande significação ou impacto.

O impacto psicossocial de um desastre é resultado de vários fatores que necessitam ser considerados apropriadamente. São eles: a causa e as características do evento, a implicação do sujeito (como a sua personalidade, suas experiências de vida e a habilidade para tolerar o estresse), as perdas ocorridas e o tipo de ajuda e suporte recebidos da família, da comunidade e de profissionais imediatamente após o trauma.

Vale destacar que, em um mesmo desastre, as reações vão ser diferentes e temos que estar alertas para não compará-las. Cada sujeito é único; vive e dá significados distintos às experiências atravessadas. Muitos se sentem melhor poucos meses após o trauma, alguns se

recuperam mais lentamente e outros não se recuperam sem ajuda. Em um abrigo, temos que poder olhar o geral (a comunidade, o contexto) sem perder o critério da singularidade das respostas humanas.

Logo, devemos levar em conta três grandes frentes da atenção psicossocial dentro do abrigo: alterações de comportamento que são consequências dos danos sofridos e do desamparo; transtornos psiquiátricos; e desordem social, como violência e consumo de drogas. Por essa gama de opções, os problemas psicossociais podem ser atendidos por pessoas não-especializadas, desde que conhecedoras dos processos comunitários e capacitadas para tal atuação¹⁹.

8.5.3 Fases das Respostas aos Desastres

Segundo o *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*²⁰, as reações dos sujeitos aos desastres podem ser, de um modo geral, organizadas em três fases. É interessante lembrar que todas elas têm sua importância para o processo de elaboração do ocorrido e que o tempo de duração de cada uma varia de pessoa para pessoa.

8.5.3.1 Fase do impacto

É a fase da resposta que ocorre imediatamente após o desastre, quando a maioria das pessoas responde apropriadamente, tentando proteger sua vida e a dos outros. Essas reações constituem o que alguns autores denominam fase heróica, na qual a solidariedade e o otimismo ocupam lugar de destaque. Contudo, durante a fase do impacto, há também pessoas que respondem de forma desorganizada - com distorções cognitivas e até dissociações (alterações do pensamento que caracterizam desorganização e incoerência) - não sendo capazes de se proteger. Esse comportamento pode ser estendido até o período do pós-desastre, o que acarreta um desamparo ainda maior.

8.5.3.2 Fase imediata do pós-desastre: recuo e resgate

Esta é a fase na qual se dão o recuo do impacto e o início do resgate das atividades habituais. Os primeiros efeitos na saúde mental - negação, apatia desorientação, ansiedade, medo, desespero, tristeza, entre outras - podem aparecer aqui. O sentimento de alívio por sobreviver também pode levar a uma passageira euforia. Porém, necessidades de retorno à vida cotidiana muitas vezes retardam essas reações, que, então, aparecerão na fase de recuperação.

¹⁹ O capítulo seguinte é dedicado a esses voluntários capacitados, os quais denominamos Agentes Psicossociais.

²⁰ Centro Nacional para Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

8.5.3.3 Fase da recuperação

A recuperação ocorre em um período prolongado de ajustamento e retorno ao equilíbrio anterior. O tempo depende da extensão da destruição (vidas, empregos e casas) e das condições mentais dos sujeitos e de suas famílias.

Essa fase pode se iniciar como uma lua-de-mel (com grande solidariedade e vontade de reconstruir), mas um período de desilusão logo se dará no enfrentamento da realidade. Outras necessidades (para além da sobrevivência e da segurança) irão se fazer presentes. As necessidades emocionais, por exemplo, talvez só apareçam durante essa fase. Sentimentos de raiva, solidão e frustração podem levar a comportamentos hostis. Contudo, os sujeitos podem ficar hesitantes em expressar tristeza ou medo por acharem que receberam os cuidados adequados ou que tiveram menos danos do que outros. Dessa forma, alguns problemas emocionais podem aparecer através de sintomas físicos (como distúrbios do sono, indigestão e fadiga) ou sociais (como dificuldades de relacionamentos e uso de drogas).

Quanto mais rápido for o período de desilusão, antes chegará a etapa na qual a reconstrução é realmente alcançada. Aqui, a aceitação das perdas e a avaliação da situação possibilitam a busca de alternativas para os problemas passados.

8.5.4 Reações Esperadas

Identificando as mudanças no comportamento do sujeito após um trauma e a forma como ele está lidando com elas, podemos tomar medidas que aliviem os sintomas, amenizem o sofrimento e diminuam as chances do desenvolvimento de uma patologia.

Apesar das reações serem singulares, existem algumas que são mais frequentes após um desastre. São sintomas físicos, psíquicos, cognitivos e sociais que ocorrem em uma ou mais das diferentes fases vistas acima.

8.5.4.1 Estresse

O estresse é uma reação do organismo que ocorre quando ele precisa lidar com situações que exijam um grande esforço emocional para serem superadas. Quanto mais a situação durar ou quanto mais grave ela for, mais estressada a pessoa pode ficar. Existem quatro estágios de desenvolvimento:

- **Fase de alerta**

Essa é a fase boa do estresse, na qual a maior produção de adrenalina aumenta a energia e o vigor, propiciando grande produtividade. Durante essa fase, pode-se também sentir: euforia; dificuldade para dormir; tensão ou dor muscular; azia; irritabilidade; sensibilidade excessiva; ansiedade e inquietação.

Se o que causou o estresse desaparecer, o processo tem fim sem seqüelas. Porém, se o estressor continua, entra-se no estágio de resistência, pois ninguém consegue ficar em alerta por muito tempo.

- **Fase da resistência**

Essa é a etapa na qual se tenta resistir ao estresse. Esse esforço faz surgirem dois importantes sintomas: problemas de memória e muito cansaço. A energia diminui e o sono se normaliza. Se o esforço dispensado for o suficiente para lidar com a situação, o processo de estresse se interrompe.

- **Fase da quase-exaustão**

Essa fase ocorre quando não se consegue resistir ou se adaptar e o organismo começa a sofrer um colapso gradual. Os sintomas são: insônia; cansaço mental; dificuldade de concentração; perda de memória imediata; embotamento emocional; falta de criatividade e diminuição da produtividade; impotência ou perda do desejo sexual; infecções ginecológicas; doenças de pele; queda de cabelo; gastrite ou úlcera; alterações de peso; apatia; ansiedade; crises de pânico; alterações dos níveis de pressão arterial, colesterol e triglicerídeos; e distúrbios de menstruação.

- **Fase de exaustão**

Essa é a fase mais preocupante do estresse. A pessoa necessita de ajuda médica e psicológica para se recuperar. Nessa etapa, o sujeito: perde o sono; perde o desejo sexual; não produz, pois não tem interesse nem concentração para tal; está desgastado e com o seu sistema imunológico gravemente afetado; não se socializa e perde o senso de humor. Em casos mais graves, a pessoa pode ter vontade de morrer.

OBS.: É importante destacar que essas fases não se sobrepõem às de respostas ao desastre. A pessoa pode, por exemplo, ficar estressada apenas na fase do pós-desastre, desenvolvendo, aí, as fases de alerta e resistência do estresse.

8.5.4.2 Medo e ansiedade

Essas são respostas bastante comuns e naturais para uma situação de perigo. O medo é um sentimento de inquietação frente a uma ameaça real ou imaginária. A ansiedade é um sentimento relacionado à previsão de situações desagradáveis e que pode ser acompanhado de sintomas físicos (palpitação, sudorese, taquicardia, entre outros). Para pessoas que tiveram sua visão de mundo e sensação de segurança alterados, a ansiedade deverá levar mais tempo para cessar. Esses sentimentos geralmente aparecem quando o sujeito lembra do ocorrido, mesmo sem se dar conta (por um cheiro, barulho ou local, por exemplo). Podem ocorrer crises de pânico, com os sintomas físicos, como dificuldade para respirar, sudorese, calafrios, aumento da pressão sanguínea, palpitações e taquicardia.

8.5.4.3 Re-experimentação do trauma

O sujeito vive de novo as mesmas experiências emocionais e físicas que ocorreram durante e logo após o desastre, tendo a constante sensação de perigo. Ele pode ter pensamentos não desejados (intrusivos) sobre o trauma - como *flashbacks*²¹ e imagens muito vívidas - e achar-se incapaz de controlá-los. Pesadelos também são comuns. Esses sintomas ocorrem porque a experiência traumática foi tão chocante e diferente das experiências cotidianas que, para entender e dar sentido ao que aconteceu, a mente do sujeito traz repetidamente sua lembrança à memória. Entretanto, quando esses sintomas tomam muita força, podem se tornar prejudiciais à vida do sujeito.

8.5.4.4 Aumento da agitação

Vários sintomas se incluem nessa categoria: nervosismo, tremor, fraqueza, impaciência, irritabilidade, desorientação, dificuldade de concentração, problemas relacionados ao sono, sensação de estar em constante perigo. Todos eles, e em especial o alerta constante, causam fadiga e elevam o nível do estresse.

²¹ Lembranças passadas.

8.5.4.5 Evitação

É uma maneira habitual, mas nem sempre consciente, de lidar com a dor relacionada ao trauma. O mais comum é o sujeito evitar situações que o levem a lembrar do desastre, como o lugar que ele aconteceu. Muitas vezes, sente-se a necessidade de estar sozinho. Essa defesa pode levar a um estranhamento ou desligamento da realidade, ao embotamento afetivo ou a esquecimentos de parte da situação vivida (sintomas mais graves, conforme indicaremos adiante). Há chance de existir necessidade de tratamento e o sujeito negar-se a realizá-lo.

8.5.4.6 Raiva

Esse sentimento pode surgir de uma sensação de injustiça, mas, geralmente, é direcionado também a pessoas próximas. Como nessa fase há problemas para controlar a emoção, se o sujeito não é usualmente agressivo, pode se assustar com suas próprias reações.

8.5.4.7 Vergonha e culpa

Muitas pessoas se acusam por coisas que fizeram - e acham que não deveriam ter feito no momento do desastre. Ou, ao contrário, se envergonham por alguma falta de atitude que imaginam que deixaria a situação melhor. Nesse contexto, sentir culpa significa que está se tomando responsabilidade pelo ocorrido. Por um lado, isso aumenta a sensação de controle; por outro, leva ao sentimento de desamparo e à depressão. O sujeito pode também tentar achar um outro culpado para sua dor. Nesse caso, é o sentimento de impotência que prevalece.

8.5.4.8 Sofrimento

Podem estar presentes os sentimentos de frustração, tristeza, desesperança e desânimo. O sujeito pode chorar com mais frequência e perder o interesse por pessoas e atividades que costumava gostar. Os planos para o futuro perdem o sentido e a razão de viver fica abalada.

8.5.5 Reações Alarmantes

Algumas respostas aos desastres são menos comuns e mais alarmantes, podendo indicar que o sujeito está precisando da assistência de um profissional de saúde mental, como um psiquiatra ou um psicólogo. A saber:

- **dissociações severas:** sentimento de irreabilidade do mundo, não reconhecimento do próprio corpo, problemas de identidade e amnésia.

- **re-experiências demasiadamente intrusivas:** lembranças assustadoras ou pesadelos que se repetem de forma a paralisar o sujeito.
- **evitações extremas:** embotamento afetivo, fobia social ou agorafobia (medo intenso de estar em espaços amplos ou dos quais seja difícil escapar).
- **ansiedade generalizada:** preocupações constantes, sintomas obsessivos, nervosismo paralisante, medo de perder o controle ou enlouquecer.
- **episódios de pânico:** medo de morrer associado aos sintomas físicos de dificuldade para respirar, sudorese, calafrios, aumento da pressão sanguínea, palpitações e taquicardia.
- **depressão:** grande apatia, falta de prazer em viver, sentimento de auto-piedade e inutilidade.
- **abuso de substâncias:** dependência de álcool, medicamentos ou drogas ilícitas.
- **sintomas psicóticos:** delírios (alteração do pensamento que leva à formulação de idéias falsas, que, apesar de contradizerem as evidências, são inacessíveis a críticas) e alucinações (percepção nítida de um objeto – vozes, ruídos, imagens – sem a presença real do objeto).
- **idéias suicidas:** falas repetidas sobre se matar ou fazer mal pra si mesmo e tentativas desses atos.

8.5.6 Reações dos Grupos de Risco

Os grupos de risco são os que têm maiores dificuldades para reconstruir suas vidas depois dos desastres. Dentro dos grupos populacionais com maior vulnerabilidade psicossocial, vamos nos referir especificamente às mulheres, às crianças e aos adolescentes.

▪ Mulheres

As mulheres têm maior vulnerabilidade por serem mais propensas ao dano, às perdas e ao sofrimento nas situações de desastre, caracterizadas pela luta da preservação da vida, subsistência e proteção da família. Muitas vezes, sendo as únicas responsáveis pelo núcleo familiar, cumprem sozinhas esse papel. Isso requer muita energia física e grande desgaste psicológico, propiciando uma elevação do nível de estresse.

Outra questão que aponta para sua vulnerabilidade diz respeito à violência que sofrem de seus companheiros. Os sentimentos de perda e frustração exacerbam reações de raiva e agressividade do sujeito em relação a pessoas próximas, o que pode aumentar o sofrimento de mulheres e crianças.

Esse grupo é, por suas características psicológicas, mais propenso à Depressão e ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, duas das principais patologias psíquicas que podem se desenvolver após um trauma.

▪ **Crianças**

As crianças são mais vulneráveis devido à menor percepção de risco que possuem e à maior dependência de terceiros. A mudança para um abrigo, além de provocar uma interrupção na rotina de vida de uma criança, faz com que ela fique insegura por estar privada de seus parentes e amigos, de seus brinquedos e de tudo o que lhe é familiar. Essas mudanças, juntamente com o não entendimento da situação, podem acarretar grande tristeza e medo, o que dificultará a aceitação do ocorrido, sua recuperação e seu desenvolvimento psicossocial.

As crianças afetadas têm certos sintomas específicos que devem ser lembrados. Os mais comuns, fora os citados acima, são: agitação, ansiedade, irritabilidade, agressividade, timidez e isolamento, conflitos com a autoridade, enurese noturna (urinar ao dormir) e dificuldades para aprender. Existem também alguns que podem ser divididos por faixas etárias.

* De 1 a 7 anos:

Falta de apetite, passividade, medo generalizado, pesadelos, comportamento regressivo e angústia.

* De 8 a 11 anos:

Sentimento de culpa, alterações no sono, preocupações com pessoas significativas, mudanças bruscas de comportamento e falta de controle emocional.

▪ **Adolescentes**

A vulnerabilidade dos adolescentes está diretamente relacionada com a fase da vida que estão vivendo. A adolescência é uma fase de descobertas, negações e novas identificações, o que propicia angústia e, muitas vezes, revolta. Nessa época, os valores são repensados e o desejo de transgredir associa-se ao sentimento de onipotência para testar limites e chamar a atenção da sociedade.

Em uma situação de desastre, esses sentimentos desencadeiam em alguns sintomas, como culpa, desinteresse pela vida, sensação de impotência, desejos de vingança, condutas anti-sociais e condutas auto-destrutivas.

8.5.7 Reações Frequentes dos Membros de Resposta

Como veremos no capítulo seguinte, propomos que as intervenções realizadas com enfoque na atenção psicossocial sejam realizadas, principalmente, por agentes capacitados na área. Essa equipe estará à frente das ações, cuidando diretamente das necessidades sociais e da saúde mental dos desabrigados. Os Agentes Psicossociais terão apoio, supervisão e assessoria⁶ de uma equipe técnica de psicólogos e assistentes sociais da Prefeitura local.

De toda a equipe envolvida no trabalho de um abrigo, os que permanecem mais tempo lidando com a população desabrigada e seus problemas têm mais chances de saírem da situação afetados. Falando de forma mais específica (mas sem descartar o aparecimento também de sintomas que citamos acima como “esperados” ou “alarmantes” para os sujeitos que sofreram o evento traumático), esses trabalhadores podem desenvolver certas dificuldades ao regressar à sua vida cotidiana. Alguns exemplos:

- conflitos com a família e com companheiros de trabalho;
- mudanças repentinas de humor e no estilo de vida;
- sentimentos de inquietude e frustração ao voltar ao seu trabalho rotineiro;
- distanciamento das pessoas;
- tendência à hiperatividade e à hipervigilância;
- cansaço e sinais de alerta por estresse acumulado;
- desejo de controlar e solucionar tudo;
- problemas de comunicação;
- identificação com a experiência traumática do outro;
- dificuldade para a elaboração da experiência.

Não existe nenhum tipo de treinamento ou preparação prévia que possa eliminar completamente a possibilidade de uma pessoa que trabalha com desabrigados apresentar mudanças de comportamento ou abalos emocionais. Mas alguns fatores de risco aumentam a possibilidade dessas pessoas desenvolverem transtornos psíquicos, sendo em cima deles que podemos agir para evitar o adoecimento neste grupo, quais sejam:

- falta de preparo ou de capacidade para realizar esse tipo de trabalho;
- exposição simultânea a outras situações particulares estressantes;
- antecedentes de transtornos físicos ou psíquicos;

- condições de vida desfavoráveis, como a pobreza e o desemprego;
- exposição prolongada, durante a emergência, a situações de estresse ou vivência de experiências muito traumáticas;
- problemas organizacionais, como rigidez nas regras e nos limites do trabalho e elevado número de demandas.

No que diz respeito à equipe de trabalho como um todo, podemos perceber sinais de estresse quando há problemas nas dinâmicas internas – comunicação, tomada de decisões, conflitos interpessoais, entre outros - ou quando se formam subgrupos ou alianças de favorecimento dentro do abrigo.

8.5.8 Transtornos

Como dissemos anteriormente, alguns sujeitos chegam a desenvolver patologias após o evento traumático. Os principais transtornos psíquicos observados nessas situações são o Transtorno Depressivo e/ou de Ansiedade, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático e o Transtorno de Estresse Agudo (OPAS, 2002). No entanto, antes de nos referirmos a estes, passaremos por alguns outros que, apesar de com menor frequência, também podem estar presentes após o desastre²².

8.5.8.1 Transtornos dissociativos ou de conversão

A apresentação desse transtorno pode ser súbita e está diretamente relacionada com as circunstâncias vividas. As manifestações clínicas principais são sintomas físicos pouco frequentes e sem causa biológica aparente. Eles podem ser variáveis, normalmente desaparecem rápido e sem deixar seqüela. A saber:

- Ataques epiléptiformes;
- Excitação e agitação;
- Amnésia;
- Estado de transe;
- Perda de consciência;
- Anestesia;
- Alucinações visuais;
- Paralisia;
- Afonia;
- Confusão de identidade.

²² É importante ressaltar que, para fins deste manual, não apresentaremos todos os critérios diagnósticos para essas patologias e que, desta forma, não estamos dando instrumentos suficientes para ser feito um diagnóstico. Para tal, é necessária a avaliação contínua do indivíduo, realizada por profissionais de saúde mental competentes.

8.5.8.2 Transtorno psicótico agudo

A maioria dos estudos epidemiológicos realizados não tem encontrado um aumento significativo das psicoses²³ em situações de desastre, exceto como irrupções de transtornos pré-existent. Entretanto, devemos estar preparados para assistir esses sujeitos, caso necessário.

Em uma pequena parte dos casos, esses quadros são desencadeados por causas orgânicas, como epilepsia, intoxicação ou abstinência de drogas, infecções e traumatismo craniano. Nessa situação, deve-se atender primeiramente à doença de base. Podem também ser reações agudas que evoluem rapidamente até a cura, mas, geralmente, são episódios de um transtorno de larga evolução. As expressões mais comuns são:

- alucinações (visuais e auditivas);
- idéias delirantes;
- confusão mental;
- temor e desconfiança;
- atividade excessiva e extravagante;
- retraimento;
- linguagem desorganizada;
- respostas emocionais exageradas e instabilidade emocional.

8.5.8.3 Estados de pânico

O pânico é uma resposta desproporcionada que tende a propagar-se. O pânico coletivo é pouco freqüente, aparecendo mais em algumas situações específicas (como ataques terroristas). Ele se instala de maneira brusca ou progressiva e se caracteriza por um alto nível de tensão e angústia que se torna anormal e incontrolável. Há uma desorganização da conduta, o que pode levar à violência. O mais comum é que as pessoas manifestem ansiedade, temor, inquietude ou insegurança, sem que o quadro chegue a configurar um estado de pânico.

Do ponto de vista do indivíduo, a Síndrome do Pânico é um quadro que se inicia bruscamente, alcançando sua máxima intensidade em segundos, e tem duração de minutos. O diagnóstico é sugerido pela presença de alguns dos seguintes sintomas:

- Somáticos: palpitações, calafrios, tremores, securas na boca, dificuldade para respirar, dores no peito, ondas de calor, formigamento, náuseas e desmaios.
- Psíquicos: angústia ou tensão extrema, sensação de perda do controle e medo de morrer.

8.5.8.4 Transtorno depressivo e de ansiedade

O sujeito apresenta uma grande variedade de sintomas psíquicos ou físicos relacionados com angústia, frustração e tristeza. A patologia tem causas múltiplas e pode se manifestar em forma de crise aguda, o que requer uma atenção de emergência. As expressões mais freqüentes são:

²³ As psicoses são, na linguagem popular, quadros de loucura.

- pouco ânimo ou tristeza;
- perda de interesse pela vida;
- ansiedade ou nervosismo;
- inquietude;
- transtornos do sono;
- cansaço ou perda de energia;
- falta de concentração;
- alterações de apetite;
- idéias suicidas;
- perda ou diminuição do desejo sexual;
- tremores, palpitações e secura na boca.

8.5.8.5 Transtorno do estresse agudo

As reações agudas de estresse em algumas pessoas são graves suficientes para podermos classificá-las como um transtorno. Esse quadro aparece como consequência da exposição ao evento traumático. De acordo com o nível de intensidade e presença dos sintomas, classifica-se em leve, moderado ou grave. Para se obter esse diagnóstico, as manifestações clínicas devem ocorrer entre dois dias e quatro semanas após o trauma. São elas:

- sintomas dissociativos;
- sintomas de re-experimentação do trauma;
- sintomas de evitação;
- sintomas de ansiedade generalizada²⁴.

8.5.8.6 Transtorno do estresse pós-traumático

Hoje em dia, esse é o diagnóstico mais frequente nas situações de desastre. É um transtorno mental resultado da exposição a um evento traumático. O sujeito deve ter experimentado ou testemunhado eventos que envolvam morte ou ameaça à sua integridade física ou a de outras pessoas e ter respondido a eles com medo ou debilidade. Eventos estressantes do dia-a-dia (como divórcios ou crises financeiras) não são considerados traumáticos suficientes para desencadear essa patologia.

Conforme o *National Center of Post-Traumatic Stress Disorder*, a porcentagem de sujeitos que continuarão a ter problemas graves depois de situações traumáticas e que desenvolverão esse transtorno é de 4-5%. Influem para sua ocorrência, além das características do evento (intensidade, duração e tipo da exposição), os fatores de risco de cada indivíduo para o seu desenvolvimento, quais sejam: criança ou idoso; baixo grau de instrução; gravidade da reação

²⁴ Para exemplos, ver item 8.5.5

inicial; problemas de conduta anteriores; adversidades na infância; história familiar de doença mental; pouco suporte social após o trauma; personalidade com características pessimistas.

Os sintomas característicos são os mesmos do Transtorno do Estresse Agudo. Mas, para este diagnóstico, os sintomas devem durar pelo menos um mês e terem influência nos meios social e ocupacional do sujeito. Não necessariamente o Transtorno do Estresse Pós-Traumático se desenvolve imediatamente após o trauma, podendo demorar até anos para aparecer. Alguns manuais²⁵ avaliam também que só podemos obter esse diagnóstico passados seis meses do evento desencadeador (antes, as reações ainda poderiam ser consideradas apenas “alarmantes”).²⁶

8.5.9 Intervenções Apropriadas

As abordagens de saúde mental devem estar de acordo com as características psicossociais da comunidade no momento da avaliação. Isto é, ao desenhar as estratégias de intervenção em um abrigo, é preciso levar em consideração os aspectos sócio-culturais (como tradições e valores), os grupos etários e o gênero da população.

Quando pensamos nessas estratégias, elaboramos um plano de atenção psicossocial que deve buscar diminuir o risco de problemas psicossociais da população, bem como prevenir e manejar os transtornos psíquicos que se apresentem como consequência direta ou indireta do desastre.

Para tal, é recomendado que os agentes psicossociais pratiquem diversas técnicas de abordagem, proponham ações psico-educativas que favoreçam a expressão de vivências e sentimentos, satisfaçam as necessidades concretas dos desabrigados e gerem ambientes seguros.²⁷

As ações que são desenvolvidas em um primeiro momento depois do evento traumático (fase do impacto) têm prioridades diferentes das que se desenvolvem a médio e longo prazo, como parte das fases do pós-desastre e da recuperação. No período crítico, o principal para a população é sua segurança pessoal e familiar e a satisfação de suas necessidades básicas.

Em seguida (e constantemente), deve-se prover informações de forma adequada e sistemática e identificar quais são os problemas psicossociais presentes. Para isso, é necessário que sejam criados espaços comunitários para discussão sobre o impacto do ocorrido, assim como para organizar coletivamente propostas de atuação. Quando possível, é também de grande valor escutar as demandas dos sujeitos individualmente, já que parte deles não vai conseguir ou querer expô-las em grupo.

²⁵ Como exemplo: *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias* da Organização Pan-Americana de Saúde (2002).

²⁶ A conduta suicida não é tão freqüente quanto à ideação, mas a avaliação de risco é sempre complexa. Alguns fatores aumentam sua chance de ocorrência: idéias suicidas persistentes; tentativa anterior de suicídio; existência prévia de transtornos psíquicos, em especial depressão intensa e persistente; perdas de grande magnitude; falta de apoio familiar e social; consumo de álcool ou outras substâncias; dificuldades sócio-econômicas; doenças crônicas.

²⁷ Vale ressaltar que todas as estratégias que serão resumidamente comentadas aqui estarão melhor descritas e devidamente separadas no item 9.4, “Funções do Agente Psicossocial”, do capítulo 9.

A proposta de grupos de reflexão e de apoio mútuo vai ao encontro não só da identificação dos problemas, mas também da implicação da comunidade no seu próprio processo de elaboração das perdas e reconstrução da vida. A recuperação dos sujeitos está estreitamente vinculada a um sentimento de capacidade, instigado pelo apoio e incentivo de quem está à sua volta. A escuta dos sujeitos, por sua vez, tem, paralelamente, a função de acolhimento, fundamental à melhora dos sintomas e à diminuição do sofrimento.

Prover assistência direta no local permite agir preventivamente em relação à instalação de transtornos mais graves. Só deverão ser encaminhados à assistência clínica aqueles casos que, pela intensidade ou particularidade dos sintomas, não possam ser acompanhados no local (a assistência ali não seria suficiente). Para esse encaminhamento ser feito de forma rápida e confiável, é fundamental conhecer, ainda na fase de planejamento, os recursos disponíveis da Secretaria Municipal de Saúde local, na área da saúde mental.

Além do que dissemos acima, algumas recomendações podem ser úteis aos agentes e à equipe técnica encarregados de realizar a atenção psicossocial:

- instruir os desabrigados sobre suas manifestações sintomáticas para que possam ficar menos assustados, saber manejá-las melhor e até pedir ajuda, caso julguem necessário. A maioria das pessoas não tem conhecimento dos efeitos do evento traumático e, por isso, não entende o que está acontecendo;
- estabelecer uma relação de confiança com os desabrigados. Só assim o diálogo vai se estabelecer e a escuta vai ter um efeito terapêutico;
- aceitar que a dor do sujeito existe e que ela precisa de tempo para se modificar. Não deve-se dizer que está tudo bem ou impedir que o desabrigado chore;
- incentivar os adultos e as crianças a voltarem às suas atividades cotidianas;
- ajudar na busca de alternativas para enfrentar os problemas;
- favorecer o relacionamento com pessoas próximas, evitando a separação de famílias;
- não focalizar as conversas diretamente no evento traumático, permitindo que o sujeito observe outros fatores de sua vida;
- estimular os desabrigados a participarem de atividades sociais dentro do abrigo, enfatizado a responsabilidade individual e coletiva ;
- controlar os atos violentos e a desorganização social para evitar sua propagação;
- avaliar cuidadosamente e acompanhar, dentro do possível, o processo de retorno à vida cotidiana;
- realizar atividades educativas com os adultos, com finalidade de promover integração social e adaptação à nova realidade;

- promover o desenvolvimento de atividades lúdicas com crianças, que propiciem a socialização, a expressão dos sentimentos e a elaboração dos acontecimentos traumáticos;
- falar com as crianças sobre o desastre e as perdas que o envolvem de forma clara e honesta, mas com empatia e demonstrando apoio;
- identificar pessoas com reações alarmantes e oferecer uma atenção especial a elas;
- evitar que os sujeitos tenham ganhos secundários por conta de seus sintomas, mas recomendar um breve período de descanso das atividades habituais;
- não incentivar a tomada de decisões em pacientes muito ansiosos ou deprimidos;
- no caso de surtos psicóticos, não discutir sobre os conteúdos irreais ou inadequados do pensamento;
- no caso de crises de pânico, acompanhar o sujeito até o fim do episódio, orientando-o a praticar respiração lenta e prolongada;
- no caso de tentativa de suicídio, conversar com o sujeito e avaliar a situação ocorrida em conjunto, não criticando sua conduta.

OBS:

1) Todos os transtornos psíquicos devem ser acompanhados pelo Serviço de Saúde Mental do município. Em caso de desconfiança do diagnóstico, o agente deve tomar as medidas cabíveis para que o sujeito seja avaliado e, caso necessário, devidamente tratado (com terapia e medicamentos apropriados). Sua permanência ou não no abrigo dependerá de suas condições mentais e da possibilidade de conviver naquele ambiente.

2) A disposição das famílias no abrigo é uma intervenção imediata e prioritária, pois manter os familiares juntos possibilita o aumento do acolhimento oferecido, diminuindo a probabilidade do desencadeamento de transtornos mentais. Para maiores explicações a respeito da importância dessa posição, ver o item “Dispositivo das Famílias” no capítulo 8 que se refere à Recepção, Triagem e Rotina.

OS AGENTES PSICOSSOCIAIS



*Gabriela Franco Dias Lyra
Elaine Vasconcelos de Andrade
Mônica dos Santos Mascarenhas
Cláudia Valentim Alves
Fátima Pereira Machado
Andréa Ribeiro Gaspar*

9.1 INTRODUÇÃO

Consideramos desastre como a situação gerada por um evento adverso que provoca danos que ultrapassam, em grande parte, a capacidade de resposta da comunidade. Na ordem individual, definimos trauma como a situação gerada por um evento vital que ultrapassa a capacidade emocional de resposta do ser humano (seus mecanismos de defesa se mostram insuficientes, produzindo-se desequilíbrios e transtornos de toda espécie). Além do dano psicológico, no contexto de um desastre, deve-se visualizar o dano social (desmoralização, destruição dos modos de vida tradicionais e desestruturação das comunidades).

Conforme já enunciado no capítulo anterior, os desastres e as emergências não produzem apenas mortes, enfermidades físicas e perdas econômicas, mas também uma série de afecções na saúde mental da população. Assim, além de levar em conta os aspectos de atenção à saúde física e às perdas materiais, é preciso compreender o contexto social e as consequências psicológicas do evento em questão. Por essa razão, consideramos imprescindível introduzir a Atenção Psicossocial nos planos de implementação dos abrigos.

O termo psicossocial vem sendo utilizado para traduzir a gama e a dinâmica das manifestações psicológicas e sociais que surgem em situações de desastre. O termo é mais usado com uma visão humanista do que sanitária, ou seja, ele não é mencionado apenas para se referir a patologias, mas também a problemas comuns e esperados diante de um evento traumático.

Nas circunstâncias que envolvem o desastre, a necessidade da atenção psicossocial é especialmente importante devido ao estresse ao qual a população está submetida e às suas consequências, como o aumento da violência e de outras condutas anti-sociais. Dito de outro

modo, a atenção psicossocial no abrigo visa minimizar os problemas de ordem psicológica e social, introduzindo a busca pela saúde mental nos cuidados com a saúde.

No caso de uma população desabrigada, as estratégias de intervenção têm que levar em consideração, além do atendimento às necessidades imediatas, o fator humano envolvido, isto é, o desamparo de pessoas que perderam parentes, pertences e conquistas de forma repentina e que não têm como lidar com isso sem o apoio do outro.

Vale nos atentarmos para o fato de que as populações desabrigadas durante longo período sofrem maiores problemas psicossociais. Esse fato é agravado por serem as comunidades pobres as mais vulneráveis às situações de desastre e a um maior tempo de permanência no abrigo (já que vivem de forma precária), tendo acesso limitado aos serviços sociais e de saúde.

Por tudo o que falamos anteriormente, seria ideal que, em um abrigo, tivéssemos, de forma permanente, uma equipe técnica (com médicos, assistentes sociais, psicólogos, recreadores, entre outros profissionais) pronta e capacitada para atuar. Porém, sabemos que a realidade de muitos municípios inviabiliza tal proposta. Nesse sentido, e baseados na literatura inclusive de países desenvolvidos, afirmamos que pessoal e serviço especializados não são imprescindíveis a ações de atenção psicossocial.

É importante ter uma equipe especializada de forma central (que sirva para supervisionar e assessorar), mas também é fundamental ter, no local do desastre, grupos de ação imediata que tenham sido instruídos e estejam familiarizados com a cultura local. Voluntários previamente capacitados aumentam, em muito, o nível de resolução das ações de coordenação e organização dos abrigos. É nessa direção que se dá a proposta do Agente Psicossocial.

9.2 QUEM É O AGENTE PSICOSSOCIAL DO ABRIGO?

É um voluntário capacitado para atuar em situações de desastres, prestando apoio social e psicológico às comunidades desabrigadas. É uma pessoa fundamental na organização e funcionamento do abrigo. Sua atuação tem por objetivo reduzir o impacto psicossocial proveniente dos desastres através de um trabalho (em conjunto com a equipe técnica do abrigo) que viabilize a informação e contribua para o retorno das famílias à vida cotidiana, identificando recursos pessoais e coletivos que facilitem a adaptação eficaz e diminuam a dependência externa.

Esse Agente deve ser uma pessoa sensível às questões que envolvam as comunidades em que irá atuar. O êxito de seu trabalho depende, não somente de um treinamento com profissionais

especializados, mas, principalmente, do grau de empatia e confiança que irá estabelecer com as famílias desabrigadas.

Ele é parte integrante da equipe do abrigo e tem que estar atualizado sobre todas as questões e decisões que dizem respeito ao funcionamento do abrigo. Devido à sua importância, alguns critérios são fundamentais para a escolha do Agente, que deverá ser feita, preferencialmente, pela coordenação da COMDEC:

- grau de escolaridade mínimo: Ensino Fundamental completo;
- idade mínima: 21 anos;
- de preferência, conhecedor das comunidades nas quais irá atuar;
- pessoas com determinadas habilidades são indicadas para a realização deste trabalho, tais como: profissionais da área da saúde, professores, pessoas ou grupos que realizam trabalhos missionários (igrejas, entidades filantrópicas), líderes comunitários, entre outras.

9.3 ORGANIZAÇÃO DOS AGENTES PSICOSSOCIAIS NO ABRIGO

O agente tem sob sua responsabilidade diversas funções a desempenhar. Para tanto, é fundamental que seja estabelecida uma organização entre os mesmos de tal forma que seja possível controlar as atividades em curso e alcançar os objetivos estabelecidos pela Coordenação.

O tipo de organização a ser implementado dependerá das características do grupo a ser atendido (idade, condição social, nível de instrução), bem como das peculiaridades do evento que lhes tenha levado à condição de desabrigados (intensidade do desastre, situação das moradias, número de pessoas afetadas).

De um modo geral, devemos considerar que qualquer ser humano (e os Agentes não podem fugir à regra) tem limitações quanto à quantidade de tarefas que, simultaneamente, são capazes de conduzir e controlar. Assim, sugerimos que o número mínimo de Agentes em qualquer abrigo seja de 03 (três), de forma a permitir a divisão das funções acima mencionadas. Consideramos, ainda, que o ideal seja a atribuição de 01 (um) Agente para cada 10 (dez) desabrigados, sendo a carga-horária de trabalho estipulada pela coordenação do abrigo.

9.4 FUNÇÕES DOS AGENTES PSICOSSOCIAIS NO ABRIGO

9.4.1 Realizar Entrevistas com Todas as Famílias Desabrigadas

A entrevista consiste numa conversa direcionada à família desabrigada com o objetivo de coletar dados, orientar sobre os direitos e deveres no abrigo e, principalmente, estabelecer uma

relação de confiança entre a família desabrigada e o Agente Psicossocial. A entrevista faz parte da triagem social e não deve ser descartada, pois é a partir dessa conversa que se inicia o processo de retorno das famílias às suas vidas cotidianas. No anexo IX do Capítulo de Recepção, Triagem e Rotina do Abrigo foram apresentados o modelo de formulário e o roteiro de entrevista.

9.4.2 Viabilizar o Retorno das Famílias à Vida Cotidiana

O retorno das famílias às suas vidas cotidianas é matéria de grande importância para quem administra um abrigo e está diretamente vinculado ao encerramento das atividades no local. A posição do Agente Psicossocial é estratégica, pois é ele que auxiliará as famílias neste processo e, ao mesmo tempo, orientará sobre a condição temporária do abrigo.

As ações para o retorno das famílias devem começar tão logo se iniciem as atividades do abrigo. O principal instrumento que viabilizará um mapeamento sobre as condições das famílias afetadas é a entrevista, que dará ao Agente uma direção sobre cada situação. As principais possibilidades de ação são:

- **O retorno ao local de moradia**

Nessa situação, é necessário avaliar os danos causados ao patrimônio a fim de verificar as condições do local. Cabe ao Agente Psicossocial, além de incentivar a família a agir na reconstrução do cenário destruído, repassar as informações para a equipe técnica a fim de que esta capte recursos locais que viabilizem o retorno imediato da família ao seu local de moradia.

- **O encaminhamento das famílias a residências de familiares, amigos, entre outras redes**

Nesse caso, é importante verificar se as famílias afetadas contam com alguma rede de solidariedade (como familiares, amigos, grupos de igrejas, empregador) que possa acolhê-las por um determinado prazo até que suas moradias estejam em condições de recebê-las ou que tenham um local definido pelo poder público para hospedá-las.

No momento da entrevista, o Agente Psicossocial deve questionar a família sobre essa possibilidade e, posteriormente, repassar as informações para a equipe técnica, objetivando contactar a rede sugerida para verificar a viabilidade de transferência das mesmas. É fundamental sinalizar que a família afetada tem que estar em acordo com esta possibilidade, não devendo o contato ser realizado, caso a família não concorde.

A transferência das famílias afetadas para residências de outras pessoas não encerra a obrigação do poder público. Elas devem ser assistidas até que consigam se restabelecer. Cabe ao Agente Psicossocial fazer um relato da situação da família e encaminhar para a equipe técnica do abrigo, que deverá repassá-lo para o poder público local, a fim de que as medidas cabíveis sejam tomadas. A viabilização de recursos materiais, como cestas básicas, roupas, remédios, bem como a inserção da família em algum programa de assistência do município, podem contribuir para reduzir os danos causados pelo desastre.

▪ **O encaminhamento das famílias a abrigos municipais ou a residências disponibilizadas pelo poder público**

Esse é o último recurso a ser disponibilizado, ou seja, é o recurso acionado quando todos outros já se esgotaram. Geralmente, famílias que perderam tudo e que vivem em condições precárias de sobrevivência são as que mais tempo permanecem no abrigo e as que mais necessitam de assistência. Assim, é necessário que essas famílias sejam logo identificadas, para não prejudicar a previsão de encerramento das atividades no abrigo. Cabe à equipe técnica informar a situação dessas famílias ao poder público local para que este possa integrá-las a programas de assistência, programas de habitação para aquisição ou reconstrução da casa ou, até mesmo, providenciar a transferência para abrigos municipais enquanto não se viabiliza uma medida mais adequada.

9.4.3 Realizar os Primeiros Cuidados Psicossociais

Como vimos na parte destinada à Saúde Mental e à Atenção Psicossocial, grande parte das pessoas que passam por eventos traumáticos manifesta, em decorrência, alguma mudança de comportamento que pode ser considerada normal. Por isso, é fundamental sabermos que, quanto mais cedo forem realizados os primeiros cuidados com a pessoa que sofreu o trauma, maiores serão as chances de suas reações não se tornarem patologias graves. A intervenção durante o momento de crise pode deter o processo agudo de descompensação psicológica, diminuindo as manifestações sintomáticas e aliviando o sofrimento. Com isso, também pode ser evitado um estresse adicional, proveniente do desamparo frente ao que é sentido no momento da crise.

Esses primeiros cuidados estão relacionados ao atendimento das necessidades básicas do desabrigado; à provisão de toda informação que aumente sua sensação de segurança; e a uma escuta atenta e acolhedora, que possibilite à pessoa compartilhar sentimentos e pensamentos sem se sentir julgado ou cobrado. Algumas instruções são importantes de serem dadas pelo Agente Psicossocial nesse momento. São elas:

- os sintomas apresentados são transitórios e não são consequências de falta de vontade de enfrentar os problemas;
- os sonhos e pensamentos acerca do evento traumático são normais e devem ser compartilhados;
- permita sentir-se mal. Essa é uma fase necessária de ser vivida para poder ser superada;
- não fuja da dor, mas busque manter sua rotina o mais próximo do que é habitualmente;
- descanse o suficiente.

*O Agente Psicossocial também deve tentar promover na pessoa, assim que possível, a busca de soluções positivas.

*A necessidade de medicações, deve ser avaliada, caso a caso, pela equipe técnica responsável.

9.4.4 Fazer Circular as Informações

A falta de informação e a incerteza, muitas vezes existentes nos abrigos, causam desorientação e rumores, podendo aumentar a ansiedade e promover condutas desordenadas, favorecendo lideranças negativas e atuações violentas. O Agente, enquanto elo de ligação entre a coordenação e os desabrigados, deve manter-se em permanente contato com ambos, levando, através das informações, um maior acolhimento para essas pessoas, propiciando um ambiente de maior tranquilidade. Para isso, é importante que:

- as informações, que podem ser de interesse geral ou particular, devem ser passadas de forma simples, concisa e com uso de uma linguagem adequada ao perfeito entendimento das mesmas; devem ser administradas através de reuniões grupais ou através da comunicação direta (pessoa a pessoa); e não devem ter um caráter meramente informativo, mas sim informativo-interativo, ou seja, que implique na participação do grupo;
- as informações sobre direitos e as regras do abrigo devem ser apresentadas aos desabrigados logo quando da ativação do abrigo, podendo ser passadas no momento da entrevista e serem afixadas em locais de fácil acesso. As alterações diárias da rotina devem ser divulgadas logo pela manhã, o que contribuirá para a manutenção da organização e disciplina, tão importante nessas situações;
- as necessidades apresentadas pelos desabrigados devem ser recolhidas, consolidadas e repassadas à coordenação do abrigo. É importante que o Agente esteja sempre dando o retorno do andamento das solicitações encaminhadas à coordenação;

- os direitos dos desabrigados têm que ser resguardados e respeitados, o que não inviabiliza o estabelecimento de regras, nem a punição de ações transgressoras;
- as informações destinadas às crianças devem ser passadas na sua linguagem, de forma clara e de preferência lúdica.

Devemos sempre lembrar que, na maioria dos casos, as pessoas desabrigadas experimentaram situações de estresse que podem ter contribuído para redução no nível de atenção das mesmas. Assim, é importante que o agente esteja preparado para repetir diversas vezes as instruções, de forma a assegurar-se que efetivamente todos tomaram ciência das informações divulgadas. Notícias desagradáveis, ou que carreguem consigo forte dose emocional, devem ser dadas com extrema cautela, haja vista as condições psicológicas fragilizadas em que, regra geral, encontram-se essas pessoas.

9.4.5 Estimular a Participação das Famílias

Deve-se criar espaços para que as famílias se envolvam em seu próprio processo de reconstrução, participando ativamente na identificação de seus problemas, bem como na elaboração de possíveis alternativas para resolução dos mesmos. Quando as pessoas são tratadas como vítimas, estimula-se a “re-vitimação” e um sentimento de dependência em relação às instituições envolvidas. A auto-responsabilidade e a participação social são princípios básicos para a recuperação psicossocial.

Os desabrigados devem ser estimulados a participar de atividades úteis dentro do abrigo, respeitando as condições físicas e psíquicas de cada um. Sugere-se que os Agentes Psicossociais formem equipes operacionais para atuar nas atividades básicas necessárias para a manutenção do abrigo limpo e organizado, como por exemplo:

- cuidados com os espaços físicos do abrigo: varrer o chão dos dormitórios, corredor, pátio;
- cuidados e manutenção das instalações sanitárias: limpeza dos banheiros;
- cuidados com a cozinha: lavar e secar a louça, limpar o chão, retirar o lixo da cozinha.

Pressupostos para formação das equipes operacionais:

- as atividades deverão ser selecionadas pelos Agentes Psicossociais e apresentadas para as famílias desabrigadas;

- os desabrigados deverão escolher a atividade com a qual mais se identifica;
- o Agente Psicossocial deverá observar e orientar mudanças nas equipes caso haja sobrecarga de trabalho em alguma delas;
- as equipes formadas poderão ser identificadas por “atividade-fim” ou crachás de diferentes cores.
- cada equipe deverá eleger um representante que cuidará da formação e controle da escala de serviço de sua equipe. Ele também será o interlocutor com os Agentes Psicossociais.

Esse procedimento não anula as atribuições específicas da equipe de apoio, mas visa contribuir para que os desabrigados se sintam responsáveis por aquele espaço, criando assim, uma atmosfera de recuperação, trabalho, participação e organização social.

9.4.6 Facilitar Grupos de Reflexão e de Apoio Mútuo

Os desastres naturais produzem uma ruptura na rotina das famílias e da comunidade. Muitas vezes, perdem-se referências importantes, sem as quais o sentimento de não-pertencimento prevalece. O trabalho com grupos pode ajudar na reformulação das redes de solidariedade, servindo para desenvolver um sentido de coletividade de grande valor para a reconstrução da vida diária.

O Agente Psicossocial deve criar espaços para o intercâmbio de experiências, a expressão de sentimentos e a busca de alternativas. Com a formação de grupos, ele também incentiva a participação ativa dos desabrigados na resolução de problemas que aparecerão no dia-a-dia no abrigo, bem como serve de mediador de conflitos que surjam entre as famílias ou entre estas e a coordenação do abrigo.

9.4.7 Manter a Disciplina do Abrigo

Como já foi dito, o Agente Psicossocial tem como uma de suas funções passar aos desabrigados as informações sobre as regras de funcionamento dentro do abrigo, deixando claras suas razões de ser. Assim, desde o início, as famílias sabem o que é permitido ou não ser feito, em que momento e em que lugar.

A relação de confiança é dessa forma constituída e deve ser do mesmo modo mantida. Isto é, a quebra do acordo (seja por não cumprimento de horários, brigas, atentado ao pudor, roubo, etc) deve ser, em primeiro lugar, questionada. Cabe ao Agente Psicossocial indagar

o que aconteceu e se houve algum mal-entendido na passagem das informações. É sugerido também que ele procure saber o que os outros desabrigados pensam a respeito. Feito isso, as medidas cabíveis devem ser tomadas para que o ato não se repita e as regras sejam respeitadas (ou alteradas, caso haja comum acordo entre as famílias e a coordenação do abrigo).

Em casos cuja ação ou omissão ponha em risco a vida das pessoas, é importante que a ocorrência seja levada imediatamente ao conhecimento da coordenação do abrigo e que, em situações extremas, as autoridades locais sejam acionadas. Ações como a violência contra a criança e o adolescente e a violência contra a mulher devem ser devidamente punidas, uma vez que tais atos violam os direitos destes grupos.

No caso de criança e adolescente, o Conselho Tutelar e/ou o Juizado da Infância e Juventude da região são órgãos de proteção desse grupo etário e os que mais se enquadram para serem acionados numa situação de violência no abrigo. Já no caso de violência contra a mulher e violência contra o idoso, em algumas regiões existem delegacias especializadas para estes crimes, fato que aumenta, em muito, o nível de resolução dos casos.

9.4.8 Encaminhar os Desabrigados Para o Serviço Médico Caso Seja Necessário

O contato direto que o Agente Psicossocial possui com os desabrigados permite, de forma privilegiada, a observação de situações no dia-a-dia do abrigo. Se houver sinais indicativos de problemas de saúde, o Agente deve orientar os desabrigados para que os mesmos procurem ajuda médica. É importante que o Agente acompanhe, de perto, todo o processo de procura e assistência médica para que seja certificado que o caso está sob controle.

9.4.9 Viabilizar e Organizar a Assistência Religiosa

Levando em consideração a importância da religiosidade na cultura brasileira (sendo, em muitos casos, fonte de reestruturação emocional em momentos difíceis), o Agente Psicossocial pode possibilitar a prática religiosa no abrigo quando solicitado, garantindo, assim, o respeito à liberdade de expressão dos indivíduos.

Esta prática deve ser exercida mediante prévia autorização do administrador do abrigo e em comum acordo com as famílias, a fim de que não gere incômodo aos demais membros desabrigados.

9.4.10 Realizar Atividades no Espaço Recreativo

Cabe aos Agentes Psicossociais implementar, organizar e executar as atividades no Espaço Recreativo que tem por objetivo proporcionar bem-estar às crianças no abrigo. Esses agentes deverão possuir habilidades específicas para lidar com o público infantil e que de preferência já possuam experiência anterior. Para melhor entendimento sobre o Espaço, bem como sua organização e funcionamento.²⁸

9.5 ROTINA DOS AGENTES PSICOSSOCIAIS NO ABRIGO

O estabelecimento de uma rotina dentro do abrigo é essencial para sistematização das atividades, de forma a garantir que todos os aspectos de atenção sejam cumpridos diariamente. Sugerimos a condução diária, no mínimo, das seguintes ações:

- passar nos alojamentos para verificar situação das famílias e condições do abrigo;
- reunir-se com a equipe técnica para colher as informações necessárias que serão repassadas para as famílias e passar as demandas recolhidas para a equipe;
- realizar atividades educativas e recreativas nas horas intermediárias entre as refeições.

Os Agentes Psicossociais devem manter atualizadas as informações que dizem respeito aos desabrigados. Todas as queixas, sugestões e dúvidas que por ventura os desabrigados possuam deverão ser registradas em uma planilha e encaminhadas à coordenação do abrigo para que esta possa tomar as devidas providências.

É importante ressaltar que o Agente Psicossocial deverá estar atento às solicitações realizadas a fim de dinamizar o fluxo de informações entre os desabrigados e a Coordenação.

9.6 CAPACITAÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO AGENTE PSICOSSOCIAL DO ABRIGO

A capacitação para a formação do Agente Psicossocial do abrigo é de extrema importância para o bom desempenho das atividades propostas neste manual e deve ser realizada junto à fase de planejamento, no período de normalidade.

Recomenda-se o uso de técnicas participativas e procedimentos em que se vincule a realidade prática. O corpo docente deve ser composto por equipe multidisciplinar, tais como, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, entre outros, objetivando propiciar aos futuros agentes, múltiplos conhecimentos necessários ao seu desempenho.

²⁸ Ver o Capítulo 10 - Espaço Recreativo.

ESPAÇO RECREATIVO



*Mônica dos Santos Mascarenhas
Andréa Ribeiro Gaspar*

10.1 INTRODUÇÃO

Nas situações de desastre vêm-se violados quase todos os direitos das crianças como saúde, educação, alimentação, direito de brincar, direito de viver com os pais. Isso afeta todos os aspectos do desenvolvimento infantil físico, psíquico e social. Entretanto, habitualmente, as pessoas que se ocupam desta assistência têm centrado seus esforços nos cuidados da saúde física, sem levar totalmente em conta as seqüelas emocionais. Medo, insegurança, culpa e raiva são sentimentos comuns nestes casos e afetam significativamente a vida desta população tão vulnerável.

Certas ações são eficazes para reduzir os traumas e os transtornos psicológicos das crianças vítimas de desastres, como agilizar o retorno à vida cotidiana e à escola o mais rapidamente possível e proporcionar situações para que as crianças e os adolescentes se envolvam em atividades recreativas afins.

Para a criança brincar é uma necessidade básica, pois ajuda a esquecer momentos difíceis e é essencial para um bom desenvolvimento motor, social, emocional e cognitivo. Brincando, ela organiza sua vida interior, libera a sua capacidade criativa e elabora conceitos sobre a realidade que a cerca. Ou seja, brincar é um meio de aprender a viver, não um mero passatempo.

Um abrigo que tenha duração prolongada ocasiona uma grande interrupção neste processo. Para que a criança não seja prejudicada, muitas oportunidades de interação e recreação precisam ser proporcionadas. Sendo assim, a criação de um espaço lúdico dentro do abrigo tem a finalidade de, além de dar continuidade ao processo de estimulação de seu desenvolvimento, tornar a estada da criança menos traumatizante e mais alegre, gerando melhores condições para sua recuperação.

Neste sentido, propomos a criação do Espaço Recreativo, que tem como proposta sistematizar as atividades lúdicas. O modelo sugerido será a implantação de uma Brinquedoteca.²⁹ Com o intuito de facilitar o trabalho do Agente Psicossocial, além do roteiro para a organização de uma Brinquedoteca, algumas sugestões de atividades foram relacionadas e também estão disponibilizadas neste capítulo.

10.2 O MODELO DA BRINQUEDOTECA.

A Brinquedoteca é um método terapêutico que utiliza o lúdico como forma de proporcionar o desenvolvimento infantil. Trata-se da organização de um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos dentro de um ambiente lúdico. Busca proporcionar condições adequadas para que a criança brinque livremente e para que ela se desenvolva em sua plenitude, resolvendo problemas, descobrindo coisas novas, superando os desafios, socializando-se e crescendo do ponto de vista físico-motor, sócio-emocional e cognitivo.

A Brinquedoteca pode existir até sem brinquedos, desde que outros estímulos às atividades sejam proporcionados. A existência ou não de um acervo de brinquedos vai depender da aquisição prévia destes materiais pela equipe de coordenação do abrigo, seja por recursos próprios ou por meio de doações.

10.2.1 Quem trabalha no Espaço Recreativo?

Trabalharão no Espaço Recreativo agentes capacitados, tais como os Agentes Psicossociais. Esses agentes deverão possuir habilidades específicas, como ter paciência para lidar com a inquietude das crianças e com a desordem, disponibilidade afetiva para brincar várias vezes, iniciativa e bom humor .

Ressaltamos algumas características importantes para o trabalho com crianças:

- sensibilidade: é importante respeitar a criança e o seu momento, principalmente após situações de estresse, perceber as nuances de seus pensamentos e sentimentos, agir sem limitar seu desempenho e não interferir em ações que devem ser espontâneas;
- entusiasmo: é fundamental para tornar o ambiente estimulante e para o desenvolvimento da criatividade;
- determinação: é preciso perseverar para imprimir ritmo ao trabalho.

²⁹ Esse termo já é estabelecido no Brasil e conhecido por profissionais que trabalham na área de desenvolvimento infantil sendo baseado no modelo construtivista de aprendizagem proposto por Jean Piaget. Vários países já adotaram este conceito para a organização de ambientes recreativos com finalidade terapêutica e pedagógica

É importante também contar com a ajuda de algumas mães ou responsáveis para auxiliar nas atividades a serem desenvolvidas, considerando as mesmas habilidades descritas para os agentes. A participação voluntária de alguns profissionais, tais como professores, animadores culturais e pedagogos podem contribuir muito neste processo.

10.3 ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO RECREATIVO

A organização do Espaço Recreativo deve seguir alguns critérios - baseados nas etapas de desenvolvimento normal das crianças - como idade, brinquedos e brincadeiras adequadas, e capacidades de organização do espaço e condução das atividades.

10.3.1 Os Diferentes Espaços

Havendo disponibilidade de espaço, é ideal que este seja dividido em cantos distintos, com placas, para que as crianças possam reconhecer as atividades que acontecem em cada um deles. São eles:

- **canto do Faz-de-Conta:** espaço com material para que a criança possa brincar de casinha, escola, hospital. Se possível, criar um pequeno camarim com roupas, maquiagem, sapatos, chapéus e adereços;
- **canto da Leitura ou de Contar Histórias:** deve ser um lugar aconchegante, com almofadas e tapetes. Os livros devem ser manuseados livremente, como se fossem brinquedos;
- **sucatoteca:** lugar onde devem ser guardados os materiais recicláveis, devidamente higienizados, para manufatura de brinquedos e artesanato;
- **canto de Atividades:** para jogos de tabuleiro, desenhos, pintura, massa de modelar, entre outros;
- **quadro de Comunicações:** onde poderão ser colocados recados de uma criança para outra, notícias sobre os acontecimentos ligados à rotina da Brinquedoteca ou simplesmente avisos de rotina. É uma forma de estimular a comunicação e o hábito de ler avisos.

10.3.2 Tipos de Brinquedos para Diferentes Etapas de Desenvolvimento

Os brinquedos deverão ser escolhidos segundo o estágio de desenvolvimento da criança, definido pelas habilidades cognitivas mais comumente presentes em cada faixa etária.

De 0 a 12 meses

Período em que ocorrem grandes explorações e enormes descobertas; neste estágio, os brinquedos facilitarão o desenvolvimento motor da criança. Exemplos: móveis, chocalhos, mordedores, bichinhos de vinil.

De 12 a 18 meses

Amplia-se o campo de ação da criança, pois ela já senta e se locomove com mais facilidade, manipula objetos, explora espaços, usa as duas mãos, aponta objetos e tem seu vocabulário aumentado. Exemplos: brinquedos de puxar e empurrar, livros de pano, argolas de plástico para encaixar, cubos de pano, bichos de pelúcia, João Bobo, caixas com peças de encaixe, bonecas de pano.

De 18 a 24 meses

A criança já é capaz de correr e subir nas coisas, busca fazer tudo sozinha, demonstra lembrar de pessoas e coisas, apresenta a capacidade de imitar gestos e situações, iniciando assim o processo mental que irá subsidiar o surgimento da brincadeira simbólica (o jogo faz-de-conta). Exemplos: carrinhos e brinquedos de puxar e empurrar, blocos de construção, brinquedos de desmontar (com peças grandes), cavalo de pau, túneis para atravessar, livros ilustrados e bolas.

De 2 a 6 anos

Aos 2 anos: gosta de estar com outras crianças, mas não busca interagir.

Aos 3 anos: começa a conhecer e reconhecer cores e formas, tenta registrar seus pensamentos em desenhos e imita os adultos nos seus afazeres.

Aos 4 anos: faz desenhos mais elaborados, brinca de casinha e hospital, quer saber o nome das coisas, gosta de livros, brinca de forma cooperativa e gosta de usar fantasias de super-heróis, princesas, etc.

Aos 5 anos: conhece todas as cores, começa a aceitar as regras das brincadeiras e procura segui-las, mas pode trapacear para não perder.

Aos 6 anos: gosta de vários tipos de jogos, mas quer ganhar sempre. Exemplos: livros de pano, telefone, panelas e utensílios de cozinha, bonecas, máscaras, chapéus, fantasias, capas, fantoches, bichos de plástico e de pelúcia, massa de modelar, instrumentos musicais, carros, caminhões, trenzinhos, cabanas e casinhas, fazendinhas, postos de gasolina, bolhas de sabão e jogos diversos.

De 7 a 12 anos

Precisam de espaços para proporcionar encontro com os amigos, relacionam fatos tirando conclusões, gostam de esportes e jogos e discutem suas regras. Estas orientam as ações dos competidores, estabelecem seus limites de ação, dispõem sobre as penalidades e recompensas. Podem passar mais tempo discutindo as regras do jogo do que brincando. Exemplo: boliche, futebol de botão, jogos de montar e de construção, dama, xadrez, jogos de perguntas e respostas, mímica, etc.

10.3.3 Atividades Planejadas do Espaço Recreativo.

- teatro infantil;
- curso de confecção de pipas;
- oficina de criação de brinquedos;
- oficina de conserto de brinquedos;
- oficina de arte;
- campeonatos de damas, xadrez, dominó;
- gincana de todos os tipos;
- leitura de histórias.

10.3.4 Atividades de Leitura

A seguir, disponibilizamos uma lista com sugestões de livros infantis que podem ser utilizados nas atividades de leitura ou de contar histórias. São textos que permitem ao leitor/ouvinte a comparação com o seu dia-a-dia, levando à reflexão quanto à sua própria vivência e às suas emoções, exercitando a capacidade de interpretação, a expressão de seus sentimentos, a solidariedade e a busca por soluções.

1. Berry, J. - **Coleção Vamos conversar** - Editora Caramelo

- Estou triste
- Estou zangada
- Quero ajudar
- Quero dizer não
- Quero mais atenção
- Estou com medo

2. Neto, M. M. - Editora CELD

- Filiei e sua família
- O circo da fraternidade

3. Araújo, E. A. - Editora Vozes

- Dona dor me visitou

Para uma eficiente abordagem deste tipo de atividade, sugerimos a seguinte ordem:

- leitura da história pelo recreador;
- recontagem por uma criança;
- dramatização da história;
- conversa informal sobre o texto.

10.4 REGRAS DE FUNCIONAMENTO DO ESPAÇO RECREATIVO

Sugerimos que o Espaço Recreativo funcione no horário entre as principais refeições, ou seja, no turno da manhã das 8h às 11h e no turno da tarde das 14h às 17h .

No Espaço Recreativo, não devem existir brinquedos de guerra ou quaisquer outros que instiguem a violência. Hábitos saudáveis (como não desperdiçar, não estragar e zelar pelos objetos) devem ser cultivados.

É um espaço idealizado para crianças de 0 a 12 anos de idade. Porém, é importante salientar que as crianças de 0 a 3 anos deverão estar sob os cuidados de seus responsáveis durante sua permanência no Espaço, pois nessa idade precisam de cuidados e atenção especial, tais como troca de fraldas, amamentação, entre outros.

10.5 SUGESTÕES PARA CONDUZIR AS ATIVIDADES

- Escolha brincadeiras adequadas ao interesse e ao nível do desenvolvimento das crianças, apresente a brincadeira demonstrando interesse, explique seu desenvolvimento e

introduza maneiras novas de realizá-la. Estimule a resolução de problemas, reduzindo as dificuldades quando as crianças estiverem desistindo e aumentando-as se a brincadeira for fácil demais;

- Encoraje as manifestações espontâneas, deixando que as crianças tomem a iniciativa. Dê tempo para que possam assimilar a atividade, permita que tentem sozinhas, mas esteja disponível caso peçam ajuda;
- Não deixe que as atividades se tornem cansativas: pare na hora certa para que haja motivação para brincar um outro dia;
- Não critique uma criança quando ela erra, faça com que ela veja o quanto é capaz de aprender e lhe dê o tempo que precisar para isso.

10.6 JOGOS E BRINCADEIRAS

Relacionamos algumas atividades que podem ser desenvolvidas no Espaço Recreativo. São brincadeiras simples, que utilizam materiais baratos (ou nem utilizam) e que podem ser realizadas em grupos, estimulando a interação entre as crianças, a atividade motora e o trabalho em equipe.

Atividade 1 - Telefone sem fio

Organizar os jogadores sentados um ao lado do outro em fila.

O primeiro jogador diz uma frase/mensagem no ouvido do colega seguinte. Cada participante, após receber a mensagem, fala o mais baixo possível no ouvido do colega seguinte até que o último falará em voz alta o que recebeu. A mensagem muitas vezes chega completamente diferente.

Atividade 2 - Fui à feira

Um jogador diz em voz alta: “Fui à feira e comprei...”, por exemplo, “maçã”. O jogador seguinte repete a frase do primeiro, acrescentando outra mercadoria comprada, por exemplo: “maçã e batata”. O terceiro jogador repete as mercadorias que os jogadores anteriores disseram e acrescenta mais uma, ganha quem não repetir mercadoria e lembrar todas que foram faladas.

Atividade 3 - A Forca

Um jogador pensa numa palavra e desenha na lousa ou em um papel, traços correspondentes as letras da palavra que pensou. Em seguida, os demais jogadores, cada um na sua vez, tentarão adivinhar a palavra, dizendo as letras que acham que está faltando. Para cada letra errada, uma parte do enforcado é desenhada. São permitidos 10 erros. A forca é desenhada com 5 traços e o enforcado com 6. Se o desenho do enforcado for completado ganha o jogo quem pensou na palavra.

Atividade 4 - Lista de Palavras

Fazer uma lista de palavras com 10 categorias, iguais para todos os participantes. Por exemplo: nomes próprios, animais, peças de roupas, carros, frutas, países, vegetais.

Em seguida, um jogador diz uma letra e todos os demais devem anotar por categoria palavras que comecem com aquela letra. O participante que terminar primeiro diz “Pare”. Cada palavra vale 10 pontos e cada palavra repetida vale 5. Segue-se o jogo com outras letras e, ao final, somam-se os pontos.

Atividade 5 - Bom Barqueiro ou Passarás

Primeiro temos que escolher dois participantes, que formarão a ponte, dando as mãos um ao outro. Sem que o restante da turma saiba, eles decidem quem será pêra ou maçã. Os demais fazem uma fila que passará por debaixo da ponte. A dupla que é a ponte canta:

“Passarás, passarás, mas algum há de ficar, se não for o da frente, tem que ser o de trás”.

Nesta hora (quando fala “de trás”), a dupla prende nos braços quem está passando e perguntam baixinho sem que os outros ouçam: “Você quer pêra ou maçã?”. O participante escolhe e vai para trás de quem representa a fruta que ele escolheu.

No final, ganha o participante que tiver mais gente atrás, ou seja, a fruta mais escolhida.

Atividade 6 - Batatinha Frita

Um participante deverá ficar de costas para o grupo, junto a uma parede.

Os outros ficam lado a lado e vão andando à medida que o participante, de costas, conta: “batatinha frita um, dois, três” e, ao virar-se rapidamente, quem for visto se movimentando volta para o começo. Ganha o participante que chegar primeiro ao lugar do contador.

Atividade 7 - Chicotinho Queimado

Um dos participantes será o chicotinho queimado. Ele irá esconder um objeto para que os outros o encontrem. Quando alguém se aproximar do objeto, o chicotinho queimado vai dando pistas, dizendo “Quente” se a pessoa estiver perto do objeto, “frio” se estiver longe e “morno” se estiver se aproximando. Ganha quem achar o objeto, e será então sua vez de escondê-lo.

Atividade 8 - Passa-Anel (anelzinho, jogo-do-anel)

Escolher quem vai ser o passador de anel. O passador põe o anel (ou outra coisa pequena) entre suas mãos, que estão encostadas uma na outra. Os outros jogadores ficam um ao lado do outro, com as palmas das mãos encostadas como as do passador de anel.

O passador passa as suas mãos no meio das mãos de cada um dos jogadores, deixando cair o anel na mão de um deles, sem que ninguém perceba. Quando tiver passado por todos os jogadores, o passador pergunta a um deles: “Quem ficou com o anel?”. Se acertar, é o novo passador. Se não, paga a prenda que os jogadores mandarem. O passador repete a pergunta até alguém acertar. Quem acertar é o novo passador.

Atividade 9 - Estátua

Para essa brincadeira é necessário ter mais de 3 pessoas e um aparelho de som. Todos os jogadores fazem um círculo e um fica como o mestre, controlando o som.

Quando o mestre quiser, ele abaixa o volume e diz “estátua!”. Os jogadores devem ficar em posição de estátua (sem se mexer) e o mestre vai tentar fazer caretas e brincadeiras para ver quem se mexe primeiro. Não vale fazer cócegas. Quem se mexer ou rir primeiro paga uma prenda e vai para o lugar do animador.

Atividade 10 - Acertar a Lata

Material: 6 latas de alumínio, 3 bolas de meia e giz.

Colocar 6 latas iguais numa superfície a 1 metro do chão. Formar com elas um triângulo, colocando assim as 3 latas na base, 2 em cima e 1 no topo. Traçar uma linha no chão com um giz, a uns 3 metros, a partir de onde as crianças lançarão as bolas. Cada jogador receberá três bolas para tentar derrubar as latas. Conta-se um ponto por cada lata derrubada. E três pontos a mais para quem conseguir derrubar todas.

Atividade 11 - Corrida com a bola

O grupo é dividido em duas equipes, que formarão uma fileira. Diante de cada fileira, ficará um cesto ou um recipiente qualquer para que as bolas sejam colocadas, na distância especificada pelo recreador. Cada equipe recebe um número de bolas também designadas pelo recreador. Se esse número for maior que a quantidade de criança, a criança, após participar da brincadeira, corre retornando para o final da sua fila. A primeira criança de cada fileira terá uma bola nas mãos e, ao sinal do recreador, deverá correndo, levar a bola até o seu cesto correspondente. Ganha o grupo que terminar primeiro.

Atividade 12 - Corrida de animais

Um cartão no qual está escrito o nome de um animal é distribuído para cada jogador, que não deve mostrá-lo a ninguém. O nome de cada animal é repetido nos cartões conforme o número de componentes que se queira em cada grupo. Depois que todos os jogadores estiverem com o seu cartão, pede-se que andem pela quadra, procurando seus iguais. Ao se aproximar de um companheiro, o jogador imitará o som do seu animal para verificar se é o mesmo do colega. Se for, eles permanecem juntos e procuram os outros. Quando todos se encontrarem, os grupos estarão formados.

Atividade 13 - Futebol de mãos dadas

São necessárias uma bola e crianças divididas em duas equipes. Começa o jogo, cada equipe deve marcar no gol da outra equipe. As crianças não poderão soltar as mãos durante o jogo. A equipe que fizer mais gols é a vencedora.

Atividade 14 - Dança dos pares

É necessário um aparelho de som. Cada participante procura um par. Separando-se, dançam livremente pela sala, ao som de uma música. Quando a música parar, procuram seu par, ficam de mãos dadas e se abaixam. Aquele par que demorar mais a se abaixar pagará uma prenda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Administrar abrigos é um tema complexo, que envolve ações e órgãos diversos e sob o qual se tem pontos de vista diferentes e até contraditórios. Sendo assim, o presente manual não tem por objetivo encerrar discussões, mas apontar para algumas direções e, ao mesmo tempo contribuir para levantar questões importantes para serem discutidas no âmbito da defesa civil. As sugestões dadas pretendem nortear os responsáveis pela administração no que diz respeito ao planejamento e à execução das atividades desenvolvidas no abrigo.

Apesar deste trabalho estar voltado principalmente para ações de resposta, visto que a administração de um abrigo temporário se dá no momento em que as situações de desastre estão ocorrendo, toda a preparação em tempo de normalidade é fundamental para que essas ações ocorram de forma eficaz. Vale também ressaltar que a articulação dos órgãos envolvidos com defesa civil - como as Secretarias Municipais (Saúde, Educação, Obras, Segurança Pública, entre outras) e outros órgãos de apoio (entidades privadas, clubes de serviço, ONG, entre outros) - é imprescindível para o alcance das propostas sugeridas.

A equipe técnica responsável por este manual está aberta para considerações e críticas que possam contribuir para o seu aperfeiçoamento. Para tanto, utilizar-se-á o endereço eletrônico da Escola de Defesa Civil da SEDEC/ RJ, a saber, esdec@defesacivil.rj.gov.br

BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA DE CIÊNCIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Glossário de ecologia**. São Paulo: ACIESP 57, 1987.

ACCIOLY, E. et al. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **Biossegurança. Informes técnicos institucionais**. Revista de Saúde Pública: 2005; 39(6): 989-991.

AMORIM, W. **Sistema de Comando de Incidentes (SCI)** – 3º ano do CFO. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Defesa Civil, 2006.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Fundamentos do traumatismo dental: guia de tratamento passo a passo**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ANTAS, L. M. **Glossário de termos técnicos**. São Paulo: Traço, 1979.

ARRUDA, G.A. **Manual de boas práticas**. São Paulo: Ponto Crítico, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IRRIGAÇÃO E DRENAGEM. **Dicionário de termos técnicos de irrigação**. Brasília: 1978.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Política Nacional de Defesa Civil**. 1ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Defesa Civil, 2000.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Glossário de Defesa Civil: estudos de riscos e medicina de desastres**. 3ªed. Brasília: MI, 2002.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Manual para a decretação de situação de emergência ou de estado de calamidade pública**. 1ª ed., v. 1 e 2. Brasília: MI, 1999.

BRASIL. Decreto Nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/enfermagempofissao.htm>>. Acesso em: 03 de jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Dengue: roteiro para capacitação de profissionais médicos no diagnóstico e tratamento de dengue.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Política Nacional de Defesa Civil.** Decreto nº 5.376 de 17 de fevereiro de 2005. Brasília: MI, 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Ocorrência de Desastres.** Disponível em: <<http://www.defesacivil.gov.br/desastres/index.asp>.> Acesso em: 28 de nov de 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância.** 2ª ed. Brasília: MI, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Atenção integral às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação: introdução: modulo I.** 2ª ed. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais.** Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento.** Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento.** 3ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 518, de 25 de março de 2004.** Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** 2ª ed. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno – Infantil. Programa saúde do adolescente. **Bases programáticas**. Brasília: MS, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária. **Febre? Cuidado! Pode ser malária**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de contingência da vigilância em saúde relacionado a situações de calamidade pública por inundações**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional, 1985.

CARTA HUMANITARIA Y NORMAS MÍNIMAS DE RESPUESTA HUMANITARIA EM CASOS DE DESASTRE. In: **El Proyecto Esfera**. 1997. Disponível em: <http://www.sphereproject.org/spanish/index_sp.htm>. Acesso em: 30 de dez. 2005.

CASTRO, A.L.C. **Glossário de Defesa Civil: estudos de riscos e medicina de desastres**. 3ªed. Brasília: M I, 2002.

CASTRO, A.L.C.; CALHEIROS, L.B. **Manual de medicina de desastres**. V 1. Brasília: MI, 2002.

COMANDO DA AERONÁUTICA. MMA 400-7. **Manual da Unidade Celular de Engenharia**. Brasília: COMAER, 1991.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Red book: report of the committee on infectious disease**. 25ª ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Informe técnico do CREMERJ: dengue**. Rio de Janeiro: Ediouro Gráfica e Editora S/A, 2002.

CORTEZI, W. **Infecção odontogênica oral e maxilofacial. Diagnóstico, tratamento e antibioticoterapia**. Rio de Janeiro: Editora Pedro Primeiro, 1995.

CREDER, H. **Instalações hidráulicas e sanitárias**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S/A, 2003.

CRESS, 7º Região. **Assistente Social: ética e direitos**. Rio de Janeiro: Lidador Ltda, 2000.

CUNHA, N.H.S. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar**. 3ª ed. São Paulo: Vetor, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: conduta clínica em atenção primária**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.

ENGSTROM, E.M. (org.). **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde. O diagnóstico nutricional**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, E.D. **Dicionário para bombeiros**. São Paulo: Centrais Imppressoras Brasileiras, 1985.

FRANCO, G. **Tabela de composição química dos alimentos**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1989.

GANDRA, Y.R.; GAMBARDELLA, A.M.D. **Avaliação de serviços de nutrição e alimentação**. São Paulo: Sarvier, 1986.

GEORGE, J.B. & Cols. **Teorias de enfermagem: fundamentos da prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Educação. Subsecretaria Adjunta de Infra-estrutura. Divisão de Alimentação Escolar. **Programa de alimentação escolar 2001-2002**. Rio de Janeiro: SEE, 2002.

GUERRA, A.T. **Dicionário geológico - geomorfológico**. Rio de Janeiro: IBGE.

GUNN, S.W.A. **Disaster medicine and internacional relief: multilingual dictionary**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1990.

HELM, S.; KREIBORG, S.; SOLOW, B. **Psychosocial implications of malocclusion: a 15-year follow-up study in 30-year-old Danes**. American Journal of Orthodontics, v. 87, n. 2, p. 110-118, Feb., 1985.

HOLMEN, L. et al. **The effect of regular professional plaque removal on dental caries in vivo**. A polarized light and scanning electron microscope study. Caries Research, v. 22, n. 4, p. 250-256, 1988.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acesso em: 03 de jan. 2006.

KELTS, D.G.; JONES, E.G. **Manual de nutrição infantil**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LANG, N. P.; ATTSTROM, R.; LOE, H. **Proceedings of the european workshop on mechanical plaque control**. Germany: Quintessence Books, 1998.

LIPP, M.E.N. **O percurso do stress: suas etapas**. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br>>. Acesso em: 09 de jan. 2006.

MALUF, A.C.M. **Brincar: prazer e aprendizado**. Petrópolis: Vozes, 2003.

Manual de normas para saúde da criança na atenção primária. Módulo I. Puericultura, Ceará, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/internet/publi/manualpueri.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. 2006.

MASLOW, A. H. **Motivacion y personalidad**. Barcelona: Harper & Brother, 1954.

MENDES, B. V. **Plantas e animais para o Nordeste**. Rio de Janeiro: Globo Rural, 1987.

MÉXICO. Centro Panamericano de Ecologia Humana y Salud. **Glossário de termos técnicos em saúde ambiental**. México, CPEHS, 1988.

MEZOMO, I.F.B. **A administração de serviços de alimentação**. 4ª ed. São Paulo: Metha, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno Infantil. Brasília: MS, 1994.

NATIONAL CENTER FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. Disponível em: <<http://www.ncptsd.org>> Acesso em 02 de jan. 2006.

OMMEREN, M., SAXENA, S., SARACENO, B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? In: **Bulletin of World Health Organization**. OMS, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **El control de las enfermedades transmisibles en el hombre**. Washington: Publicacion Científica, 507, 1987.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. **Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias**. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, n° 1. Washington, D.C.: OPAS, 2002.

ORNELLAS, L.H. **Técnica dietética. Seleção e preparo de alimentos**. 5ª ed. São Paulo: Varela, 1988.

PETERSON, L. J. et al. **Contemporary oral and maxillofacial surgery**. 4ª ed. St. Louis: Mosby, 2002.

PILLITTERI, A. **Child health nursing: care of the child and family**. Philadelphia: Lippincott, 1999.

PORTAL DA SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ. **Situação de Saúde – Malária**. Disponível em <<http://portal.sespa.pa.gov.br>> Acesso em 12 jan. 2006.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária. **Manual de Higiene Para Manipulador de Alimentos**. Rio de Janeiro: Imprensa da Cidade, s.d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria de Saúde. Departamento de Saúde. **Protocolo de atenção integral a população idosa**. Campinas: 2005. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_idoso/protocolo_idoso_jan05.pdf>. Acesso em: 03 de jan. 2006.

RICHARDSON, M. E. **Dental accidents, diseases and disasters**. British Dental Journal, v. 187, n. 6, p. 291-294, Sep., 1999.

SANAE, F. et al **Posttraumatic Stress and Change in Lifestyle among the Hanshin-Awaji Earthquake Victims**. Preventive Medicine, v. 29, p. 147–151, 1999.

INSTITUTO DE PESQUISAS TECNOLÓGICAS. **Manual ocupação de encostas**. São Paulo: IPT, 1991.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Saúde. Superintendência de Saúde Coletiva. **Doenças transmissíveis por água e alimentos. Situações Emergenciais de Enchentes – 2006. Revisão do Material “Chuvas de Verão 2004/ 2005”** . Disponível em: <[http:// www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)>. Acesso em 20 de jan 2006.

SILVA JR., E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos**. 5ª ed. São Paulo: Varela, 1995.

SOARES, S.R.A. et al. **Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (6): 1713-1724, nov.-dez., 2002.

TEIXEIRA, S.M. et al. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

TOVAR, M. C. **El profesional de enfermería y los desastres**. Universidad Del Valle. Facultad De Salud. Colombia: Departamento de Enfermería, 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de informação em saúde para viajantes. **Doença meningocócica**. Disponível em : <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/dm/dm-iv.html>> Acesso em: 31jan. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CENTRO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA VIAJANTES – CASTIÑEIRAS, T.M.P.P.; PEDRO, L.G.F.; MARTINS, F.S.V. **Febre Tifóide**. Disponível em : <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/ftifoide/ft-iv.html>> Acesso em: 31jan. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CENTRO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA VIAJANTES – MARTINS, F.S.V; CASTIÑEIRAS, T.M.P.P. **Inundações, doenças e vacinas**. Disponível em : <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/inundacoes/inundacoes.html>> Acesso em: 31jan. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CENTRO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA VIAJANTES – CASTIÑEIRAS, T.M.P.P.; MARTINS, F.S.V. **Febre amarela.** Disponível em : <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/fam/fam-iv.html>.> Acesso em: 31 jan. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CENTRO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA VIAJANTES – PEDRO, L.G.F; CASTIÑEIRAS, T.M.P.P.; MARTINS, F.S.V. **Cólera.** Disponível em : <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/colera/col-iv.html>> Acesso em: 31jan. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WESTERN PACIFIC REGION. **Emergency response manual.** Provisional version, 2003. Disponível em: <<http://www.wpro.who.int/publications>> Acesso em: 20 jan. 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Communicable disease control in emergencies: a field manual.** Geneva: M.A Connolly, 2005. 294p. Disponível em: <<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/comdisease/en/>> Acesso em: 12 jan. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rapid assessment of mental health of refugees, displaced and other population affected by conflict and post-conflict situations, and available resources.** Geneva: WHO, 2001.

SIGLAS

ABAI – Associação Brasileira de Alergia e Imunologia
CBMERJ – Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
COMAER – Comando da Aeronáutica
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FERP-RJ – Fundação Educacional Rosemar Pimentel
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIS – Faculdades Integradas Simonsen
FTESM – Faculdade Técnica Educacional Souza Marques
IFF – Instituto Fernandes Figueira
IPEC – Instituto de Pesquisa Evandro Chagas
IPPMG – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
NCE – Núcleo de Computação Eletrônica
NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SEFLU – Sociedade Educacional Fluminense
SINDEC – Sistema Nacional de Defesa Civil
SUS – Sistema Único de Saúde
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRRJ – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
UGF – Universidade Gama Filho
UNB – Universidade de Brasília
UNESA – Universidade Estácio de Sá
UniCEUB – Centro Universitário de Brasília
UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio
UNI-RIO – Universidade do Rio de Janeiro
UVA – Universidade Veiga de Almeida

GLOSSÁRIO

Algumas terminologias, com conceitos padronizados pelas bibliografias do SINDEC, são enfatizadas durante a leitura dos capítulos.

Abrigo - Local ou instalação que proporciona hospedagem a pessoas necessitadas. Em linguagem militar, local que proporciona proteção contra o fogo (tiros e bombas) e contra as vistas (observação) dos inimigos.

Abrigo temporário - Abrigo organizado em uma instalação fixa e adaptada para esta finalidade, por um período determinado.

Acampamento - Abrigos temporários constituídos de barracas.

Ação comunitária - Conjunto de procedimentos sistematizados, efetuados por agentes sociais (população) de determinada localidade, com o apoio de agentes externos ou técnicos, na busca do bem comum.

Acidente - Evento definido ou seqüência de eventos fortuitos e não planejados, que dão origem a uma conseqüência específica e indesejada, em termos de danos humanos, materiais ou ambientais.

Açudagem - Acumulação de água num reservatório, mediante a construção de barragens, com a finalidade de represar cursos d'água.

Açude - Pequeno reservatório de água, natural ou artificial. Obra de terra para conter as águas de um rio, num determinado trecho, ou para evitar as inundações decorrentes de ondas de cheia ou de maré.

Administração sanitária - Ciência e arte de organizar e dirigir os esforços coletivos destinados a proteger, fomentar e recuperar a saúde de uma comunidade.

Afetado - Qualquer pessoa que tenha sido atingida ou prejudicada por desastre (deslocado, desabrigado, ferido etc.).

Agente infeccioso - Microorganismo - vírus, bactéria, fungo, protozoário ou helminto - capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.

Agente nocivo - Todo agente que altera o ambiente e que representa um risco significativo para a saúde do indivíduo ou da população ou que pode repercutir negativamente, mesmo que de forma indireta, sobre o próprio homem ou sobre o seu patrimônio natural, cultural ou econômico.

Agente psicossocial - Voluntário capacitado para atuar em situações de desastres, prestando apoio psicológico e social às comunidades afetadas.

Agente tóxico - Qualquer substância capaz de produzir efeito nocivo a um organismo vivo, desde danos funcionais até sua morte. Qualquer substância que seja potencialmente tóxica.

Água absorvida - Água mantida mecanicamente entre as partículas do solo e submetida apenas à ação da gravidade. Suas propriedades são praticamente iguais às da água corrente, nas mesmas condições de temperatura e pressão. É o mesmo que água livre.

Água adsorvida - Água mantida na superfície dos grãos de um solo ou de partículas minerais por esforços de atração molecular. Suas propriedades físicas são sensivelmente diferentes das da água “absorvida” ou “livre”, nas mesmas condições de temperatura e pressão.

Água desinfetada - Água isenta de microorganismos patogênicos.

Água freática - Lençol subterrâneo que se forma em uma profundidade relativamente pequena.

Água mineral - Diz-se das águas que emanam de fontes, portando, em solução, sais minerais e gases (CO₂).

Água poluída - Água imprópria para o consumo e para abrigar formas de vida mais exigentes.

Água potável - Água própria para se beber.

Água residual ou servida - Água resultante do uso doméstico ou industrial, que se tornou poluída e imprópria para o uso. Compreende águas de cozinha, lavanderia, drenagem, lavatórios e efluentes industriais (não se inclui água com fezes).

Água tratada - Água submetida a um processo de tratamento, com o objetivo de torná-la adequada ao uso específico.

Ajuda alimentar - Assistência prestada por organizações governamentais e privadas ou por agências internacionais, para garantir a alimentação de grupos populacionais, em circunstâncias de desastre.

Alarme - Sinal, dispositivo ou sistema que tem por finalidade avisar sobre um perigo ou risco iminente. Nessas circunstâncias, o dispositivo operacional passa da situação de prontidão “Em Condições de Emprego Imediato (ECDEI)” para a de início ordenado das operações de socorro.

Aleitamento materno – Amamentação. Forma natural de alimentação do filho pelo leite produzido pela mãe, e a mais adequada para a nutrição dos recém-nascidos até os seis meses de idade.

Alerta - Dispositivo de vigilância. Situação em que o perigo ou risco é previsível em curto prazo. Nessas circunstâncias, o dispositivo operacional evolui da situação de sobreaviso para a de prontidão (ECDEI), em condições de emprego imediato.

Alimentação básica - Alimentação usual num país ou comunidade, responsável pelo mais importante aporte diário de calorias. No Brasil, a alimentação básica é constituída na maioria das regiões, por: arroz, feijão, carne, milho, tubérculos, farinha de mandioca ou de milho, frutas e verduras.

Ameaça - Estimativa da ocorrência e magnitude de um evento adverso, expressa em termos de probabilidade estatística de concretização do evento e da provável magnitude de sua manifestação.

Apoio comunitário - Participação indispensável, ativa, consciente e organizada dos indivíduos e dos grupos que constituem uma comunidade.

Área crítica - Área onde estão ocorrendo eventos desastrosos ou onde há certeza ou grande probabilidade de sua reincidência. Essas áreas devem ser isoladas em razão das ameaças que representam à vida ou à saúde das pessoas.

Área de risco - Área onde existe a possibilidade de ocorrência de eventos adversos.

Área de segurança - Área próxima ao foco do desastre, além da área de exposição, e onde não há probabilidade de ocorrência de novos danos às pessoas ou a seus bens. Área para onde os afetados pelo desastre são evacuados em primeira instância. Deve ser demarcada em local que não interfira nas operações de combate direto ao sinistro.

Área de triagem - Local no terreno ou instalação fixa ou móvel, onde é realizada a triagem dos pacientes e onde se define a prioridade de atendimentos. É o mais importante elo da cadeia de evacuação e provê o apoio ao conjunto de uma área afetada por desastre. Em pequenos desastres, as atividades de triagem são realizadas no próprio ponto de recolhimento e embarque.

Área restrita – Área delimitada protegida por barreiras.

Atendimento de emergência - Conjunto de ações destinadas à recuperação de pacientes, cujos danos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de vida.

Atendimento de urgência - Conjunto de ações destinadas à recuperação de pacientes, cujos danos à saúde necessitam de assistência imediata, mas que não se encontram em situação de risco de vida.

Atendimento pré-hospitalar - Subsistema responsável pela expansão da capacidade de atendimento do serviço de saúde, até o local do desastre, e pelo atendimento das vítimas durante o transporte, até que as mesmas dêem entrada na Unidade de Emergência do hospital em apoio.

Baixa Renda - Renda familiar mensal per capita (a renda mensal total de uma família dividida pelo número de seus membros) inferior a meio salário mínimo (*de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*).

Bandagem - Atadura, faixa. Cobertura com faixa de tecido para imobilizar fratura ou proteger ferida.

Cocção – cozimento.

Condição insegura - Circunstância ambiental ou relacionada com construções, projetos ou plantas industriais, que favorece a ocorrência de acidentes.

Contaminação - Presença de agente infeccioso que pode ser potencialmente causa de infecção.

Coordenação - Ordenamento no tempo, no espaço, na magnitude e nos métodos, dos esforços que resultem em ações harmônicas e unificadas e que convirjam para um objetivo definido. Relação ativa entre diversas entidades autônomas, que permite alcançar eficientemente objetivos comuns. Ato ou efeito de conciliar interesses e conjugar esforços para a consecução de um propósito comum.

Captação de água *in situ* - Sistema de captação e armazenamento de água de chuva, onde a área de captação pode ser o telhado residencial ou o próprio solo, e o armazenamento feito em cisternas.

Corpo de Bombeiros - Instituição cuja finalidade principal é a prestação de serviços na prevenção e combate a incêndios e a outros sinistros, bem como nas ações de busca e salvamento de pessoas, animais e bens materiais. Sua estruturação está assentada na hierarquia e disciplina e, por isso, no Brasil, são organizações militares.

Carro-pipa - Veículo motorizado provido de um tanque no qual se transporta água potável para distribuição.

Crise - Manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Momento perigoso e decisivo. Situação que implica a ruptura da normalidade ou do equilíbrio dinâmico de um sistema e favorece sua desorganização.

Cruz Vermelha Internacional - Organização Internacional de Voluntários, com sede em Genebra, que se organizou a partir da Conferência Internacional de Genebra.

Dano - Medida que define a severidade ou intensidade da lesão resultante de um acidente ou evento adverso. Os danos causados por desastres classificam-se em: danos humanos, materiais e ambientais.

Defesa Civil - Conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar os desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social.

Desabrigado - Desalojado ou pessoa cuja habitação foi afetada por dano ou ameaça de dano e que necessita de abrigo provido pelo Sistema.

Desalojado - Pessoa que foi obrigada a abandonar temporária ou definitivamente sua habitação, em função de evacuações preventivas, destruição ou avaria grave, decorrentes do desastre, e que, não necessariamente, carece de abrigo provido pelo Sistema.

Desaparecido - Pessoa que não foi localizada ou de destino desconhecido, em circunstância de desastre.

Desastre - Resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema (vulnerável), causando danos humanos, materiais e/ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais.

Descontaminação - Meio inofensivo de conversão por neutralização, eliminação ou remoção de substâncias tóxicas do meio ambiente. Limpeza, remoção ou anulação dos fatores de poluição ou contaminação de áreas ou de seres vivos atingidos por eventos adversos.

Desenvolvimento sustentável - Aquele que atende às necessidades do presente, sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades. Uso e gestão responsáveis dos recursos naturais, de modo a propiciar maior benefício para as gerações atuais,

mantendo, porém, suas potencialidades para atender às necessidades e aspirações das gerações futuras, pelo maior espaço de tempo possível.

Desidratação - Depleção do organismo, com graves repercussões para o metabolismo celular, em consequência do incremento das perdas líquidas (diarréias, vômitos, febre e transpiração intensificada), por ingresso insuficiente (desnutrição, sede), por doenças metabólicas ou pela combinação desses fatores. Pode causar danos irreversíveis e morte a crianças ou a pessoas debilitadas. As desidratações podem ser: **moderadas**, quando a perda de líquidos é de até 10%; **médias**, quando acima do nível de 10% até um limite máximo de 15%; e **severas**, quando acima do nível de 15%.

Desinfecção - Destruição de agentes infecciosos situados fora do organismo, por ação de agentes químicos ou físicos.

Deslocado - Pessoa que, por motivo de desastre, perseguição política ou religiosa ou por outra causa, é obrigado a migrar da região que habita para outra que lhe seja mais propícia. O retirante da seca é um deslocado.

Doença infecciosa - Doença do homem ou de animais resultante de uma infecção. (*V. Infecção*).

Doença transmissível - Doença causada por agente infeccioso ou suas toxinas, através da transmissão do agente ou de seus produtos de pessoa infectada ou de um “reservatório” para um hospedeiro suscetível, direta ou indiretamente, mediante outro hospedeiro, vetor ou através de meios inanimados.

Endemia - Ocorrência habitual de uma doença ou agente infeccioso em uma área geográfica determinada.

Epidemia - Aumento brusco, significativo e transitório da ocorrência de uma determinada doença em uma população. Quando a área é restrita e o número de pacientes é pequeno, denomina-se surto.

Estado de calamidade pública - Reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, provocada por desastres, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à incolumidade e à vida de seus integrantes.

Estresse - Reação do organismo que ocorre quando ele precisa lidar com situações que exijam um grande esforço emocional para serem superadas.

Evento adverso - Ocorrência desfavorável, prejudicial, imprópria. Acontecimento que traz prejuízo, infortúnio. Fenômeno causador de um desastre.

Flagelado - Pessoa vitimada por evento adverso, que, mesmo após cessada a calamidade, não apresenta condições de retorno à normalidade sem apoio e auxílio da comunidade ou de órgãos governamentais.

Fonte de contaminação - Agente da cadeia de transmissão que atua indiretamente, a exemplo da fossa que contamina a água de abastecimento ou do cozinheiro que contamina uma salada.

Fonte de infecção - Pessoa, animal, objeto ou substância através da qual o agente infeccioso passa diretamente a um hospedeiro.

Higiene – Ciência relativa à conservação da saúde. Limpeza, asseio.

Higiene dos alimentos - Parte da higiene que se ocupa dos métodos e princípios de saúde pública relacionados com a qualidade e quantidade de alimentos, de seu processamento, estocagem, preparação, conservação, distribuição e consumo. Uma correta higiene de alimentos, além de contribuir para o controle das doenças de contaminação fecal, previne enfermidades carenciais e degenerativas.

Hospedeiro - Pessoa ou animal que oferece, em condições normais, substância e alojamento a um agente infeccioso.

Incolumidade - Qualidade ou estado de incólume daquele que está livre do perigo, são e salvo; ileso, intacto.

Jusante - Sentido em que correm as águas de uma corrente fluvial, ou seja, para o lado em que vaza o curso de água ou maré.

Latitude - Em geografia, sistema de coordenadas esféricas, para a medida de distâncias angulares relacionadas com o plano do equador. Varia de 0 a 90° (latitude Norte) do equador, em direção ao pólo Norte e de 0 a 90° (latitude Sul) do equador, em direção ao pólo Sul.

Longitude - Em geografia, distância angular de um ponto na superfície terrestre, segundo os meridianos. Com relação ao Meridiano de Greenwich, considerado como o meridiano zero, a distância angular em graus deverá indicar se está sendo medida na direção leste ou oeste.

Maca - Equipamento para transporte de feridos impossibilitados de se locomoverem. O mesmo que padiola. Tabuleiro de lona com um par de braços em cada ponta, destinado ao transporte de feridos.

Mapa de risco - Mapa topográfico, de escala variável, no qual se grava sinalização sobre riscos específicos, definindo níveis de probabilidade de ocorrência e de intensidade de danos previstos.

Mobilização nacional - Conjunto de atividades que, em face da efetivação de hipótese de guerra ou de grave perturbação da ordem, são empreendidas pelo Estado, de modo acelerado e compulsório, a fim de transferir recursos existentes no Poder Nacional e promover a produção oportuna de recursos adicionais.

Montante - Direção de onde correm as águas duma corrente fluvial, no sentido da nascente. Direção oposta à jusante.

Organização das Nações Unidas (ONU) - Organismo supremo de coordenação das relações intergovernamentais, envolvendo a quase totalidade das nações mundiais. Foi estabelecido a partir de 1945, com os seguintes objetivos gerais: manutenção da paz e da segurança internacional; desenvolvimento (intensificação) das relações amistosas entre as diversas nações; solução de problemas de âmbito mundial, através da cooperação internacional; harmonização (coordenação) das ações de cooperação de todas as nações para a consecução de objetivos comuns. A Organização

das Nações Unidas estabeleceu vários organismos e agências de cooperação, com finalidades específicas, dentre as quais importam para a defesa civil: Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHRC ou HRC); Departamento de Assuntos Humanitários (HAD ou DAH); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Organismo Internacional de Energia Atômica (AIEA ou OIEA); Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO); Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO); Organização Internacional de Proteção Civil (ICDO ou OIPC); Organização Meteorológica Mundial (WMO ou OMM); Organização Mundial da Saúde (WHO ou OMS); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP ou PNUD); Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (UNEP ou PNUMA); Programa Mundial de Alimentos (WFP ou PMA); Organização de Aviação Civil Internacional (ICAO — OACI). Mediante convênio com a OMS, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) instituiu para as Américas o Programa para Emergências e Desastres (PED), com sede em Washington.

Pandemia - Epidemia generalizada de amplas proporções, atingindo grande número de pessoas, em vasta área geográfica.

Planejamento estratégico – Relaciona-se com objetivos amplos e de longo prazo.

Planejamento tático – De aplicação imediata, relacionado com os objetivos limitados, facilmente identificáveis e atingíveis a curto prazo.

Plano de contingência – Planejamento tático que é elaborado a partir de uma determinada hipótese de desastre, sendo realizado para controlar e minimizar seus efeitos previsíveis.

Plano de operações – Plano destinado à execução de uma operação, incluindo todos os aspectos necessários a este fim.

Pluviômetro - Instrumento para medir a quantidade de precipitação que cai num local, num momento determinado.

Prejuízo - Medida de perda relacionada com o valor econômico, social e patrimonial de um determinado bem, em circunstâncias de desastre.

Primeiros socorros - Medidas específicas de socorro imediato a uma vítima, executadas por pessoal adestrado, enquanto se aguarda a chegada do médico ou equipe especializada que o conduza ao hospital.

Ração - Quantidade necessária de alimento, para manter um homem ou animal durante um dia. A ração diária de um militar recebe a denominação de etapa.

Risco - Medida de dano potencial ou prejuízo econômico expressa em termos de probabilidade estatística de ocorrência e de intensidade ou grandeza das conseqüências previsíveis.

Salvamento - Assistência imediata prestada a pessoas feridas em circunstâncias de desastre. Conjunto de operações com a finalidade de colocar vidas humanas e animais a salvo e em lugar seguro.

Saneamento básico - Conjunto de atividades técnicas e de procedimentos de saúde pública que tem por objetivo garantir a saúde, o bem-estar e a higiene geral das comunidades, mediante: o abastecimento (captação, tratamento, controle de qualidade, armazenamento e distribuição) de água potável, inclusive limpeza e conservação das caixas d'água domiciliares; a limpeza urbana (limpeza pública), compreendendo a coleta (sempre que possível, seletiva), evacuação e destinação adequada do lixo e de outros despejos sólidos; a drenagem de águas pluviais; a coleta, esgotamento, tratamento e destinação adequada das águas servidas, despejos líquidos e do esgoto sanitário; controle de pragas, hospedeiros, vetores, fontes de infecção e de animais peçonhentos.

Saúde Mental - Termo de referência para diferentes faces do processo saúde-doença e seus aspectos sociais. Abrange patologias, manifestações emocionais que podem ser consideradas normais, condutas problemáticas e o conjunto da dinâmica psicossocial individual e coletiva que se desenvolve em situações adversas.

Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC - Organizado por decreto, tem por competência planejar e promover a defesa permanente contra desastres, naturais ou provocados pelo homem, e atuar em situações de emergência e em estados de calamidade pública, integrando, no território nacional, ações de órgãos e entidades públicas e privadas, em interação com a comunidade,

objetivando prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas e recuperar áreas deterioradas por eventos adversos.

Situação de emergência - Reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, provocada por desastres, causando danos (superáveis) à comunidade afetada.

Socorrista - Pessoa habilitada profissionalmente para prestar socorro, em casos de acidente, ou de mal súbito, ou de outras emergências médicas.

Socorro - Atendimento a pessoa acidentada ou atingida por mal súbito. Ajuda ou assistência vinda do exterior para comunidades que se encontram sob o efeito de um grande desastre.

Sumidouro - Buraco que vai da superfície a uma cavidade subterrânea, geralmente formada pela infiltração de águas superficiais ao atravessar rochas cársticas.

Sistema Único de Saúde - Sistema de saúde brasileiro, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Ver Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e Constituição Federal, art. 196 e art. 198.

Topografia - Arte de representar determinada área da superfície do globo terrestre com todos os pormenores naturais (paisagem física) e artificiais (paisagem cultural), que ali se encontram.

Triagem - Método de classificação das vítimas, que inclui um diagnóstico básico, avaliação do quadro clínico, prognóstico imediato e definição de prioridade no atendimento e na referenciação. Tem por objetivo a identificação de pacientes em risco de morte e que serão salvos, caso recebam uma prioridade que lhes assegure cuidados imediatos e oportunos, em locais adequados.

Vítima - Pessoa que sofreu qualquer espécie de dano físico, psíquico, econômico ou social, em consequência de violência ou desastre.

Voluntário - Pessoa que, sem vínculo institucional, colabora espontaneamente, **executando** tarefas específicas em situações de emergência. Deve ser selecionada em função de sua capacidade física e mental e de conhecimentos específicos. Em seguida, deve ser treinada e habilitada por autoridade competente.

Vulnerabilidade - Condição intrínseca ao corpo ou sistema receptor que, em interação com a magnitude do evento ou acidente, caracteriza os efeitos adversos, medidos em termos de intensidade dos danos prováveis. Relação existente entre a magnitude da ameaça, caso ela se concretize, e a intensidade do dano conseqüente.

Zoonose - Doença infecciosa que, em condições naturais, é transmissível de animais vertebrados ao homem. Pode ser enzoótica, endêmica, ou epizootica, quando epidêmica.

ANEXOS

ANEXO I - FORMULÁRIO DE CONTROLE / SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

1-UF:	2-Município:	3-Data:
4-Local do abrigo:		
5-Responsável pelo setor (nome e função / cargo que ocupa):		
6-Número previsto de refeições:		7-Número de refeições servidas:
8-Sobras (tipo de alimento e quantidade):		
9-Problemas detectados no processo:		
9.1-recepção () não ()sim		
9.2-almoxarifado () não ()sim		
9.3-pré-preparo () não ()sim		
9.4-preparo () não ()sim		
9.5-distribuição () não ()sim		
9.6-higienização () não ()sim		
10-Possíveis soluções (colocar o item e a sugestão para solução do problema):		
11-Foi registrado algum caso suspeito de doença transmitida por alimentos?		
() não ()sim. Especifique:		
12-Este formulário foi preenchido por (nome e cargo / função):		

Segue abaixo as instruções para o preenchimento do formulário sugerido:

a) O campo (1-UF) deverá ser preenchido com a Unidade Federativa (Estado) onde o abrigo está instalado.

b) O campo (2-Município) deverá ser preenchido com o município onde o abrigo provisório está instalado.

c) O campo (3-data) deverá ser preenchido com a data (dia – 2 dígitos, mês - 2 dígitos e ano - 4 dígitos) que o formulário está sendo preenchido. Ex: 12/05/2002.

d) O campo (4-Local do abrigo) deverá ser preenchido com o tipo de local onde o abrigo está instalado, sendo discriminado se é uma escola, igreja, quadra, clube, etc.

e) O campo (5-Responsável pelo setor (nome e função / cargo que ocupa)) deverá ser preenchido com o nome completo e o cargo ou função de quem está respondendo pelo setor de alimentação do abrigo. **Não** se deve colocar neste campo o nome de quem está preenchendo o formulário, a menos que o responsável esteja fazendo o preenchimento.

f) O Campo (6-Número previsto de refeições) deverá ser preenchido com o número estimado de refeições a serem servidas no abrigo.

g) O Campo (7-Número de refeições servidas) deverá ser preenchido com o número de refeições que foram efetivamente servidas pelo setor. Este valor deverá refletir o número de pessoas que se alimentaram no abrigo provisório.

h) O Campo (8-Sobras) deverá ser preenchido com o tipo de alimento que sobrou (alimento limpo, na panela) e um valor estimado da quantidade que poderá ser dado em relação a panela utilizada (ex: meia panela de arroz, meia panela de feijão, etc).

i) O campo (9-Problemas detectados no processo) deverá ser preenchido detalhadamente, em cada subitem (9.1, 9.2, 9.3, etc) marcado com um “sim”, os principais problemas encontrados nas fases do processo de preparação das refeições.

No preenchimento deste campo deve-se observar a ocorrência de:

Na recepção (9.1): a data de validade dos produtos que esteja vencida, produtos fora da temperatura ideal, o aspecto dos produtos e dos entregadores, entre outros;

No almoxarifado (9.2): problemas de organização e arrumação de mercadorias, principalmente. Produtos armazenados de forma inadequada, produtos fora da validade, embalagens rompidas, ambiente sujo, entre outros.

No pré-preparo (9.3): problemas relacionados ao processo ou aos alimentos, como presença de alimentos estragados, falta de utensílios apropriados, etc. Manipulação incorreta dos gêneros alimentícios, higiene, tempo de permanência dos gêneros nesta etapa, entre outros

No preparo (9.4): idem 9.3;

Na distribuição (9.5): problemas que ocorrerem durante a distribuição, tais como: manutenção do alimento fora da temperatura adequada, preparações destampadas, recusa por parte dos “desabrigados”, entre outros. Quantidade insuficiente de refeições ou de determinado alimento, falta de talheres e/ou pratos, limpeza dos pratos e talheres, etc, deverão ser também anotados neste campo;

Na higienização(9.6): a limpeza de bancadas, utensílios, talheres, pratos, panelas, chão, paredes, mesas, enfim, tudo relacionado ao processo deverá ser observado e devidamente anotado.

j) No campo (11-Foi registrado algum caso suspeito de doença transmitida por alimentos?) marcar com um “X” no campo correspondente a positivo (sim) ou negativo (não) e em seguida especificar o tipo de doença ou algum sinal e/ ou sintoma como vômito, diarreia, mal estar associado a alimentação, etc

h) No campo (12-Este formulário foi preenchido por (nome e cargo / função)) a pessoa que preencheu o formulário deverá colocar seu nome completo (em letra legível) e sua função ou cargo que ocupa no abrigo provisório.

**ANEXO II - SUGESTÃO DE FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE LOCAIS
PARA ABRIGOS TEMPORÁRIOS**

1-UF:	2-Município:	
3-Local do abrigo:	4-Data:	
5-Existe cozinha no local ()sim ()não		
6-Número de fogões: _____		
7-Número de fornos: _____		
8-Número de refrigeradores: _____		
9-Outros equipamentos: _____ _____		
10-Utensílios (quantidades): _____		
10.1-Panelas grandes: _____		
10.2-Panelas médias: _____		
10.3-Panelas pequenas: _____		
10.4-Caldeirões: _____		
10.5-Talheres: _____		
10.6-Copos: _____		
10.7-Pratos: _____		
10.8-Outros: _____		
11-Existe água encanada ()sim ()não		
12-Existe coleta de lixo regular no local ()sim ()não		
13-Existe fornecimento de energia elétrica ()sim ()não		
14-Observações:		
15-Este formulário foi preenchido por (nome e cargo / função):		

Segue abaixo as instruções para o preenchimento do formulário sugerido:

- a) O campo (1-UF) deverá ser preenchido com a Unidade Federativa (estado) onde o abrigo está instalado.
- b) O campo (2-Município) deverá ser preenchido com o município onde o abrigo provisório está instalado.
- c) O campo (3-Local do abrigo) deverá ser preenchido com o tipo de local onde o abrigo está instalado, sendo discriminado se é uma escola, igreja, quadra, clube, etc.
- d) O campo (4-data) deverá ser preenchido com a data (dia – 2 dígitos, mês- 2 dígitos e ano -4 dígitos) que o formulário está sendo preenchido. Ex: 12/05/2002.
- e) O campo (5-Existe cozinha no local) deverá ser marcado com a opção correspondente a presença ou não de cozinha no local.
- f) O campo (6-Número de fogões) deverá ser preenchido com o número de fogões em perfeitas condições de uso e que estejam disponíveis em caso de necessidade, presentes no local.
- g) O campo (7-Número de fornos) deverá ser preenchido com o número de fornos em perfeitas condições de uso e que estejam disponíveis em caso de necessidade, presentes no local.
- h) O campo (8-Número de refrigeradores) deverá ser preenchido com o número de geladeiras, freezers ou unidades refrigeradas em perfeitas condições de uso e que estejam disponíveis em caso de necessidade, presentes no local.
- i) O campo (9-Outros equipamentos) deverá especificar em números, outros equipamentos que estejam disponíveis na cozinha ou almoxarifado, tais como chapas, fritadeiras, batedeiras, liquidificadores, etc.
- j) O campo (10-Utensílios (quantidades)) deverá ser preenchido em seus subitens (10.1- Panelas grandes, 10.2-Panelas médias, 10.3-Panelas pequenas, 10.4-Caldeirões, 10.5-Talheres, 10.6-Copos, 10.7-Pratos) com a quantidade em unidade de cada um dos utensílios. No campo- 10.8-Outros- deverá haver a especificação do utensílio (nome) e a quantidade em número.
- k) No campo (11-Existe água encanada) marcar com um “X” a opção correspondente a presença (sim) ou ausência (não) de água encanada com fornecimento regular.
- l) O campo (12-Existe coleta de lixo regular no local) deverá ser marcado com um “X” na opção correspondente a presença (sim) ou ausência (não) de sistema de coleta regular de lixo.

m) O campo (13-Existe fornecimento de energia elétrica) deverá ser marcado com um “X” na opção correspondente a presença (sim) ou ausência (não) de fornecimento regular de energia elétrica por concessionária de serviços públicos.

n) O campo (14-Observações) deverá ser preenchido com as informações não anteriormente descritas que o avaliador julgue mais pertinentes, observadas no local escolhido.

o) No campo (15-Este formulário foi preenchido por (nome e cargo / função)) a pessoa que preencheu o formulário deverá colocar seu nome completo (em letra legível) e sua função ou cargo que ocupa no abrigo provisório.

ANEXO III - PREPARO DE SOLUÇÕES PARA HIGIENIZAÇÃO DE SUPERFÍCIES E UTENSÍLIOS

DILUIÇÕES:

SOLUÇÃO CLORADA a 200 – 250 PPM

10 ml (1 colher de sopa rasa) de água sanitária para uso geral a 2,0 – 2,5 % em **1 litro** de água

ou

20 ml (2 colheres de sopa rasas) de hipoclorito de sódio a 1% em **1 litro** de água.

ÁLCOOL a 70%

250 ml de água (de preferência destilada) em **750 ml** de álcool 92,8 INPN

ou

330 ml de água em **1 litro** de álcool.

A solução deve ser trocada a cada 24 horas.

PRODUTOS RECOMENDADOS PARA DESINFECÇÃO DE ALIMENTOS (HORTALIÇAS E FRUTAS) E SUAS RESPECTIVAS DILUIÇÕES

Produto (laboratório)	Diluição
<i>Mikro-chlor (Ecolab)</i>	<i>50g para 10 litros de água</i>
<i>Sumaveg (Lever)</i>	<i>50g para 10 litros de água</i>
<i>Divosan K-6 (Diversey)</i>	<i>30g para 10 litros de água</i>
<i>Aquatabs (Bayer)</i>	<i>1,5g para 10 litros de água</i>
<i>Qualik Saniverde (Econ/Higecon)</i>	<i>15g para 10 litros de água</i>
<i>Hi-clor (Halex-Istar)</i>	<i>200 ml para 10 litros de água</i>
<i>Milton (Marrel-Lepetit)</i>	<i>200 ml para 10 litros de água</i>
<i>Virex (Johnson)</i>	<i>200 ml para 10 litros de água</i>
<i>Hipoclor (Lever)</i>	<i>200 ml para 10 litros de água</i>

Fonte: Silva Jr., 2002

ANEXO IV - GRUPOS DE ALIMENTOS E RESPECTIVAS SUBSTITUIÇÕES

Leite

Leite integral, iogurte.

Carnes

Carne de vaca / boi, carne de frango, peixe, crustáceos, ovo, carne de porco.

Embutidos

Mortadela, salsicha, lingüiça.

Queijos

Ricota, minas frescal, requeijão, prato.

Gordura

Manteiga, margarina, maionese, óleo, azeite, creme de leite, azeitona, patê.

Frutas e frutas oleaginosas

Abacate, abacaxi, abiu, amendoim, ameixa fresca, ameixa seca, amora, banana d'água, banana prata, cajá, caju, carambola, castanhas, caqui, cereja, coco, cupuaçu, damasco, figo, fruta do conde, framboesa, goiaba, jabuticaba, jaca, laranja, maçã, mamão, maracujá, manga, melão, melancia, morango, pêra, pêssego, pitanga, tangerina, uva.

Hortaliças A

Abobrinha, acelga, agrião, alcachofra, alface, aspargo, bertalha, berinjela, brócolis, cebola, chicória, couve, couve-flor, espinafre, jiló, maxixe, palmito, pepino, pimentão, rabanete, repolho, taioba, tomate.

Hortaliças B

Abóbora, beterraba, cenoura, chuchu, ervilha verde, quiabo, vagem.

Hortaliças C

Batata inglesa, batata doce, inhame, batata baroa, aipim, cará.

Pães

Pão de forma, pão de forma integral, pão francês, pão de milho, pão doce, pão de queijo, pão árabe, panetone, bolo, torrada, biscoitos.

Cereais

Arroz branco, Macarrão cozido, Sagu cozido, Canjica, Pipoca, Milho, Farinha de mandioca, Farelo de trigo, aveia.

Leguminosas

Feijões, Petit pois, Grão de bico, Ervilha, lentilha.

ANEXO V - FORMULÁRIO DE CADASTRO DOS DESABRIGADOS

MUNICÍPIO _____ ABRIGO _____ Data ____/____/____				
CADASTRO DOS DESABRIGADOS				
Nº de registro	NOME	IDADE	SEXO	OBSERVAÇÕES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

ANEXO VI – FICHA DE ACAUTELAMENTO DE BENS

FICHA DE ACAUTELAMENTO DE BENS

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____

BENS ACAUTELADOS (especificar tipo, característica e nº de série do bem caso tiver)

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO _____

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ACAUTELAMENTO:

FICHA DE ACAUTELAMENTO DE BENS

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____

BENS ACAUTELADOS (especificar tipo, característica e nº de série do bem caso tiver)

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO _____

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ACAUTELAMENTO:

ANEXO VII – FORMULÁRIO DE ANAMNESE MÉDICA PARA CRIANÇAS

NOME: _____ IDADE: _____ DATA : _____

Queixa e duração:

História da doença atual:

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Fazer um círculo em torno das respostas positivas. Descrevê-las na coluna em branco. Riscar as respostas negativas.

Antecedentes Pessoais:
() Nada digno de nota

VCI,
IRA, ASMA
DIARRÉIA,
DESIDRATAÇÃO,
CONVULSÕES
ALERGIAS
MEDICAMENTOSA
CIRURGIAS
INTERNAÇÕES

Uso de medicações diárias:

História Imunológica:						
AO NASCER	BCG	☐ Sim ☐ Não	Hep B	☐ Sim ☐ Não		
1 MÊS	Hep B	☐ Sim ☐ Não				
2 MESES	Pólio	☐ Sim ☐ Não	DTP + HiB	☐ Sim ☐ Não		
4 MESES	Pólio	☐ Sim ☐ Não	DTP + HiB	☐ Sim ☐ Não		
6 MESES	Pólio	☐ Sim ☐ Não	DTP + HiB	☐ Sim ☐ Não	Hep B	☐ Sim ☐ Não
9 MESES	Sarampo	☐ Sim ☐ Não	F. Amarela	☐ Sim ☐ Não		
12 MESES	Saram. + rubéola	☐ Sim ☐ Não				
15 MESES	DTP + HIB	☐ Sim ☐ Não	Pólio	☐ Sim ☐ Não	MMR	☐ Sim ☐ Não
6-10 ANOS	BCG	☐ Sim ☐ Não				
OUTRAS	Varicela ☐ Sim ☐ Não	Hep A ☐ Sim ☐ Não	PNEUMO ☐ Sim ☐ Não	Meningo C ☐ Sim ☐ Não	Gripe ☐ Sim ☐ Não	Rotavírus ☐ Sim ☐ Não
Geral	() Nada digno de nota	Peso: _____ kg Est: _____ cm FC: ____ bat/min FR: _____ irpm Temp: _____ ° ☐ ☐ Bom ☐ ☐ Regular ☐ ☐ Mau ☐ ☐ Apático ☐ ☐ Agitado ☐ ☐ Palidez cutâneo-mucosa ☐ ☐ Descorado ☐ ☐ Cianótico ☐ ☐ Ictérico ☐ ☐ Desidratado ☐ ☐ Sudoreico				
Tegumento	() Nada digno de nota	Descrição das alterações do Exame Físico				
Segmento Cefálico	() Nada digno de nota					
Neurológico	() Nada digno de nota					
Respiratório	() Nada digno de nota					
Cardio Circulatorio	() Nada digno de nota					
Gastro Intestinal	() Nada digno de nota					
Locomotor	() Nada digno de nota					

OBS.:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (Motivo da consulta):			
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)	Nutricional:	☐ Euforia ☐ Obeso ☐ Desnutrido ☐ Grave	
	Imunização:	☐ Atualizada ☐ Desatualizada	
	Outros:		
TRATAMENTO:			
ENCAMINHAMENTO:			
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	<i>Qual (is)?</i> Notificado? ☐ sim ☐ não		

Assinatura: _____ Data ____/____/____ Hora: ____:____

ANEXO VIII - FORMULÁRIO DE ANAMNESE MÉDICA PARA ADULTOS

PACIENTE: _____ DATA ____/____/____

IDADE: _____

Queixa e Duração	Geral: ☐ sem queixa ☐ febre ? fadiga ? anorexia ☐ fraqueza ☐ emagrecimento ☐ obesidade ☐ icterícia ☐ tontura ☐ edema ☐ outro _____
História da Moléstia Atual	Cabeça: ☐ sem queixa ☐ trauma ☐ cefaléia ☐ outro _____
	Olhos: ☐ sem queixa ☐ óculos ☐ lente de contato ☐ dor ☐ secreção ☐ visão borrada ☐ diplopia ☐ outro _____
	Boca/ garganta: ☐ sem queixa ☐ alteração da voz ☐ dificuldade de deglutir ☐ próteses ☐ outro _____
	Respiratório: ☐ sem queixa ☐ dor ☐ tosse seca ☐ expectoração ☐ sibilos ☐ dispnéia ☐ hemoptise ☐ outro _____
	Cardíaco: ☐ sem queixa ☐ dor precordial ☐ taquicardia ☐ bradicardia ☐ palpitações ☐ outro _____
	Vascular: ☐ sem queixa ☐ claudicação ☐ varizes ☐ trombose ☐ outro _____

	Gastrointestinal: ☐ sem queixa ☐ dor ☐ azia/refluxo ☐ disfagia ☐ plenitude gástrica ☐ náusea ☐ vômito ☐ diarreia ☐ obstipação ☐ hematêmese ☐ melena ☐ enterorragia ☐ tenesmo ☐ alt. hábito intestinal ☐ outro _____
HPP: ☐ DM ☐ HAS ☐ ANGINA ☐ BK ☐ HANSENIÁSE ☐ EPILEPSIA ☐ PNM ☐ ASMA ☐ DPOC ☐ SIDA ☐ Cirurgias: _____ ☐ Transfusões _____ ☐ OUTRAS: _____ _____ _____	Urinário: ☐ sem queixa ☐ disúria ☐ noctúria ☐ polaciúria ☐ hematúria ☐ retenção ☐ urgência miccional ☐ incontinência ☐ infecção ☐ poliúria ☐ outro _____ Mulheres: ☐ NA ☐ sem queixa ☐ corrimento ☐ prurido ☐ alteração menstrual ☐ secreção uretral ☐ mamas: ☐ nódulos ☐ secreção de mamilo ☐ gravidez ☐ outro _____
Tipo sanguíneo: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O FATOR Rh: ☐ Rh + ☐ Rh -	Homens: ☐ NA ☐ sem queixa ☐ dor testicular ☐ secreção uretral ☐ outro _____
Está em tratamento médico? Motivo? 	Músculo-esquelético: ☐ sem queixa ☐ dor articular ☐ dor muscular ☐ limitação do movimento ☐ força diminuída ☐ cervicalgia ☐ dorsalgia ☐ lombalgia _____ ☐ rigidez ☐ Outro _____
Faz uso contínuo de medicações: Quais: 	Neurológico: ☐ sem queixa ☐ desmaio ☐ convulsões ☐ tremor ☐ formigamento ☐ parestesias ☐ paralisias ☐ paresias ☐ claudicação ☐ rigidez de nuca ☐ Outro _____

EXAME FÍSICO

LEGENDA: NDN= O aspecto foi analisado e está dentro dos parâmetros normais. NA= Não foi analisado por não estar relacionado direta ou indiretamente ao motivo do atendimento/queixa principal, na opinião do médico responsável. Alterado= É necessário descrever os achados no espaço ao lado.

ESTADO GERAL:	☐ Bom ☐ Regular ☐ Mau ☐ Apático ☐ Agitado ☐ Palidez cutâneo-mucosa ☐ Descorado ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Desidratado ☐ Sudoreico
SINAIS VITAIS	FR: ____ irpm FC: ____ bpm PA: ____ x ____ mmHg Tax°: ____
CABEÇA/PESCOÇO ☐ NA ☐ NDN ☐ Alterado	Descrição das alterações do Exame Físico
RESPIRATÓRIO ☐ NDN ☐ Alterado	
CARDÍACO ☐ NDN ☐ Alterado	
VASCULAR ☐ NDN ☐ Alterado	
ABDOME ☐ NDN ☐ Alterado	
NEUROLÓGICO ☐ NDN ☐ Alterado	Glasgow ____ ☐ Nível de consciência ☐ Sinais meníngeos ☐ Déficits motores ☐ Déficits sensitivos ☐ Reflexos
LOCOMOTOR ☐ NA ☐ NDN ☐ Alterado	
PELE ☐ NDN ☐ Alterado	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (Motivo da consulta):	
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)	
TRATAMENTO	
ENCAMINHAMENTO:	
DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	Qual (is)? Notificado? ☐ sim ☐ não

Médico: _____ Data ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

ANEXO IX – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA SOCIAL

ABRIGO _____ MUNICÍPIO _____ Data ____/____/____

ENTREVISTA SOCIAL

1 - N° de registro da família – F _____

2 - Nome do entrevistado _____

3 - Data de chegada no abrigo ____/____/____

4 - Endereço residencial (mesmo que destruído) _____

5 - Telefone de contato _____

6 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR (incluir o entrevistado):

NOME DOS MEMBROS DA FAMÍLIA	Idade	Ocupação/profissão	Situação trabalhista	Renda	Situação escolar	Perdeu algum documento?
			☐ trabalha c/ cart ☐ trabalha s/ cart		☐ estuda ☐ não estuda série ____	☐ CPF ☐ RG ☐ CTPS ☐ RCN ☐ outros ____
			☐ trabalha c/ cart ☐ trabalha s/ cart		☐ estuda ☐ não estuda série ____	☐ CPF ☐ RG ☐ CTPS ☐ RCN ☐ outros ____
			☐ trabalha c/ cart ☐ trabalha s/ cart		☐ estuda ☐ não estuda série ____	☐ CPF ☐ RG ☐ CTPS ☐ RCN ☐ outros ____
			☐ trabalha c/ cart ☐ trabalha s/ cart		☐ estuda ☐ não estuda série ____	☐ CPF ☐ RG ☐ CTPS ☐ RCN ☐ outros ____
			☐ trabalha c/ cart ☐ trabalha s/ cart		☐ estuda ☐ não estuda série ____	☐ CPF ☐ RG ☐ CTPS ☐ RCN ☐ outros ____

7 - As pessoas que trabalham ou contribuem para o sustento da família têm outra renda (aluguel, mesada, bolsa-família, cheque-cidadão, outros benefícios)?

☐ sim. ☐ não Qual? _____

Quanto? _____ reais/mês

8 – **Situação escolar** (Nome e endereço das escolas das crianças que estão estudando):

Criança _____

Escola _____ Endereço _____

Criança _____

Escola _____ Endereço _____

9 – **Condições da residência afetada:**

() totalmente destruída

() parcialmente destruída

() não foi destruída, com possibilidade de retorno a curto prazo

() não foi destruída, mas está sob risco ou interditada

() outra situação

10 – **A quem vocês costumam pedir ajuda em situações difíceis** (parentes, patrão, igreja, vizinhos, comunidade)?

Endereço: _____ Telefone _____

Endereço: _____ Telefone _____

11 – **Vocês têm algum lugar para ficar provisoriamente?**

Onde? _____

Endereço: _____ Telefone _____

12 – **Vocês perderam algum parente no desastre?**

() sim () não

Quem? _____ Causa da morte _____

Situação trabalhista da pessoa falecida _____

13 - **Observações sobre A FAMÍLIA** (condições psíquicas, se tem alguém doente ou hospitalizado, se alguém possui necessidades específicas, perspectivas quanto ao retorno à residência, aptidões)

RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA _____

ROTEIRO PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

O presente roteiro tem por objetivo uma boa condução no preenchimento do formulário de entrevista a fim de coletar o máximo de dados necessários para uma análise da situação dos desabrigados. Cada formulário diz respeito a um grupo familiar (respeitando suas múltiplas configurações) e a entrevista deve ser direcionada para um dos membros, preferencialmente, para o responsável da família que saiba responder questões sobre a família.

ABRIGO _____ MUNICÍPIO _____ Data ____ / ____ / ____

Neste campo a identificação do abrigo (ou por sua localidade ou por um nome), bem como do município facilitam na organização dos dados coletados. Numa situação de desastre pode haver vários abrigos em uma mesma região. A data indicada se refere à data do preenchimento do formulário de entrevista .

Campo 1

1- Nº de registro da família – F _____

Este campo refere-se a um número de registro para cada família. Foi criado para facilitar a organização do trabalho na identificação das planilhas de rotina. Todo registro começa com a letra F e deve ser seguida de um número. Exemplo: F03

Obs: A letra antes do número refere-se à família e serve para diferenciar o registro individual que cada pessoa recebe no momento da recepção no abrigo.

2 - NOME do entrevistado _____

Refere-se ao nome de quem está respondendo o questionário. Deve ser preenchido o nome completo, sem abreviações.

3 - Data de chegada no abrigo ____ / ____ / ____

Refere-se a data de chegada da família no abrigo

4 - Endereço residencial (mesmo que destruído) _____

Refere-se ao endereço no qual a família residia até o momento do desastre.

5 - Telefone de contato _____

Refere-se ao telefone disponível para se contactar posteriormente com a família, caso seja necessário. Pode ser telefone de parentes, vizinhos ou mesmo o telefone da residência destruída (mesmo que tenha sido desligado em virtude do desastre).

6 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR (incluir o entrevistado):

MEMBROS DA FAMÍLIA	Idade	Ocupação/ profissão	Situação trabalhista	Renda	Situação escolar	Perdeu algum documento?
Maria do Socorro das Neves	30	Doméstica	() trabalha c/ cart (x) trabalha s/ cart	R\$ 300,00	() estuda (x) não estuda série 5 série	(x) CPF (x) RG (x) CTPS () RCN (x) outros- cert. casamento

Este campo refere-se às informações mais importantes de cada membro familiar. O entrevistado deve ser incluído neste campo.

Nome – deve ser preenchido em letra legível o nome completo de cada membro da família, inclusive das crianças;

Idade – deve ser preenchida a idade de cada membro;

Ocupação/ profissão- este campo refere-se ao que cada um faz. Existem várias possibilidades de respostas, tais como: se trabalha: eletricista, motorista, segurança, porteiro, biscate, catador de latas, doméstica, etc. Se não trabalha: estudante, do lar, desempregado.

Situação trabalhista -Este campo refere-se somente a quem trabalha, mesmo que informalmente.

Renda - Refere-se a quanto cada um que trabalha ganha. Deve ser preenchido em números e pode ser um valor aproximado. Deve-se incluir a aposentadoria e pensão alimentícia neste campo.

Situação escolar - Este campo refere-se à escolaridade e deve ser preenchido da seguinte forma:

estuda - está matriculado e frequenta as aulas;

não estuda - está matriculado e não frequenta as aulas;

- não está matriculado na escola;

- não estuda mais.

OBS: em todas as ocasiões deve ser colocado a série, mesmo para os adultos que tenham parado de estudar há muito tempo. Caso o adulto não tenha estudado, colocar no campo da série a condição de **não estudou**.

Perdeu algum documento?

Este campo refere-se aos documentos perdidos no desastre e devem ser marcados cada um com um X:

CPF – cadastro de pessoa física;

RG (Identidade) – registro geral;

CTPS – carteira de trabalho e previdência social;

RCN – registro de certidão de nascimento;

Outros – cartão de vacina das crianças, certidão de óbito, certidão de casamento, carteira de habilitação, entre outros.

Campo 7

7 - As pessoas que trabalham ou contribuem para o sustento da família têm outra renda?

(aluguel, mesada, bolsa- família, cheque cidadão, outros benefícios)

☐ **sim.** Qual? _____ Quanto? _____ reais/mês

☐ **não**

Este campo refere-se às outras rendas que a família possui, tais como bolsa família, benefícios assistenciais, etc.

Campo 8

8 – SITUAÇÃO ESCOLAR - Nome e endereço das escolas das crianças que estão estudando:

CRIANÇA _____

Escola _____ **Endereço** _____

Este campo refere-se às crianças ou adolescentes que estudam. Tem por objetivo facilitar o retorno da criança ou adolescente às aulas o mais rápido possível.

Campo 9

9 – Condições da residência afetada:

☐ **totalmente destruída**

☐ **parcialmente destruída**

☐ **não foi destruída, com possibilidade de retorno a curto prazo**

☐ **não foi destruída, mas está sob risco ou interditada**

☐ **outra situação**

Este campo refere-se às condições da residência afetada:

Totalmente destruída – aquela em que todos ou a maioria dos bens e a estrutura foram destruídos e onde a família não poderá retornar.

Parcialmente destruída – aquela em que os bens e a estrutura foram parcialmente destruídos e para onde a família poderá retornar a médio prazo ou por meio de pequenos reparos;

Não foi destruída, com possibilidade de retorno a curto prazo – aquela em que os bens e a estrutura não foram destruídos e para onde a família poderá retornar a curto prazo;

Não foi destruída, mas está sob risco ou interditada – aquela em que os bens e a estrutura não foram destruídos, mas que está sob risco de desabamento, de contaminação, ou interditada pela Defesa Civil;

Outra situação – diz respeito às condições da residência afetada que não se enquadram nas opções expostas acima.

Campo 10

10 – A quem vocês costumam pedir ajuda em situações difíceis? (parentes, patrão, igreja, vizinhos, comunidade)

Endereço: _____ **Telefone** _____

Endereço: _____ **Telefone** _____

Este campo refere-se às redes de solidariedade que as famílias costumam acionar em caso de dificuldade. Muitas vezes elas já contam com a ajuda da comunidade da igreja que freqüentam, do patrão, de vizinhos, de parentes ou da própria comunidade onde vivem. Estas pessoas podem servir de grande apoio para a reconstrução das vidas dessas famílias. Os endereços a serem escritos dizem respeito às referências mais importantes para a família, facilitando o contato.

Campo 11

11 – Vocês têm algum lugar para ficar provisoriamente?

Onde? _____

Endereço: _____ **Telefone** _____

Este campo refere-se à possibilidade das famílias desabrigadas terem um outro local para ficarem que não seja o abrigo. É importante que se anote o endereço e telefone para que, em caso de transferência da família para o local sinalizado, elas possam ser assistidas pelos órgãos competentes.

Campo 12

12 – Vocês perderam algum parente no desastre?

() sim () não

Quem? _____ **Causa da morte** _____

Situação trabalhista da pessoa falecida

Esse campo refere-se a perdas de parentes no desastre. Deve ser sinalizado pelo nome, seguido do grau de parentesco com quem estiver respondendo a entrevista. A causa da morte e a situação trabalhista da pessoa falecida servem para situações nas quais algum benefício ou seguro possa ser requerido.

Campo 13

13 – Observações sobre A FAMÍLIA (condições emocionais, perspectivas quanto ao retorno à residência, aptidões).

Este campo refere-se às observações sobre a família, bem como a percepção do entrevistador no momento da entrevista. É importante sinalizar:

- **As condições psíquicas :** como os membros da família se encontram após o desastre: tristes, ansiosos, desesperados, abatidos, etc.
- **Se tem alguma pessoa da família doente ou hospitalizada.**
- **Se alguém na família tem necessidades específicas, como idosos que precisem de cadeiras de rodas.**
- **Perspectiva quanto ao retorno à residência** – se tem vontade de retornar para mesmo local de moradia, se não tem vontade de sair do abrigo, se pretende ajudar na reconstrução do cenário destruído, entre outras.
- **Aptidões** - quais habilidades possuem e se podem ajudar na administração do abrigo.

ANEXO X – CUIDADOS EM SAÚDE

FORMULÁRIOS PARA RELATÓRIO DE CONTROLE SEMANAL

(Os formulários reais devem ser estabelecidos com base nas conclusões e recomendações da avaliação inicial)

Local: _____ Data: de _____ até _____

1. População afetada pela situação de desastre

A. População total no início da semana: _____

B. Nascimentos esta semana: _____

Mortes esta semana: _____

C. Chegadas esta semana (*se aplicável*): _____

Partidas esta semana: _____

D. População total no final da semana: _____

E. População total com < 5 anos de idade: _____

2. Mortalidade

Número de Mortes	0-4 anos		5+ anos		Total
	Sexo masc.	Sexo fem.	Sexo masc.	Sexo fem.	
Doença diarreica					
Doença respiratória					
Subnutrição					
Sarampo					
Malária					
Leptospirose					
Fatores relacionados com a maternidade					
Outros-desconhecidos					
Total por idade e sexo					
Total < 5 anos					

Taxa média de mortalidade total:

Sexo Masc. _____ Sexo Fem. _____ Total _____

Mortes/10.000 membros da população total/média diária semanal) por idade e sexo.

Taxa média de mortalidade de menores de cinco anos:

Sexo Masc. _____ Sexo Fem. _____ Total _____

(Mortes/10.000 menores de cinco anos/média diária semanal)

3. Morbilidade

Sintomas principais diagnóstico	0-4 anos		5+ anos		Total
	Sexo masc.	Sexo fem.	Sexo masc.	Sexo fem.	
Diarreia-desidratação					
Febre com tosse					
Febre com arrepios /malária					
Leptospirose					
Sarampo					
Traumatismo/acidente					
Suspeita de meningite					
Suspeita de cólera					
Outros/desconhecidos					
Total					

4. Comentários:

ANEXO X - B – CAPÍTULO CUIDADOS EM SAÚDE

Calendário Básico de Vacinação da Criança

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG - ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses			
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
4 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
6 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela (3)	dose única	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
6 a 10 anos	BCG - ID (4)	reforço	Formas graves de tuberculose
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

Fonte: Ministério da Saúde

(1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

(2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

(3) A vacina contra Febre Amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residem ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

(4) Em alguns estados, esta dose não foi implantada. Aguardando conclusão de estudos referentes a efetividade da dose de reforço.

ANEXO X - C – CUIDADOS EM SAÚDE

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Port. no 1.461/GM/MS –

1* Publicada no D.O.U. de 23/12/99.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das suas atribuições que lhe confere o art. 44 do Decreto no 79.321, de 12 de agosto de 1976, e tendo em vista o disposto no item I do art. 8º desse mesmo diploma, resolve:

Art. 1º - Para os efeitos da aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e de sua regulamentação, constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças a seguir relacionadas:

- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Doença de Chagas (casos agudos)
- Doença Meningocócica e Outras Meningites
- Febre Amarela
- Febre Tifóide
- Hanseníase
- Hantavirose
- Hepatite B
- Hepatite C
- Leishmaniose Visceral
- Leptospirose
- Malária (em área não endêmica)
- Meningite por *Haemophilus influenzae*
- Poliomielite

- Paralisia Flácida Aguda
- Peste
- Raiva Humana
- Rubéola
- Síndrome da Rubéola Congênita
- Sarampo
- Sífilis Congênita
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)
- Tétano
- Tuberculose

Art. 2º - Todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde/FUNASA.

Art. 3º - A definição de caso para cada doença mencionada nesta Portaria deve obedecer à padronização definida pela FUNASA.

Art. 4º - O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são definidos nas normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/CENEPI/FUNASA).

Art. 5º - Os gestores estaduais e os municipais do Sistema Único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico em cada uma dessas esferas de governo.

§ 1º - As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde à Fundação Nacional de Saúde.

§ 2º - É vedada aos gestores municipais e aos estaduais do Sistema Único de Saúde a exclusão de doenças e agravos componentes do elenco nacional de doenças de notificação compulsória.

Art. 6º - Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Os desastres vêm acompanhando a humanidade século após século e a busca por soluções que possibilitem a sua redução tem fomentado um maior estudo sobre as ameaças e vulnerabilidades que os desencadeiam.

A formação e capacitação de especialistas que atuam na área e o esclarecimento das comunidades se faz necessário, porém na busca de informações nem sempre há disponibilidade de uma quantidade significativa de materiais com embasamento técnico-científico, atualizados e voltados para a realidade brasileira.

A fim de minimizar os efeitos dos desastres, um dos objetivos da Defesa Civil com a sociedade, foi elaborado este manual visando contribuir com as Coordenadorias Municipais de Defesa Civil quanto ao planejamento, à montagem e à coordenação de abrigos temporários. Este trabalho facilitará as decisões compartilhadas entre as esferas do poder público e a sociedade, lembrando que o processo participativo da comunidade é de grande importância para colocá-lo em prática.

ISBN 85-60130-00-4

