

No caso do uso de alimentos congelados, é vetada qualquer forma de recolhimento, 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.

Os equipamentos e utensílios

Os equipamentos e utensílios devem estar adequadamente higienizados. Uma correta higienização deve seguir uma seqüência, 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).

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.

CARDÁPIO

A elaboração de um cardápio para abrigos temporários se faz necessário, porém não é possível prever 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.

RECEPÇÃO, TRIAGEM E ROTINA DO ABRIGO

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.

CADASTRO DOS DESABRIGADOS

O cadastro deve ser realizado, preferencialmente, num único momento 9 . De maneira organizada, os desabrigados devem ser identificados através do registro de alguns dados (nome, idade, sexo, entre outros) em uma lista de cadastro . 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 beneficiar designados para a população que realmente necessita.

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 consideramos 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.

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 abrigo 10 . Sugere-se que seja preenchido um formulário apropriado 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 porventura 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 porventura tenham ficado no local do evento.

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.

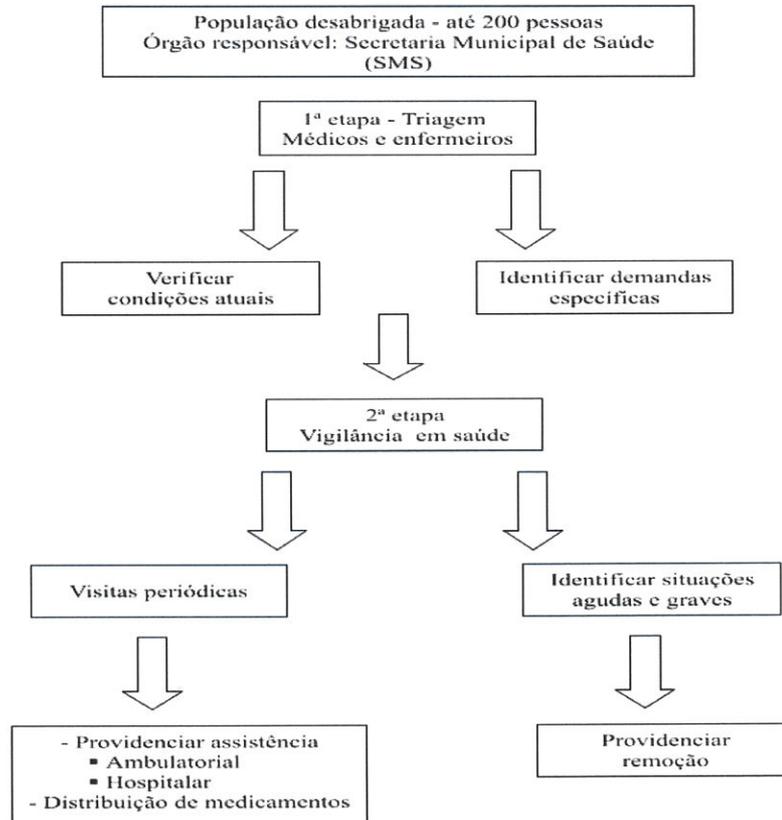
Os animais sem responsáveis deverão ser encaminhados para órgãos de proteção aos animais ou similares.

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 morbidades pré-existentes e/ou morbidades 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



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

reconstrução 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.

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, deve-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 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.

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.

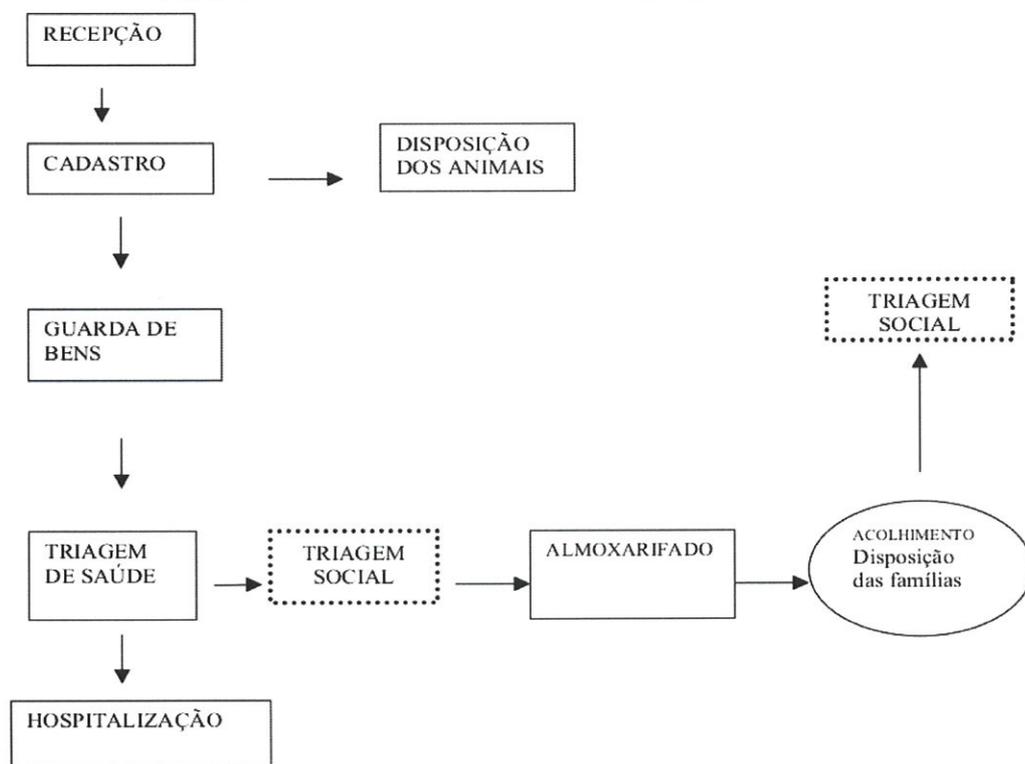
Na triagem de saúde, recomenda-se o mínimo de 1 médico, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem. Na triagem social, sugere-se o mínimo de 1 profissional especializado ou 1 agente capacitado para a realização da entrevista social.

ALMOXARIFADO DA SAÚDE

Insumos Estratégicos

A equipe do **Almoxarifado da Saúde** ficará responsável por fazer um levantamento inicial do estoque dos insumos citados no anexo III da **Portaria GM/MS N° 874, DE 4 DE MAIO DE 2021**. Esse levantamento deverá ser previsto pela equipe do almoxarifado sempre que iniciar um possível estado de calamidade pública, os mesmos deverão trabalhar em conjunto com as unidades de saúde a fim de dispor das estratégias próprias.

FLUXOGRAMA DA RECEPÇÃO E TRIAGEM DO ABRIGO



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.

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.

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, Almoxarifado), 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.

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 Psicossociais 11 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.

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.

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 voluntários 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). 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.

CUIDADOS EM SAÚDE

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.

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.

-Doenças diarréicas 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 Cólica 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 diarréias 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, frequentemente ocorre febre, cólicas abdominais e vômitos. As maiores complicações da diarreia 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 375 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.

Quadro 8.2 – Tratamento no abrigo

PLANO A		
SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)		
Idade	Quantidade de SRO após cada evacuação diarréica	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

Ofereça alimentação saudável plena em calorias:

se lactente: leite materno e leite artificial (se não mama ao seio) com freqüência;
seja 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

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.

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 as ações de redução da contaminação do ambiente.

Tratamento

O 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 devem ser tratadas 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 compulsória.

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

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 (mantém-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 de < 80 mmHg em pacientes menores de 5 anos e PA máxima de < 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 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 gastrointestinal) 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 peridomiciliares 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*, freqüente 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;
A 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 nutrízes 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
<ul style="list-style-type: none">▪ 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 tiragem subcostal	Com tiragem subcostal	Não é capaz de beber convulsões sonolência estridor em repouso ou desnutrição severa
	Sem respiração rápida*	Respiração rápida*		
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

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 apresentam 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, 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 enjôos, 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 socioeconômicas 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 concluído. 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 sanitaria 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 à 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 compromete 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), 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
<ul style="list-style-type: none">▪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
<ul style="list-style-type: none">▪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 frequente 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 a ocorrência de uma doença renal potencialmente grave, chamada glomerulonefrite, mais frequente 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 (pentes, 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, encontram-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 frequente. 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 disso, 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 dessas 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 psicossociais 15.

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 transmissível 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 voluntariado 16.

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

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

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 conseqüências 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. 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.

8.3.5.4 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, esse 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.

8.3.9 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 consequências 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 consequências 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 à 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, descorados ou com manchas, unhas em forma de cunha, mucosas descoradas, 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 sanguíneo, 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, ingerir líquidos e alimentar-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