

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

Pontos de corte estabelecidos para idosos

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

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

8.4.2.6 Hipertensos

Mudanças de hábitos são fundamentais para o controle da hipertensão, devendo ser incorporadas à rotina do indivíduo. Mesmo que tais mudanças não consigam levar a êxito o controle da doença, irão potencializar a atuação dos medicamentos. Estas mudanças são parte integrante do tratamento, cabendo ao profissional responsável pela coordenação deste, incentivar algumas atitudes, entre as quais as mais importantes são: controle do peso: controlar o consumo de calorias, sobretudo daquelas oriundas das gorduras; restrição de cloreto de sódio (sal de cozinha): é importante limitar o consumo de sal e alimentos industrializados, como enlatados, embutidos e condimentos, já que possuem uma quantidade apreciável de sal em suas composições; controle da ingestão de álcool: o ideal é que não haja consumo de álcool. Na medida em que isso não for possível, deve-se limitar a ingestão ao máximo.

8.4.2.7 Diabéticos

O cuidado nutricional neste grupo tem como objetivo ajudar o indivíduo a manter seus níveis de glicose sanguínea os mais próximos do normal, através de uma alimentação equilibrada, que também contribuirá para manutenção de níveis adequados de lipídeos plasmáticos. Controle do peso: controlar o consumo de calorias, sobretudo daquelas oriundas das gorduras, massas e pães; restrição ao açúcar refinado: evitar o consumo de açúcar refinado, mel e alimentos que os contenham controle da ingestão de álcool: o ideal é que não haja consumo de álcool, limitando sua ingestão ao máximo. Em situações de emergência, é importante considerar que as características do desastre, da população afetada e o local onde os desabrigados serão recebidos irá influir nas suas condições de bem-estar. O cuidado nutricional, nesta fase, será baseado principalmente na atenção aos grupos mais vulneráveis, sendo os demais grupos acompanhados apenas com relação ao consumo

adequado dos nutrientes provenientes da ingestão diária das refeições fornecidas.

8.5 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

8.5.1 Introdução

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

Dessa forma, quando falamos em ações de saúde mental, podemos estar nos referindo a diversos níveis: promoção, prevenção, atenção, tratamento e reabilitação. Elas também podem se dar em campos variados, como o da clínica, o das necessidades básicas, o da cidadania, entre outros. Nesta perspectiva, a visão da atenção à saúde mental não deve ser centrada somente no impacto traumático; deve ser ampla e dimensionar-se além do evento causador em questão. Apesar de sua relevância, o tema da saúde mental em desastres ainda é pouco valorizado. Até 1985, quando ocorreram os desastres do México e da Colômbia 17, não existiam praticamente estratégias de intervenção nessa área, não sendo ela vista como parte da resposta em situações de emergência. A partir deles, passou-se a aceitar que, em situações de desastres naturais e emergências, não se produzem apenas mortes, enfermidades físicas e perdas econômicas, mas também uma série de afecções na saúde mental da população. Foram realizados, então, estudos detalhados para avaliar a morbidade psiquiátrica nessas condições, uma vez que se implementaram estratégias para o manejo dessa problemática pelos trabalhadores da rede de atenção primária de saúde. Reconheceu-se também a importância do trabalho com grupos e a utilização de espaços comunitários nas ações. Ainda assim, a maior parte dos projetos em saúde mental era baseada somente na atenção psiquiátrica. Foi na década de 90 que passamos a observar claramente uma perspectiva que supera o critério curativo-assistencialista. É reconhecida a importância do componente psicossocial nas estratégias de intervenção, fortalece-se o conceito de gestão de risco e inicia-se a desmedicalização do problema.

Essa evolução – de um modelo biomédico com ênfase no tratamento medicamentoso e hospitalar para um modelo de cuidados à saúde mental por meio de uma atenção psicossocial – ocorre por conta de mudanças na compreensão e na abordagem no campo da saúde mental em geral, em especial na América Latina, com a significativa influência da reforma psiquiátrica 18. Logo, nessa época, começaram a ocorrer: o desenvolvimento de programas de saúde mental, a descentralização dos serviços de

atenção psiquiátrica, o deslocamento do hospital psiquiátrico como estrutura fundamental da atenção em saúde mental e a mudança de um modelo de atenção medicalizado e centrado no dano até outro, integral e de base comunitária. Em qualquer população desabrigada poderão existir doentes mentais crônicos e outras pessoas seriamente traumatizadas pelo conflito. Eles devem receber tratamento e proteção apropriados. Mas, para além disso, um evento traumático resulta em estresse e sofrimento, que terão um forte efeito nos sujeitos e na comunidade. Essas reações são esperadas em eventos violentos e não devem ser consideradas doenças psiquiátricas. Portanto, cuidados psiquiátricos generalizados são inapropriados e devem ser evitados. Respostas que ocorram logo e de forma adequada são comprovadamente eficazes para a saúde mental, podendo limitar o impacto do evento, agilizando o retorno ao comportamento habitual. Entretanto, depois da emergência propriamente dita, os problemas de saúde mental podem requerer atenção durante um período prolongado, quando os sobreviventes têm que enfrentar a tarefa de reconstruir suas vidas. Sendo assim, são necessários o aumento e a melhoria dos serviços de saúde mental de base comunitária, além de outras medidas com uma visão de médio e longo prazo. Alguns princípios de atuação - como modelos de intervenção assistencialista, pouco enfoque na prevenção e atendimentos clínicos individuais frente a grandes impactos na coletividade - dificultam bastante a atenção em um momento pós-traumático.

Em situações de desastres a preocupação com os danos à saúde física, muito mais visíveis, ainda constitui o principal eixo de ação de saúde e das decisões políticas e organizacionais. A Política Nacional de Saúde Mental deu origem ao que denominamos de Rede de Atenção Psicossocial. Ela é composta pela Atenção Básica, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (dos tipos I, II, III, Álcool e Drogas/AD, e Infantil), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelo Programa de Volta pra Casa, pelos leitos de atenção integral em hospitais gerais, entre outros dispositivos

O município de Araranguá, conta com um CAPS I, que foi inaugurado em 30/12/2004. É um serviço de atenção diária, aberto de segunda à sexta-feira, destinado ao atendimento de pacientes com transtorno mental moderado e grave. Estão incluídos nesta categoria pessoas com transtorno do espectro autista (TEA), com psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados e/ou têm dificuldades de manter ou estabelecer laços sociais.

Os serviços/ações ofertadas no CAPS I: acolhimento, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, psicoterapia, atendimento de familiares, atendimento de enfermagem, alimentação, definição do PTS.

Os principais espaços coletivos do CAPS são: Reuniões de equipe; reunião clínica (semanal); assembleias; e o próprio Projeto Terapêutico Individual das pessoas em cuidado neste serviço.

A equipe apresenta a seguinte composição: 1 psicólogo: Scheila Alexandrino, 1 enfermeira/coordenadora: Aline Dias Ferreira, 1 artesã: Tania Regina de Jesus, 1 técnico de enfermagem: Daniel Figueiro, 1 assistente administrativo: Camila Fortunato, 1 cozinheira: Elisete Ronconi Recco, 1 higienizadora: Priscila Feliciano, 1 assistente social: Edna Fragnani, 1 clínico Geral: Ricardo Bubniak, 2 psiquiatras: Odair Cesar Euzebio e Eduardo Siam Bohme, 1 pediatra: Sílvio Rogério Caldas.

No que se refere à questão do abuso e dependência de substâncias psicoativas, o município conta com um Serviço de Saúde de caráter aberto e comunitário que funciona de segunda à sexta-feira das 13h às 19h. O Ambulatório de Álcool e outras Drogas(AD) atende pessoas com transtorno por uso de substâncias e suas famílias. Conta com uma equipe multidisciplinar que atua sob a ótica interdisciplinar, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. A equipe profissional é composta por: assistente social: Sabrina Oliveira de Matos, enfermeira: Andreza Maciel Nunes, psiquiatra: Dr. Fernando Vieira da Rocha, psicólogo: Robson Freitas da Rocha e técnica de enfermagem: Maria das Graças Sabino.

Os serviços ofertados são: acolhimento com escuta qualificada, consulta psiquiátrica e de enfermagem, psicoterapia individual, atendimento social, grupos de apoio a pacientes e familiares.

8.5.2 Problemas Psicossociais versus Patologias

Pesquisas mostram que, diante dos desastres, pelo menos metade da população exposta sofre alguma alteração psíquica (OPAS, 2002; NATIONAL CENTER FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, 2006). No entanto, é preciso enfatizar que nem todos os problemas psicossociais que se apresentam podem ser qualificados como patologias. A maioria deve ser compreendida como normal frente a situações de grande significação ou impacto. O impacto psicossocial de um desastre é resultado de vários fatores que necessitam ser considerados apropriadamente. São eles: a causa e as características do evento, a implicação do sujeito (como a sua personalidade, suas experiências de vida e a habilidade para tolerar o estresse), as perdas ocorridas e o tipo de ajuda e suporte recebidos da família, da comunidade e de profissionais imediatamente após o trauma. Vale destacar que, em um mesmo desastre, as reações vão ser diferentes e temos que estar alertas para não compará-las. Cada sujeito é único; vive e dá significados distintos às experiências atravessadas. Muitos se sentem melhor poucos meses após o trauma, alguns se recuperam mais lentamente e outros não se recuperam sem ajuda. Em um abrigo, temos que poder olhar o geral (a comunidade, o contexto) sem perder o critério da singularidade das respostas humanas.

Logo, devemos levar em conta três grandes frentes da atenção psicossocial dentro do abrigo: alterações de comportamento que são consequências dos danos sofridos e do desamparo; transtornos psiquiátricos; e desordem social, como violência e consumo de drogas.

8.5.3 Fases das Respostas aos Desastres

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

8.5.3.1 Fase do impacto

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

8.5.3.2 Fase imediata do pós-desastre: recuo e resgate

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

8.5.3.3 Fase da recuperação

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

Essa fase pode se iniciar como uma lua-de-mel (com grande solidariedade e vontade de reconstruir), mas um período de desilusão logo se dará no enfrentamento da realidade. Outras necessidades (para além da sobrevivência e da segurança) irão se fazer presentes. As necessidades emocionais, por exemplo, talvez só apareçam durante essa fase. Sentimentos de raiva, solidão e frustração podem levar a comportamentos hostis. Contudo, os sujeitos podem ficar hesitantes em expressar

tristeza ou medo por acharem que receberam os cuidados adequados ou que tiveram menos danos do que outros. Dessa forma, alguns problemas emocionais podem aparecer através de sintomas físicos (como distúrbios do sono, indigestão e fadiga) ou sociais (como dificuldades de relacionamentos e uso de drogas).

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

8.5.4 Reações Esperadas

Identificando as mudanças no comportamento do sujeito após um trauma e a forma como ele está lidando com elas, podemos tomar medidas que aliviam os sintomas, amenizam o sofrimento e diminuem as chances do desenvolvimento de uma patologia. Apesar das reações serem singulares, existem algumas que são mais freqüentes após um desastre. São sintomas físicos, psíquicos, cognitivos e sociais que ocorrem em uma ou mais das diferentes fases vistas acima.

8.5.4.1 Estresse

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

Fase de alerta

Essa é a fase boa do estresse, na qual a maior produção de adrenalina aumenta a energia e o vigor, propiciando grande produtividade. Durante essa fase, pode-se também sentir: euforia; dificuldade para dormir; tensão ou dor muscular; azia; irritabilidade; sensibilidade excessiva; ansiedade e inquietação. Se o que causou o estresse desaparecer, o processo tem fim sem sequelas. Porém, se o estressor continua, entra-se no estágio de resistência, pois ninguém consegue ficar em alerta por muito tempo.

Fase da resistência

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

Fase da quase-exaustão

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

Fase de exaustão

Essa é a fase mais preocupante do estresse. A pessoa necessita de ajuda médica e psicológica para se recuperar. Nessa etapa, o sujeito: perde o sono; perde o desejo sexual; não produz, pois não tem interesse nem concentração para tal; está desgastado e com o seu sistema imunológico gravemente afetado; não se socializa e perde o senso de humor. Em casos mais graves, a pessoa pode ter vontade de morrer. OBS.: É importante destacar que essas fases não se sobrepõem às de respostas ao desastre. A pessoa pode, por exemplo, ficar estressada apenas na fase do pós-desastre, desenvolvendo, aí, as fases de alerta e resistência do estresse.

8.5.4.2 Medo e ansiedade

Essas são respostas bastante comuns e naturais para uma situação de perigo. O medo é um sentimento de inquietação frente a uma ameaça real ou imaginária. A ansiedade é um sentimento relacionado à previsão de situações desagradáveis e que pode ser acompanhado de sintomas físicos (palpitações, sudorese, taquicardia, entre outros). Para pessoas que tiveram sua visão de mundo e sensação de segurança alterados, a ansiedade deverá levar mais tempo para cessar.

Esses sentimentos geralmente aparecem quando o sujeito se lembra do ocorrido, mesmo sem se dar conta (por um cheiro, barulho ou local, por exemplo). Podem ocorrer crises de pânico, com os sintomas físicos, como dificuldade para respirar, sudorese, calafrios, aumento da pressão sanguínea, palpitações e taquicardia.

8.5.4.3 Re-experimentação do trauma

O sujeito vive de novo as mesmas experiências emocionais e físicas que ocorreram durante e logo após o desastre, tendo a constante sensação de perigo. Ele pode ter pensamentos não desejados (intrusivos) sobre o trauma - como flashbacks²¹ e imagens muito vívidas - e achar-se incapaz de controlá-los. Pesadelos também são comuns. Esses sintomas ocorrem porque a experiência traumática foi tão chocante e diferente das experiências cotidianas que, para entender e dar sentido ao que aconteceu, a mente do sujeito traz repetidamente sua lembrança à memória.

Entretanto, quando esses sintomas tomam muita força, podem se tornar prejudiciais à vida do sujeito.

8.5.4.4 Aumento da agitação

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

8.5.4.5 Evitação

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

8.5.4.6 Raiva

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

8.5.4.7 Vergonha e culpa

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

8.5.4.8 Sofrimento

Podem estar presentes os sentimentos de frustração, tristeza, desesperança e desânimo. O sujeito pode chorar com mais frequência e perder o interesse por

pessoas e atividades que costumava gostar. Os planos para o futuro perdem o sentido e a razão de viver fica abalada.

8.5.5 Reações Alarmantes

Algumas respostas aos desastres são menos comuns e mais alarmantes, podendo indicar que o sujeito está precisando da assistência de um profissional de saúde mental, como um psiquiatra ou um psicólogo. A saber: dissociações severas: sentimento de irrealidade do mundo, não reconhecimento do próprio corpo, problemas de identidade e amnésia.re-experiências demasiadamente intrusivas: lembranças assustadoras ou pesadelos que se repetem de forma a paralisar o sujeito.evitações extremas: embotamento afetivo, fobia social ou agorafobia (medo intenso de estar em espaços amplos ou dos quais seja difícil escapar), ansiedade generalizada: preocupações constantes, sintomas obsessivos, nervosismo paralisante, medo de perder o controle ou enlouquecer, episódios de pânico: medo de morrer associado aos sintomas físicos de dificuldade para respirar, sudorese, calafrios, aumento da pressão sanguínea, palpitações e taquicardia.depressão: grande apatia, falta de prazer em viver, sentimento de autopiedade e inutilidade. abuso de substâncias: dependência de álcool, medicamentos ou drogas ilícitas. Sintomas psicóticos: delírios (alteração do pensamento que leva à formulação de idéias falsas, que, apesar de contradizerem as evidências, são inacessíveis a críticas) e alucinações (percepção nítida de um objeto – vozes, ruídos, imagens – sem a presença real do objeto).idéias suicidas: falas repetidas sobre se matar ou fazer mal pra si mesmo e tentativas desses atos.

8.5.6 Reações dos Grupos de Risco

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

Mulheres

As mulheres têm maior vulnerabilidade por serem mais propensas ao dano, às perdas e ao sofrimento nas situações de desastre, caracterizadas pela luta pela preservação da vida, subsistência e proteção da família. Muitas vezes, sendo as únicas responsáveis pelo núcleo familiar, cumprem sozinhas esse papel. Isso requer muita energia física e grande desgaste psicológico, propiciando uma elevação do nível de estresse.Outra questão que aponta para sua vulnerabilidade diz respeito à violência que sofrem de seus companheiros. Os sentimentos de perda e frustração exacerbam reações de raiva e agressividade do sujeito em relação a pessoas próximas, o que pode aumentar o sofrimento de mulheres e crianças.

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

Crianças

As crianças são mais vulneráveis devido à menor percepção de risco que possuem e à maior dependência de terceiros. A mudança para um abrigo, além de provocar uma interrupção na rotina de vida de uma criança, faz com que ela fique insegura por estar privada de seus parentes e amigos, de seus brinquedos e de tudo o que lhe é familiar. Essas mudanças, juntamente com o não entendimento da situação, podem acarretar grande tristeza e medo, o que dificultará a aceitação do ocorrido, sua recuperação e seu desenvolvimento psicossocial. As crianças afetadas têm certos sintomas específicos que devem ser lembrados. Os mais comuns, fora os citados acima, são: agitação, ansiedade, irritabilidade, agressividade, timidez e isolamento, conflitos com a autoridade, enurese noturna (urinar ao dormir) e dificuldades para aprender. Existem também alguns que podem ser divididos por faixas etárias.* De 1 a 7 anos: Falta de apetite, passividade, medo generalizado, pesadelos, comportamento regressivo e angústia.* De 8 a 11 anos: Sentimento de culpa, alterações no sono, preocupações com pessoas significativas, mudanças bruscas de comportamento e falta de controle emocional.

Adolescentes

A vulnerabilidade dos adolescentes está diretamente relacionada com a fase da vida que estão vivendo. A adolescência é uma fase de descobertas, negações e novas identificações, o que propicia angústia e, muitas vezes, revolta. Nessa época, os valores são repensados e o desejo de transgredir associa-se ao sentimento de onipotência para testar limites e chamar a atenção da sociedade. Em uma situação de desastre, esses sentimentos desencadeiam em alguns sintomas, como culpa, desinteresse pela vida, sensação de impotência, desejos de vingança, condutas anti-sociais e condutas auto-destrutivas.

8.5.7 Transtornos

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

8.5.7.1 Transtornos dissociativos ou de conversão

A apresentação desse transtorno pode ser súbita e está diretamente relacionada com as circunstâncias vividas. As manifestações clínicas principais são sintomas físicos pouco frequentes e sem causa biológica aparente. Eles podem ser variáveis, normalmente desaparecem rápido e sem deixar sequelas. A saber: Ataques epiléptiformes; Excitação e agitação; Amnésia; Estado de transe; Perda de consciência; Anestesia; Alucinações visuais; Paralisia; Afonia; Confusão de identidade.

8.5.7.2 Transtorno psicótico agudo

A maioria dos estudos epidemiológicos realizados não têm encontrado um aumento significativo das psicoses em situações de desastre, exceto como irrupções de transtornos pré-existentes. Entretanto, devemos estar preparados para assistir esses sujeitos, caso necessário. Em uma pequena parte dos casos, esses quadros são desencadeados por causas orgânicas, como epilepsia, intoxicação ou abstinência de drogas, infecções e traumatismo craniano. Nessa situação, deve-se atender primeiramente à doença de base. Podem também ser reações agudas que evoluem rapidamente até a cura, mas, geralmente, são episódios de um transtorno de larga evolução. As expressões mais comuns são: alucinações (visuais e auditivas); ideias delirantes; confusão mental; temor e desconfiança; atividade excessiva e extravagante; retraimento; linguagem desorganizada; respostas emocionais exageradas e instabilidade emocional.

8.5.7.3 Estados de pânico

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

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

Somáticos: palpitações, calafrios, tremores, securas na boca, dificuldade para respirar, dores no peito, ondas de calor, formigamento, náuseas e desmaios.

Psíquicos: angústia ou tensão extrema, sensação de perda do controle e medo de morrer.

8.5.7.4 Transtorno depressivo e de ansiedade

O sujeito apresenta uma grande variedade de sintomas psíquicos ou físicos relacionados com angústia, frustração e tristeza. A patologia tem causas múltiplas e pode se manifestar em forma de crise aguda, o que requer uma atenção de emergência. As expressões mais freqüentes são: pouco ânimo ou tristeza; perda de interesse pela vida; ansiedade ou nervosismo; inquietude; transtornos do sono; cansaço ou perda de energia; falta de concentração; alterações de apetite; idéias suicidas; perda ou diminuição do desejo sexual; tremores, palpitações e secura na boca.

8.5.7.5 Transtorno do estresse agudo

As reações agudas de estresse em algumas pessoas são graves o suficiente para podermos classificá-las como um transtorno. Esse quadro aparece como consequência da exposição ao evento traumático. De acordo com o nível de intensidade e presença dos sintomas, classifica-se em leve, moderado ou grave. Para se obter esse diagnóstico, as manifestações clínicas devem ocorrer entre dois dias e quatro semanas após o trauma. São elas: sintomas dissociativos; sintomas de re-experimentação do trauma; sintomas de evitação; sintomas de ansiedade generalizada .

8.5.7.6 Transtorno do estresse pós-traumático

Hoje em dia, esse é o diagnóstico mais frequente nas situações de desastre. É um transtorno mental resultado da exposição a um evento traumático. O sujeito deve ter experimentado ou testemunhado eventos que envolvam morte ou ameaça à sua integridade física ou a de outras pessoas e ter respondido a eles com medo ou debilidade. Eventos estressantes do dia-a-dia (como divórcios ou crises financeiras) não são considerados traumáticos suficientes para desencadear essa patologia. Conforme o National Center of Post-Traumatic Stress Disorder, a porcentagem de sujeitos que continuarão a ter problemas graves depois de situações traumáticas e que desenvolvem este transtorno é de 4-5%. Influem para sua ocorrência, além das características do evento (intensidade, duração e tipo da exposição), os fatores de risco de cada indivíduo para o seu desenvolvimento, quais sejam: criança ou idoso; baixo grau de instrução; gravidade da reação inicial; problemas de conduta anteriores; adversidades na infância; história familiar de doença mental; pouco suporte social após o trauma; personalidade com características pessimistas.

Os sintomas característicos são os mesmos do Transtorno do Estresse Agudo. Mas, para este diagnóstico, os sintomas devem durar pelo menos um mês e terem

influência nos meios social e ocupacional do sujeito. Não necessariamente o Transtorno do Estresse Pós-Traumático se desenvolve imediatamente após o trauma, podendo demorar até anos para aparecer. Alguns manuais avaliam também que só podemos obter esse diagnóstico passados seis meses do evento desencadeador (antes, as reações ainda poderiam ser consideradas apenas “alarmantes”).

Assistência Farmacêutica

São competências da equipe de Assistência Farmacêutica:

- Garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes.
- Disponibilizar medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico.
- Monitorar o estoque de medicamentos no âmbito municipal;

Aquisição de medicamentos: Kit de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos

A Equipe de Assistência Farmacêutica seguirá o fluxo informado na **NOTA TÉCNICA CONJUNTA no 06/2022 DIVS/DIAF/SES/SC**.

Armazenamento e distribuição de medicamentos

O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque.

O gerenciamento adequado dessa etapa do ciclo reduz perdas e deve observar alguns procedimentos e ações, entre os quais se destacam:

- a) Cumprimento/adequação do almoxarifado às Boas Práticas de Armazenagem, tais como limpeza e higienização; delimitação dos espaços para adequada estocagem, recebimento e expedição de medicamentos, minimizando o risco de trocas; controle de temperatura e umidade; monitoramento da rede de frio; entre outros.

b) Qualificação do recebimento de medicamentos, através da melhoria dos processos de conferência dos quantitativos na separação, diminuindo o número de erros no que se referem aos quantitativos, lotes, prazos de validade, etc. c) Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que descrevam todas as atividades executadas.

d) Existência de um sistema validado de controle de estoque de medicamentos, que disponibilize informações gerenciais como balancetes, relatórios e gráficos;

e) Melhoria da capacidade administrativa e de recursos humanos para garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma adequada.

A distribuição dos medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle. É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos.

Dispensação de medicamentos

A dispensação de medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto. É um dos elementos vitais para o uso racional de medicamentos. Cabe ao dispensador a responsabilidade pelo entendimento do usuário acerca do modo correto de uso do medicamento (MSH, 1997).

A implantação da Atenção Farmacêutica é uma estratégia para assegurar a qualificação e a humanização do atendimento dos usuários.

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002)

Danos em Receituários e Medicamentos

A assistência farmacêutica em conjunto com a equipe da atenção básica agilizam o processo de novos agendamentos para consultas no âmbito de garantir novos

receituários para aqueles pacientes atingidos ou acometidos por algum desastre que tiverem prejuízo quanto a receitas e medicamentos.

Transporte de Medicamentos Municipal

A assistência farmacêutica conta com um veículo exclusivo (modelo/ano) onde possui um farmacêutico habilitado para fazer a dispensação de medicamentos aos pacientes acometidos por uma eventual anormalidade e ficará disponível nessas circunstâncias.



(FOTO DO VEÍCULO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)

SERVIÇO DE FROTA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Contato telefônico do Plantão: 48 98835-3863.

- 02 Ônibus – 25 lugares
- 03 Ambulâncias - 02 tipo A; 01 tipo B
- 02 Carros PSF
- 02 Carros TFD – 7 lugares
- 01 Carro Caps
- 01 Carro Fisioterapia
- 01 Carro Serviço de Atendimento a Domicílio - SAD

- 01 ESF Hercílio Luz
- 01 Carro Bem Estar Animal
- 01 Carro Farmácia Móvel
- 01 Carro Vigilância Sanitária
- 01 Carro Vigilância Epidemiologia
- 01 Carro Hemodiálise
- 05 Motos Programa de Controle à Dengue
- Plantão à disposição do UPA 24h
- Dia/noite e finais de semana

CAF (Central de Agendamento, Almoxarifado e Farmácias)

Em caso de desastres e haja a necessidade de mudança de local temporária , o setor poderá se deslocar para os seguintes locais:

- Centro Pastoral Nossa Senhora Mãe dos Homens – Anexo ao Santuário

Diocesano Nossa Senhora Mãe dos Homens
Endereço: Avenida Sete de Setembro – Centro
Responsável: Padre Maxssuel
Contato: 48-988251522

- Ginásio de Esportes Mário Canela - Bolha

Endereço: Esquina da Avenida XI de Novembro com a Rua Walter belinzoni
Responsável: Mariluce
Contato: 48-999913566

6.1 Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES)

O COES é o responsável pela coordenação das ações de resposta às emergências em saúde pública, incluindo a mobilização de recursos para o restabelecimento dos serviços de saúde e a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS, sendo constituído por profissionais das Coordenações-Gerais e Áreas Técnicas da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, bem como gestores de outras instituições envolvidas na resposta (Anexo II, por exemplo) e com competência para atuar na tipologia de emergência

identificada. A sua estruturação permite a análise dos dados e das informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos, na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de emergências em saúde pública. O município em caso de necessidade de ativação do COES entrará em contato com Secretaria de Estado da Saúde, sendo o Secretário de Estado da Saúde o responsável pela ativação do COES (Portaria SES nº 614 e 615 de 2021), com base no parecer técnico conjunto emitido em sala de situação, definindo o nível da emergência (ESPIL,ESPIE, ESPIN,ESPIL).

<p>2 Reduzir riscos existentes</p>	<p>A prevenção de riscos futuros deve ser realizada simultaneamente com políticas e ações de saúde para minimizar os fatores de riscos já existentes em áreas e populações que se encontram em condições de vulnerabilidade na atualidade, de modo a limitar o impacto adverso das ameaças expressas em situações ou eventos.</p>	<p>De modo geral, os desastres potencializam a ampliação e/ou agravamento dos riscos de doenças e agravos já existentes nas populações e áreas afetadas. Isso significa que as ações de prevenção em saúde que já são realizadas devem estar integradas com as de prevenção de riscos de desastres e de surgimento de novas doenças e agravos, evitando ou reduzindo a sobreposição de riscos à saúde.</p>
<p>3 Preparar as respostas</p>	<p>A preparação envolve o desenvolvimento de capacidades, instrumentos e mecanismos que permitem antecipadamente assegurar uma resposta adequada e efetiva aos desastres. São elementos importantes a estruturação de sistemas de detecção e identificação de ameaças/perigos; alertas precoces; monitoramento e avaliação dos riscos de desastres; repasse imediato de informações essenciais disponíveis para a proteção das populações em áreas em que ameaças podem se tornar desastres ou em que desastres já tenham ocorrido.</p>	<p>A preparação do setor saúde tem como objetivo melhorar a capacidade de resposta na atenção e na vigilância em saúde e evitar que ações inadequadas produzam um segundo desastre (potencializando doenças e agravos já existentes, bem como gerando outros problemas que poderiam ser evitados com medidas preventivas), intensificando os impactos do desastre e comprometendo as ações de recuperação e reconstrução.</p>

<p>Levantar dados de morbidade e mortalidade relacionados à ocorrência de desastres pelo menos nos últimos dez anos.</p>	<p>Contextualizar, por meio de indicadores epidemiológicos, a situação de saúde e os padrões espaciais e temporais das doenças e agravos no município.</p> <p>Estabelecer padrões de referências para avaliações pós-desastres dos efeitos sobre a saúde, identificando novos riscos e o agravamento dos existentes, subsidiando a formulação de políticas e avaliação de intervenções específicas no campo da saúde.</p> <p>Coordenar as ações de manejo e resposta ao evento com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.</p>	<p>Coordenar as ações de recuperação e reabilitação com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.</p>
--	---	--

Antes	Durante	Após
<p>Levantar informações sobre a capacidade de resposta do município: unidades de saúde, hospitais, abrigos, recursos humanos, por exemplo, tendo como base os princípios estratégicos do SUS de descentralização e regionalização nos âmbitos intramunicipal e intermunicipal.</p>	<p>Coordenar as ações de manejo e resposta ao evento com base nos princípios estratégicos do SUS de descentralização e regionalização no âmbito intramunicipal.</p>	<p>Coordenar as ações de recuperação e reabilitação da saúde de modo descentralizado e regionalizado intramunicipalmente, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso saúde.</p>
<p>Levantar recursos complementares, dentro do setor saúde (regionalização e parcerias intermunicipais e com a SES) e fora (outras instituições do setor público, bem como do setor privado, organizações não governamentais, por exemplo), que possam vir a ser necessários e realizar parcerias com órgãos/instituições para cooperação em situações de emergência.</p>	<p>Coordenar as ações de manejo e resposta ao evento intersetorialmente (envolvendo outros setores para além do setor saúde) e regionalmente (envolvendo outras secretarias municipais de saúde, além da Secretaria Estadual de Saúde).</p>	<p>Produzir relatório sobre o evento e atualizar o plano de preparação e resposta do setor saúde com base nas lições aprendidas, fortalecendo as capacidades municipais de respostas e a articulação intersetorial, intermunicipal e com a Secretaria Estadual de Saúde.</p>

<p>Levantar dados socioeconômicos, demográficos e territoriais, reunindo os níveis municipal e intramunicipal (setor censitário, bairros, distritos e regiões) para identificar e mapear as populações e áreas mais vulneráveis.</p>	<p>Contextualizar as áreas e populações mais vulneráveis expostas aos desastres para adoção dos princípios de universalidade, equidade e integralidade nas respostas.</p>	<p>Produzir relatório sobre o evento e atualizar o Plano de preparação e resposta do setor saúde considerando o contexto das áreas e populações mais vulneráveis afetadas pelos desastres para, segundo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, bem como de descentralização e regionalização, organizar melhor as capacidades de preparação articuladas com ações de prevenção de riscos.</p>
--	---	---

6.2 Sala de situação

Instalação do sistema de comando

O comando será feito pelo Prefeito Municipal na sede da COMPDEC, em contato direto com a SEDEC, Coordenação Regional e Municipal de Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Civil, dispondo de todos os recursos necessários; telefone fixo e móvel, computadores com internet, veículos para deslocamento, além de recursos humanos das diversas secretarias municipais que serão acionados conforme a necessidade.

Dimensionamento do evento e da necessidade de recursos

Todo e qualquer recurso que se faça necessário para o atendimento da demanda, só poderá ser efetivado com ordem/conhecimento do Prefeito Municipal/Coordenador da COMPDEC, e o conhecimento do responsável pelo recurso a ser disponibilizado.

Consolidação do primeiro relatório

Todas as Informações que chegarem até a sala de situação, deverão ser classificadas e documentadas a fim de auxiliar no desenvolvimento deste plano, bem como servir de base para a elaboração de um relatório inicial, que será fundamental para as ações seguintes. A fim de evitar a proliferação do pânico com informações desencontradas, não chegadas ou sem contexto, toda a informação que for julgada de interesse público e com a expressa autorização do prefeito municipal, serão disponibilizadas aos órgãos de imprensa em geral através da assessoria de comunicação.

PONTO FOCAL MUNICIPAL

Direitos e deveres estabelecidos no marco legal.

Direitos

Após a consolidação da emergência em saúde pública atestada no município via decreto, e da ciência de todas as equipes compostas por este PPR-ESP, ficará concedido o direito de utilizar um veículo da Secretaria Municipal de Saúde para deslocar-se por até 24 horas em regime de plantão para atender as necessidades operacionais do plano. Dispor de instrumentos para auxiliar todas as etapas da gestão de risco.

Deveres

Prover relatórios iniciais de áreas afetadas correspondentes.

Instrumento de decisão para avaliação de risco e notificação de eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância nacional

ANEXO IX

I - Impacto do Evento Sobre a Saúde Pública

1. O número de casos para esse tipo de evento é alto para aquele local, tempo ou população determinados?	() SIM	() NÃO
2. O número de óbitos para esse tipo de evento é alto para aquele local, tempo ou população determinados?	() SIM	() NÃO
3. O evento está circunscrito à população?	() SIM	() NÃO
4. A população acometida ou alvo tem determinantes ou condicionantes (pobreza, baixas condições de moradia ou saneamento) favoráveis à disseminação do evento?	() SIM	() NÃO
5. O evento está sendo causado por um agente patogênico com alto potencial de causar epidemias (patogenicidade do agente, alta letalidade, múltiplas vias de transmissão ou portadores sãos)?	() SIM	() NÃO
6. Há indicação de fracasso terapêutico (resistência a antibióticos nova ou emergente, ineficácia da vacina,	() SIM	() NÃO

resistência ou ineficácia de antídotos)?		
7. O evento representa um risco significativo para a saúde pública, ainda que nenhum ou poucos casos humanos tenham sido identificados?	() SIM	() NÃO
8. Há relatos de casos entre profissionais de saúde?	() SIM	() NÃO
9. A população de risco é especialmente vulnerável (refugiados, baixo nível de imunização, crianças, idosos, baixa imunidade, desnutridos etc.)?	() SIM	() NÃO
10. Há fatores concomitantes que possam impedir ou retardar a resposta de saúde pública (catástrofes naturais, conflitos armados, condições meteorológicas desfavoráveis, múltiplos focos na localidade)?	() SIM	() NÃO
11. O evento está ocorrendo em área de alta densidade populacional?	() SIM	() NÃO
12. Há propagação de materiais tóxicos, infecciosos ou de por alguma outra razão perigosa, de origem natural ou não, que tenham contaminado ou tenham o potencial de contaminar a população ou área geográfica?	() SIM	() NÃO
13. É necessária assistência externa para detectar, investigar, responder e controlar o evento atual ou evitar	() SIM	() NÃO

(Fonte: Plano de Operação do Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional)

7. Informações à população

O alerta será determinado pela Coordenadoria Municipal de proteção e Defesa Civil e atualizado de acordo com as informações atualizadas do sistema de monitoramento e a evolução do desastre e será divulgado através dos veículos de comunicação: www.ararangua.sc.gov.br, rádios locais, telefones e quando possível avisado in loco, através da Prefeitura Municipal, Polícia, Bombeiros e Secretaria de Obras. O alarme de desastre iminente, o Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil, acionará o dispositivo de resposta imediata, evoluindo para uma situação de início na ordenação das operações, onde as equipes poderão de imediato se deslocarem para as áreas de risco e iniciar o procedimento de evacuação.

8. Capacitações

As equipes serão treinadas anualmente pelo Ministério da Saúde, Secretaria do Estado de Saúde e/ou Defesa Civil do Estado sempre que o Plano de Contingência Municipal for implantado ou atualizado, sendo que a equipe do PPR-ESP estará incluída e também participará de todas as chamadas para treinamentos com as equipes estaduais.

Serão disponibilizados através da secretaria de saúde recursos para que as equipes venham a participar de cursos, seminários e capacitações voltadas a desastres em emergência e saúde. A lista de servidores a serem capacitados deverá priorizar servidores efetivos da área da saúde. A lista de profissionais capacitados obrigam-se-á a conter todas as capacitações adquiridas. Fica a encargo do coordenador de cada equipe a responsabilidade pela lista de servidores, e o dever de promover a capacitação dos mesmos.

Desde 2000, a SVS/MS desenvolve atividades para qualificação dos profissionais envolvidos nas atividades de detecção, análise e resposta às emergências de saúde pública(13). Entre as estratégias destacam-se:

- EpiSUS – 2000.
- Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – 2005.
- Curso de Especialização em Epidemiologia para Monitoramento e Resposta às Emergências em Saúde Pública – 2010.
- Curso Básico de Resposta aos Eventos de Saúde – 2010.
- Curso de preparação e resposta aos eventos por QBRNE em eventos de massa – 2013.
- Preparação para Emergências em Saúde Pública e Desastres em cooperação com a Opas e Florida International University – 2013

RELAÇÃO NÚMEROS DE EMERGÊNCIA

01. Coordenadoria Municipal de Defesa Civil Municipal

Endereço: Rua Iracy Lucina, Urussanguinha- Prédio do SAMAE

Coordenador Municipal: Emersom Heitor Almeida

Contato: 199 - 35240837

02. Coordenadoria de Defesa Civil Regional

Endereço:

Coordenador: Rafael Bonaldo Rafael

Contato: 48-991903096

03. Polícia Militar

Endereço: Rua Engenheiro Mesquita, 586, centro

Comandante: Ten. Cel. Zanette

Telefone Emergência: 190

04. Corpo de Bombeiros Araranguá

Endereço: Rod. Governador Jorge Lacerda, 1229 – Alto Feliz

Comandante: Cap. Marcolin

Telefone Emergência: 193

05. Polícia Civil

Endereço: Av XV de Novembro, 2009 - centro

Delegado Regional: Diego De Haro

Contato:48-35290242

06. Conselho Tutelar

Endereço: Av. Cap. Pedro Fernandes, 2629- urussanguinha

07. Cruz Vermelha de Araranguá

Responsável: Gentil Cândido

Endereço: R Amaro José Pereira, 2026 - Coloninha - Araranguá, SC - CEP: 88906-500

Contato: (48) 3524-0416

Lista de equipamentos e máquinas

(Listar os equipamentos e máquinas para manutenção e obras)

Equipamento/ Máquina	Quantidade	Localização

Anexo II (

Contatos interinstitucionais

(Listar contatos para integração interinstitucional no gerenciamento do risco de desastres)

Instituições	Nome	Contatos (Telefone institucional e/ou Celular)
Prefeito	Cesar Antonio Cesa	
Vice Prefeito	Cristiano da Silva Costa	
Coordenador COMPDEC	Emerson Heitor Almeida	
Secretário Municipal de Administração	Volnei Roniel Bianchin da Silva	
Gerente de Projetos/Prestação Contas/GMC, Secretária Executiva do COMPDEC	Adriana Aparecida Rosso de Souza	
Secretário de Saúde	Daiane Biff	
Secretário de Finanças	João Inácio Barbosa	
Secretária de Assistência Social e Habitação	Dione Césa	
Secretário de Obras, Viação e Serviços Urbanos	Cristiano Coral	

Diretor Superintendente da FAMA Comandante do 19o Batalhão da Polícia Militar de Araranguá	Maureci Raul Rodrigues	
Agente de Trânsito, Secretário Adjunto da COMPDEC	Gabriel Gomes	
Diretor do Departamento de Compras	Moacir Pinheiro da Silva	
Diretor Geral do Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto - SAMAE	Jairo do Canto Casto	
Comandante da 3a Companhia do Corpo de Bombeiros Militar de Araranguá	Cap. Vinícius Moura Marcolim	
Comandante do 19o Batalhão da Polícia Militar de Araranguá	Titular: Diego Schwartz Suplente: Kleiton Alexandre Kulakiwski	
Delegado Regional de Polícia Civil	Diego Archer de Haro	
RELAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES VOLUNTÁRIAS		

União das Associações de Bairros de Araranguá UAMA	Titular: Solene Feltrin	
Bombeiros Comunitários	Titular: Vinicius Moura Marcolim	
Secretária de educação	Mariluce Rodrigues da Silva Bilck	
Jipe Clube de Araranguá	Marcos Patricio	
Lions Clube de Araranguá	Luiz Carlos Costa	
Rotary de Araranguá	Diego Pereira	
Associação Empresarial do Vale de Araranguá - ACIVA	Lucio Alves de Souza	
Câmara de Dirigentes Lojistas - CDL	Lucio Alves de Souza	
Cruz Vermelha	Gentil Cândido	

11. ANEXOS

ANEXO 1

A. CAPACIDADE BÁSICA NECESSÁRIA PARA VIGILÂNCIA E DE RESPOSTA

1. Os Estados Partes utilizarão as estruturas e os recursos nacionais existentes para satisfazer às exigências de capacidades básicas, nos termos desse Regulamento, inclusive relativas a:

- (a) suas atividades de vigilância, informes, notificação, verificação, resposta e de colaboração que lhe competem; e
- (b) suas atividades referentes a portos, aeroportos e passagens de fronteira terrestre designados.

2. Cada Estado Parte avaliará, no período de dois anos após a entrada em vigor desse

Regulamento para aquele Estado, a capacidade das estruturas e recursos nacionais existentes de satisfazer às exigências mínimas descritas neste Anexo. Como resultado dessa avaliação, os Estados Partes desenvolveram e implementaram planos de ação, a fim de garantir que tais capacidades mínimas estejam presentes e funcionando em todo o seu território, conforme estabelecido no parágrafo 1º do Artigo 5º e no parágrafo 1º do Artigo 13.

Os Estados Partes e a OMS apoiarão processos de avaliação, planejamento e implementação, nos termos deste Anexo.

No nível da comunidade local e/ou nível primário de resposta em saúde pública

Capacidades para:

(a) detectar eventos que apresentem níveis de doença ou óbito acima dos esperados para aquele dado tempo e local, em todo território do Estado Parte; e

(b) repassar imediatamente todas as informações essenciais disponíveis ao nível apropriado de resposta de atenção à saúde. No nível comunitário, a notificação será feita às instituições locais de atenção à saúde ou aos profissionais de saúde apropriados. No nível primário de resposta em saúde pública, a notificação será feita aos níveis intermediário ou nacional de resposta, dependendo das estruturas organizacionais. Para os fins deste Anexo, informações essenciais incluem as seguintes: descrições clínicas,

resultados laboratoriais, fontes e tipo de risco, número de casos humanos e óbitos, condições que afetem a propagação da doença e as medidas de saúde empregadas;
e

(c) implementar imediatamente medidas preliminares de controle.

5. Nos níveis intermediários de resposta em saúde pública

Capacidades para:

(a) confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar ou implementar medidas adicionais de controle; e

(b) avaliar imediatamente o evento notificado e, se considerado urgente, repassar todas as informações essenciais ao nível nacional. Para os fins deste Anexo, os critérios de urgência incluem impacto grave sobre a saúde pública e/ou natureza incomum ou inesperada, com alto potencial de propagação.

6. No nível nacional

Avaliação e notificação. Capacidades para:

(a) avaliar todas as informações de eventos urgentes num prazo máximo de 48 horas; e

(b) notificar imediatamente à OMS, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, quando a avaliação indicar que o evento é de notificação compulsória, consoante o parágrafo 1º do Artigo 6º e o Anexo 2, e informar a OMS conforme exigido consoante as disposições do Artigo 7º e do parágrafo 2º do Artigo 9º.

Resposta de saúde pública. Capacidades para:

(a) determinar rapidamente as medidas de controle necessárias para evitar a propagação nacional e internacional;

(b) prestar apoio, por meio de pessoal especializado, análise laboratorial de amostras (nacionalmente ou por meio de centros colaboradores) e assistência logística (por exemplo, equipamentos, material de consumo e transporte);

(c) prestar assistência no local, conforme necessário, para complementar as investigações locais;

(d) fornecer um elo operacional direto com as autoridades superiores de saúde e de outras áreas, a fim de aprovar rapidamente e implementar medidas de contenção e controle;

(e) fornecer ligação direta com outros Ministérios relevantes;

(f) fornecer, pelos meios de comunicação mais eficientes disponíveis, ligações com hospitais, clínicas, portos, aeroportos, passagens de fronteiras terrestres, laboratórios e outras áreas operacionais chave para a disseminação de informações e

recomendações recebidas da OMS referentes a eventos no território do Estado Parte e nos territórios de outros Estados Partes;

(g) estabelecer, operar e manter um plano nacional de resposta a emergências de saúde pública, incluindo a criação de equipes multidisciplinares/multissetoriais para responder a eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional; e

(h) fornecer todas as capacidades acima durante 24 horas por dia.

RELAÇÃO DE ABRIGOS

01. Ginásio de Esportes Mário Canela - Bolha

Endereço: Esquina da Avenida XI de Novembro com a Rua Walter belinzoni

Responsável: Mariluce

Contato: 48-999913566



02. Escola básica Jardim das Avenidas- CAIC

Endereço: Rua Mario Adolfo Garcia – Bairro Jardim das Avenidas

Responsável: Mariluce

Contato: 48-999913566

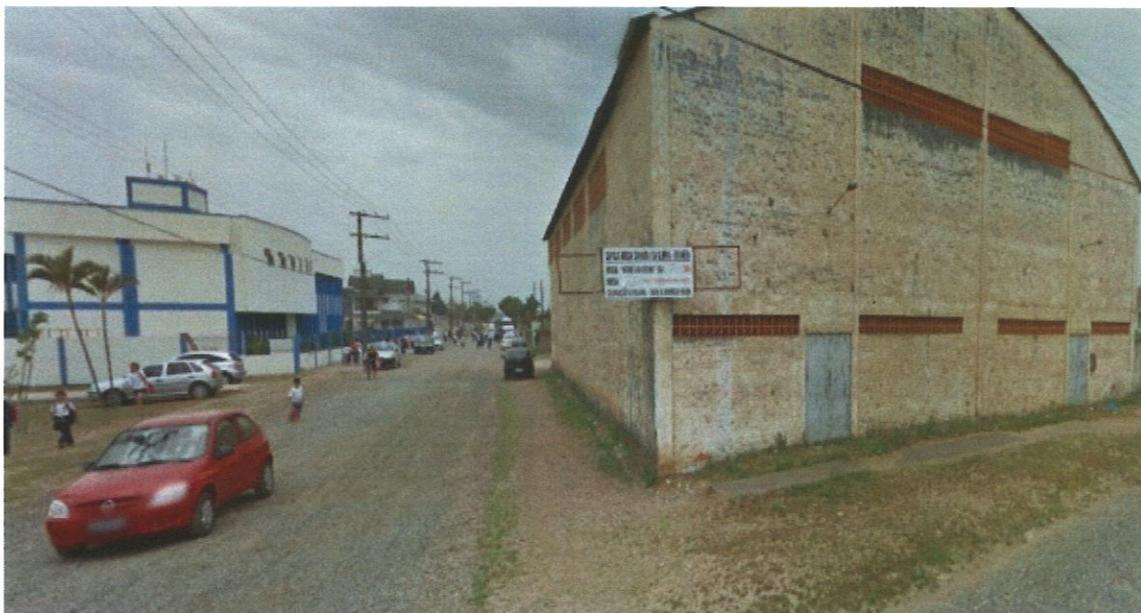


03. Ginásio de Esportes Nova Divineia

Endereço: Rua Francisco Alves, Bairro Nova Divineia

Responsável: Mariluce

Contato: 48-999913566



Ginásio atual



04. Centro Pastoral Nossa Senhora Mãe dos Homens – Anexo ao Santuário

Diocesano Nossa Senhora Mãe dos Homens

Endereço: Avenida Sete de Setembro – Centro

Responsável: Padre Maxssuel

Contato: 48-988251522



9. Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023**: Informação e documentação — Referências — Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2018. Disponível em: https://docs.google.com/file/d/1qDRhi4gZN_cTklo1OqjCcZzGD0Jj2HfP/view. Acesso em: 22 set. 2023.

CPRM – SERVIÇO GEOLÓGICO DO BRASIL **Diagnóstico da População em Áreas de Risco Geológico**. Araranguá, Santa Catarina. CPRM, 2022. 15p. Disponível em: https://rigeo.cprm.gov.br/bitstream/doc/22711/3/Diagnostico_Ararangua_SC.pdf. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **Guia de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/40925/GuiaPrepara%c3%a7%c3%a3oSetorSaude.PDF?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 set. 2023.

_____. **Anuário brasileiro de desastres naturais: 2011**. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres. Brasília: COBRADE. 2012, 72-78p. Disponível em: <<https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosDefesaCivil/ArquivosPDF/publicacaoe/Anuario-de-Desastres-Naturais-2011.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2023.

_____. Instituto Nacional de Meteorologia do Brasil - INMET. Ministério da Agricultura e Pecuária. Dados Históricos anuais. Brasília - DF, 2023. Disponível em: <<https://portal.inmet.gov.br/dadoshistoricos>>. Acesso em: 22 set. 2023.

_____. Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos - CPTEC. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. Brasília - DF, 2023. Disponível em: <<https://www.cptec.inpe.br/sc/ararangua>>. Acesso em: 22 set. 2023.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Regulamento Sanitário Internacional RSI - 2005. Brasília - DF, 2009. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>>. Acesso em: 22 set. 2023.

ARARANGUÁ (SC). PMSB - Plano Municipal de Saneamento Básico e do PGIRS - Plano de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos. Disponível em: <<http://www.samaeararangua.com.br/plano-municipal>>. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL, Governo Federal. Sistema Integrado de Informações Sobre Desastres, 2023. Disponível em: <<https://s2id.mi.gov.br/paginas/index.xhtml#>>. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Operação do Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional, Brasília - DF, 2016, 120p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacao_ponto_focal_nacional_regulamento_sanitario_internacional.pdf>. Acesso em: 22 set. 2023.