

**PLANO MUNICIPAL DE PREPARAÇÃO E RESPOSTA A EMERGÊNCIAS EM
SAÚDE PÚBLICA (PPR-ESP)**

MUNICÍPIO DE ERMO

29 anos

Paulo Della Vechia

Prefeito Municipal

Edson Zauer Leonardo

Vice-Prefeito

Lélis Helena Leonardo

Secretária Municipal de Saúde

João Borges

Secretário Municipal de Meio Ambiente

Jessé Inácio Vieira

Secretário Municipal de Infraestrutura

Clayton Nazário Américo

Secretário Municipal de Assistência Social

Patrícia Dal Toé Ferreira

Ponto focal do VIGIDESASTRES Municipal

2023

1. Revisões do PPR-ESP

Revisões	Datas	Alterações	Responsável
Revisão 0	10/01/2023	Versão preliminar	Patrícia Dal toé Ferreira
Revisão 1			
Revisão 2			

2. Compartilhamento do plano via SGPe

Local	Responsável	Nº do Processo
Vigilância Epidemiológica	Enfermeira Ranielli Zilli Souza	

3. Responsáveis pela aplicação do PPR-ESP

Função	Nome	e-mail	Telefone(s)
Secretaria Municipal de Saúde	Lélis Helena Leonardo	saude@ermo.sc.gov.br	(48)3546-0125
Ponto focal municipal do VIGIDESASTRES (Fiscal sanitaria)	Patrícia Dal toé Ferreira	vigilanciaermo@hotmail.com	(48)3546-0125

4. Equipe de elaboração do PPR-ESP

Integrantes
I.Patrícia Dal toé Ferreira
Colaboradores
I.Sabrina Baesso Cadorin
Revisores
I.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Resumo aspectos socioeconômicos.....	11
Tabela 2 - Serviços de saúde ofertados pelo SUS no município.....	16
Tabela 3 - Contatos dos órgãos responsáveis pela Segurança no município.....	18
Tabela 4 - Desastres Naturais e Antropogênicos ocorridos nos últimos dez anos...22	
Tabela 5 - Caracterização das etapas da gestão de risco em desastres.....23	
Tabela 6 - Ações e respectivos Coordenadores responsáveis pela redução de riscos.....	50

Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide Etária (ano referência 2010).....	12
Figura 2 - Dados climáticos fornecidos pela Estação do INMET em Araranguá, referente às médias, mínimas e máximas mensais no período de 2012 a 2023.	13
Figura 3 - Dados pluviométricos fornecidos pela Estação do INMET em Araranguá, referente às medias, mínimas e máximas mensais durante de 2008 a 2023.	14
Figura 4 - Mapa do município de Ermo apresentando cursos d'água e área e núcleos urbanos.....	15
Figura 5 – Setores com risco geológico.....	19
Figura 6 – Igreja matriz atingida pela inundação de maio de 2008.....	20
Figura 7 – Local com presença de erosão de margem associado a solapamento.....	21
Figura 8 – Aspecto construtivo das moradias ribeirinhas localizadas no setor 2, onde o	

grau de risco é classificado como muito alto.....	21
Figura 9 – Esquema demonstrativo de um esgotamento domiciliar provido por fossa e sumidouro.....	30

Sumário

Apresentação 7

1.1 Objetivo Geral 8

1.2 Objetivos Específicos 8

2. Marco legal e normativo 8

3. Caracterização do Município 11

3. 1 Aspectos Socioeconômicos 11

3.2 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 11

3.3 Atividades Econômicas 11

3.4 Características físicas 11

3.4.1 Clima 11

3.4.2 Pluviometria 11

3.4.3 Pedologia 12

3.5 Hidrografia 12

3.6 Saúde 12

3.7 Assistência Social 12

3.8 Segurança 12

3.9 Obras 12

4. Histórico de Desastres Naturais e Antropogênicos 13

5. Gestão de Risco em Desastres 13

5.1 (Inserir a classificação do desastre, de acordo com o COBRADE) 16

5.2.1 Redução de riscos 16

5.2.2 Resposta 18

5.2.3 Recuperação 18

6. Organização da resposta às emergências em saúde pública. 19

6.1 Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) 19

6.2 Sala de situação 20

7. Informações à população 21

8. Capacitações 21

9. Referências 21

Glossário 22

Apresentação

Atualmente o tema “Desastres” está ganhando mais ênfase nos governos, na prevenção à saúde e até mesmo na sociedade de modo geral. Todo e qualquer desastre exige um processo de antecipação e planejamento, o que envolve as diversas esferas governamentais. Nesse contexto a esfera municipal acaba sendo o primeiro Governo solicitado e impactado, diante da divisão territorial.

Desta forma, os desafios são muitos e exigem que o município planeje, prepare, teste e mantenha um plano “vivo” de resposta aos desastres de origem natural ou tecnológica, integrando-o às estratégias já existentes do setor saúde e às lições aprendidas no passado com eventos similares. Esse processo de preparação exige um trabalho contínuo de pesquisa e construção de informações para identificação das áreas vulneráveis e das populações expostas aos riscos de desastres – o que exige combinar dados socioambientais, características da população e de sua situação de saúde, assim como os recursos e as capacidades de respostas envolvendo a prevenção de doenças, a atenção e o cuidado à saúde e a promoção da saúde nessas áreas, definindo os territórios vulneráveis e prioritários para ações em mapas.

Os desastres são variados e muitas vezes imprevisíveis, mas sua recorrência ao longo dos anos permite identificar tipos mais frequentes e municípios e regiões mais afetados. No entanto, mesmo que possamos identificar e caracterizar os desastres, é importante observar que cada um deles tem uma particularidade em relação ao tipo de evento, sua complexidade, ao tamanho da área afetada e às características da população exposta, bem como diferentes condições socioambientais presentes no território, que podem afetar de formas variadas a saúde da população.

1.Objetivos

1.1 Objetivo Geral

Organização de ações a nível municipal com intuito a responder as emergências em saúde Pública, bem como os eventos adversos que possam vir a ocorrer na cidade.

1.2 Objetivos Específicos

- Instituir a utilização de protocolos e processos comuns para a resposta a emergências em saúde pública.
- Promover práticas de recuperação da população e das áreas atingidas por desastres.
- Interagir com os meios de comunicação, a mídia e com os Órgãos interessados.
- Proporcionar condições adequadas de salubridade sanitária à população afetada por desastres naturais.
- Monitorar a situação local referente ao abastecimento de água tratada, auxiliar a população rural com a utilização da água não tratada, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e limpeza urbana, manejo das águas pluviais e drenagem urbana.

2. Marco legal e normativo

Para embasamento das ações propostas neste PPR-ESP, foi realizada pesquisa exploratória sobre o arcabouço legal vigente, contendo as ações coordenadas de gerenciamento dos riscos e dos impactos dos desastres. Diante disso, o arcabouço legal está apresentado a seguir:

- Lei nº 8.080 do SUS (1990): Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Portaria nº 1.172 (2004): Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde; Política Nacional de Atenção às Urgências (2006).
- Lei nº 12.187 (2009): Regulamentado pelo Decreto nº 7.390, de 09 de dezembro de 2010, institui a Política Nacional sobre Mudança do Clima.
- Portaria nº 4.279 (2010): Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Decreto nº 7.257(2010): Inclui o Setor Saúde na composição do Sistema Nacional de Defesa Civil, sob articulação, coordenação e supervisão técnica da Secretaria Nacional de Defesa Civil do Ministério da Integração Nacional.
- Decreto nº 7.616 (2011): “Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN/SUS”.
- Portaria nº 2.952 (2011): Regulamenta no âmbito do SUS o Decreto nº7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN/SUS).
- Decreto nº 7.535 (2011): Institui o Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Água - “ÁGUA PARA TODOS”.
- Portaria GM/MS nº 888 (2021): Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.
- Lei nº 12.608 (2012): Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis n.º 12.340, de 1º de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências.
- Decreto nº 7.508 (2011): Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- Portaria nº 1.378 (2013): Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União,

Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

- Portaria nº 2.436 (2017): Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução nº 588 (2018): Estabelece a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).
- Portaria nº 188 (2020): “Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)”.
- Decreto nº 10.212 (2020): “Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005”. No documento “Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)” referente à 72ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, “a pandemia de COVID-19 materializa o evento agudo de saúde pública com repercussões internacionais para o qual o mundo vem se preparando, ou tentando se preparar, durante as duas últimas décadas”.
- Portaria SES nº 614 (2021): visa “instituir o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES), destinado a integrar as ações e serviços de saúde”.
- Portaria SES nº 615 (2021): visa “aprovar o Regimento Interno do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES)”.
- Portaria Nº 260 (2022): Estabelece procedimentos e critérios para o reconhecimento federal e para a declaração de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.
- A Portaria GM/MS Nº 874 (2021), dispõe sobre o kit de medicamentos e insumos estratégicos para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres.

- A Nota Técnica Conjunta nº 06/2022 DIVS/DIAF/SES/SC, estabelece o fluxo de distribuição do kit de medicamentos e insumos estratégicos aos municípios de Santa Catarina atingidos por desastres.

3. Caracterização do Município

A colonização do município começou na época de povoamento do Vale do Araranguá, entre 1848 e 1880, primeiro pelos açorianos e, a partir de 1920, por italianos. Os primeiros moradores foram Pedro Valente Lourenço, Xisto Tomazi, Pedro Rocha, Josué Votri, Luiz Abatti e Pedro Simon. Este último, graças à extração da madeira, tornou-se o primeiro industrial do povoado, trabalhando com a fabricação de móveis. Como não havia energia elétrica, Simon construiu um moinho d'água. Depois de disponibilizada a eletricidade, investidores de diferentes regiões estabeleceram-se no município, fundando inúmeras casas comerciais. Mais tarde, com a mecanização das lavouras, ocorreu o êxodo rural e as pequenas indústrias desapareceram.

O nome Ermo, foi dado pelos imigrantes, que consideravam o local de difícil acesso por causa das matas e das várzeas alagadas. Distrito de Turvo desde 1956, o novo município foi o primeiro da América do Sul a ter um plebiscito computadorizado. O resultado foi indiscutível: 98% da população votaram pelo 'sim', optando pela emancipação da localidade.

Principais atividades econômicas - Agricultura.

Colonização - Italiana e açoriana.

Principais etnias - Italiana e açoriana.

Clima - Mesotérmico úmido, com verão quente e temperatura média de 19,2°C.

Altitude - 38m acima do nível do mar.

Datas festivas - 31 de maio (Festa de Nossa Senhora das Graças), 10 de agosto (Festa de São Donato)

Cidades próximas - Turvo, Sombrio, Araranguá, Jacinto Machado.

3. 1 Aspectos Socioeconômicos

Tabela 1 - Resumo aspectos socioeconômicos.

Gentílico	Ermense
Área Territorial	65,311km ²
População estimada	2.059 pessoas
Densidade demográfica	32,31hab/km ²
Escolarização	97,9%
IDHM (Índice de desenvolvimento humano municipal)	0,726
PIB per capita	58.397,14R\$

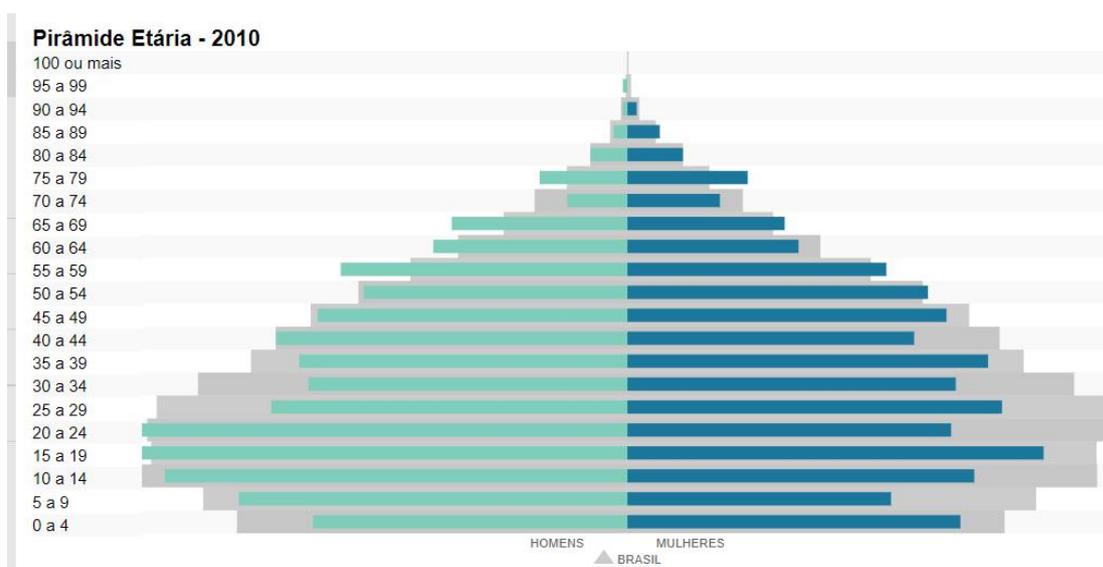
3.2 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

A população estimada do Município no último Censo do IBGE, realizado em 2010, é de 2.059 pessoas. O IDH Índice de desenvolvimento humano fica em 0,726.

Em relação a saúde, a população é assistida por uma unidade básica de saúde, que dispõe de diversas especialidades, como: Clínico geral, Ginecologista, Dentistas, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicóloga, Pediatra, Fonoaudióloga. Além dos serviços de enfermagem, exames e medicações que são disponibilizados aos Ermenses.

Na Figura 1 podemos observar a faixa etária predominante dos Homens e mulheres Ermenses. A religião predominante dos munícipes é a católica, e logo após a evangélica. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010] é de 97,9 % alfabetizados.

Figura 1 - Pirâmide Etária (ano referência 2010).



3.3 Atividades Econômicas

O município de Ermo tem como principal atividade econômica a agricultura. A cultura mais desenvolvida é o arroz, milho e a banana. O setor agrícola é de tal relevância que podemos citar a festa do agricultor que acontece na cidade, com o famoso desfile de máquinas agrícolas. O setor da Indústria, conta com duas empresas de maior porte, sendo a Cadore Esquadrias e a Bendo transportes e alimentos, que disponibilizam um número expressivo de vagas de trabalho na Cidade.

O Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2020] é de 2,6 salários mínimos. Pessoal ocupado [2020] 965 pessoas, correspondendo a 46,8 % da população. O Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010] 30,9 %.

3.4 Características físicas

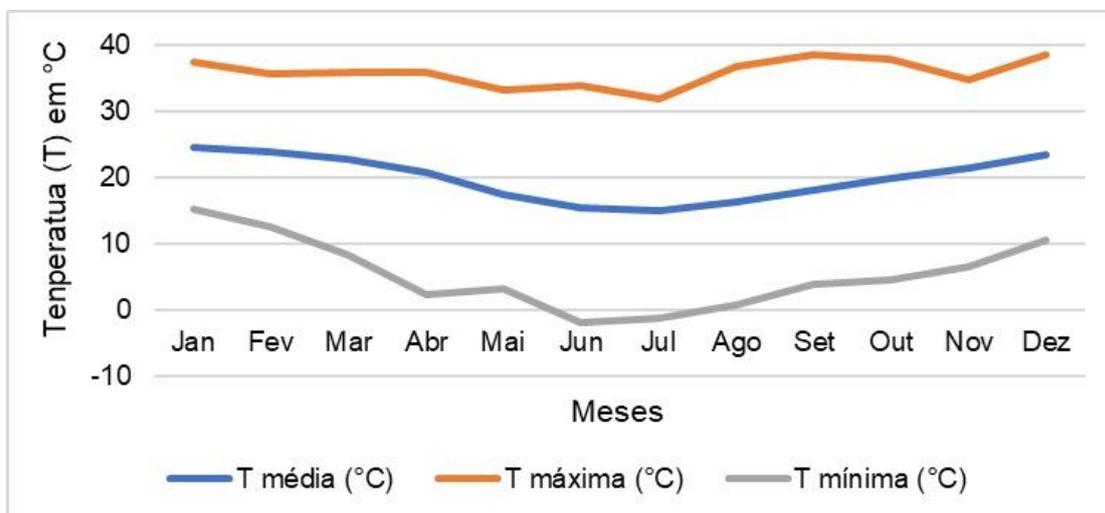
3.4.1 Clima

O município de Ermo está inserido na região Sul do país onde o clima predominante é subtropical úmido com verão quente (Cfa), segundo a classificação de Köppen (1948). Esse clima é caracterizado por temperaturas maiores que 22 °C no verão e a precipitação maior que 30 mm no mês mais seco.

As temperaturas ao longo do ano variam bastante, avaliando as séries dos últimos 10 anos obtida da estação meteorológica A867 do INMET localizada em Araranguá (Figura 2), foram constatadas mínimas com valores negativos nos meses

de junho de 2016 e julho de 2017 e máximas superando os 38 °C ao longo da série histórica. No geral, a média anual varia de 15°C e 25°C, sendo janeiro o mês mais quente e julho o mais frio.

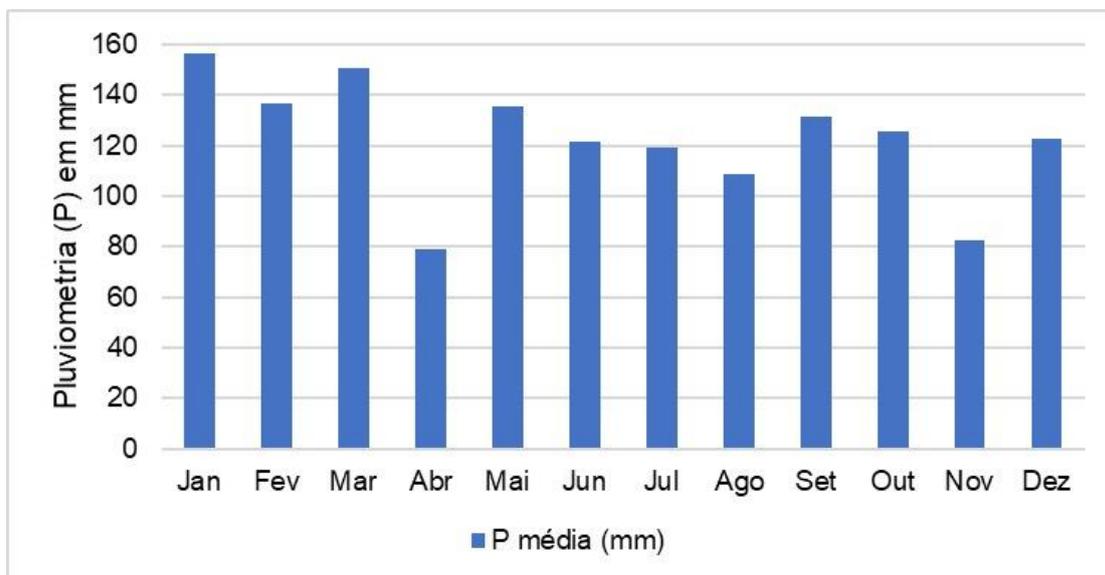
Figura 2 - Dados climáticos fornecidos pela Estação do INMET em Araranguá, referente às médias, mínimas e máximas mensais no período de 2012 a 2023.



3.4.2 Pluviometria

Para identificação do regime pluviométrico do município de Ermo foram analisados os dados da série histórica de 2008 a 2023 da estação meteorológica A867 do INMET, localizada em Araranguá (Figura 3). O regime pluviométrico comporta-se com maiores médias mensais nos meses de janeiro, fevereiro, março, maio e setembro e menores índices de chuva nos meses de abril, agosto e novembro. A região está sob influência de chuvas orográficas que resultam nessa variação na pluviosidade. Essas chuvas ocorrem devido a presença de relevo acidentado, as escarpas da Serra Geral, que provoca a elevação de grandes massas de ar carregadas de umidade oriundas do litoral.

Figura 3 - Dados pluviométricos fornecidos pela Estação do INMET em Araranguá, referente às médias, mínimas e máximas mensais durante de 2008 a 2023.



3.4.3 Pedologia

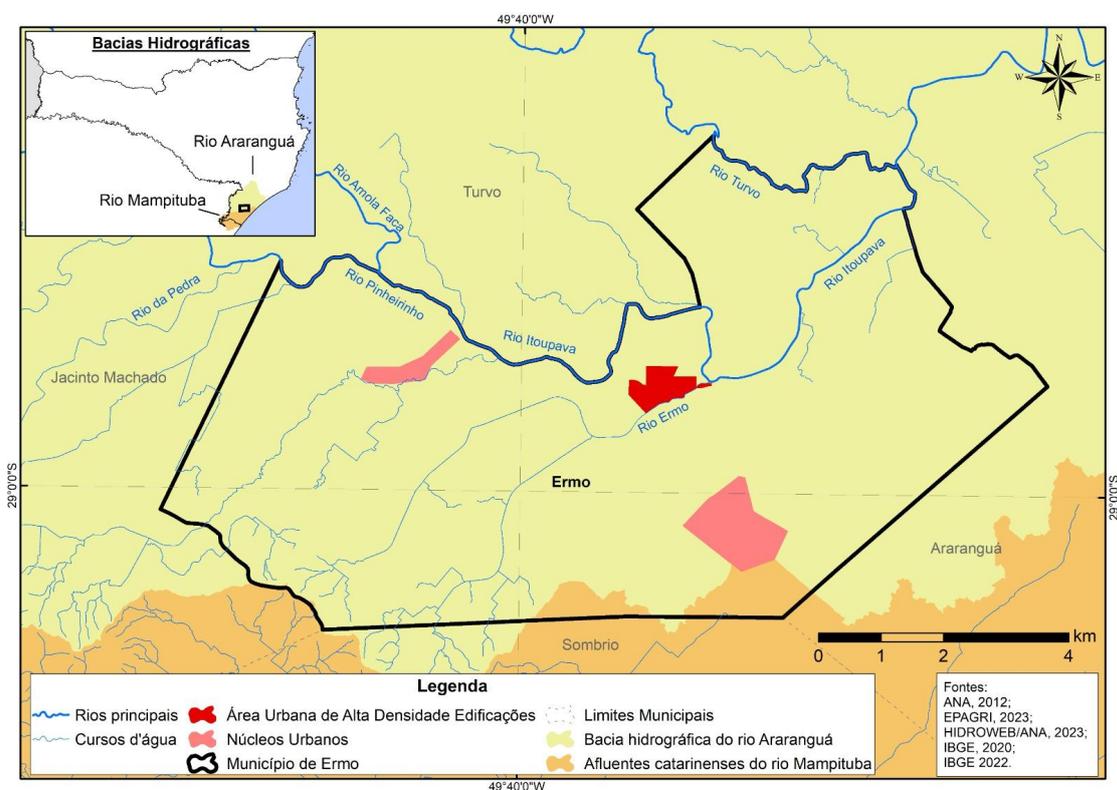
A geomorfologia da região onde o município de Ermo está inserido se caracteriza por planícies litorâneas nas zonas baixas e planalto nas zonas altas, sendo esses ambientes divididos pela Serra Geral. Ermo está localizado a 16 metros de altitude em relação ao nível do mar e seu relevo é predominantemente plano, com a presença de alguns morros, onde estão localizados os bairros de Morro do Soares, Morro do Ermo, Vista Alegre e Morro do Santana.

Os solos no município, segundo a classificação da Embrapa (2004), são definidos como Cambissolos Háplicos Tb Distróficos e Neossolos Quartzarêponico Ôrticos, possuindo alguns pontos com ocorrência de Gleissolo Háplico Ta Distrófico. Nas áreas planas e nas baixadas com má drenagem estão os Gleissolos. Os Neossolos Quartzarênicos são encontrados nas áreas suave onduladas e planas, mais próximas ao litoral, enquanto os Cambissolos são identificados em relevos forte ondulados ou montanhosos, isto é, nos morros existentes no município.

3.5 Hidrografia

O município de Ermo está situado no sistema hidrográfico Atlântico Sul, mais especificamente na região hidrográfica nº 10 do estado de Santa Catarina, tendo praticamente todo seu território drenado pela bacia hidrográfica do rio Araranguá (Figura 1) e uma pequena parte drenada pela bacia do rio Mampituba. Essas bacias fazem parte das Bacias do Sudeste e vertem para o litoral.

Figura 4 - Mapa do município de Ermo apresentando cursos d'água e área e núcleos urbanos.



O rio Itoupava é o principal curso d'água do município e forma um dos principais rios da bacia hidrográfica do Araranguá. O rio Itoupava recebe os afluentes dos municípios vizinhos de Jacinto Machado e Turvo, sendo os mais importantes: rio da Pedra, rio Pinheirinho, rio Turvo e rio Amola Faca. Outro curso d'água importante é o rio Ermo, que embora pequeno, tem suas nascentes localizadas dentro dos limites do município e corta a sua área urbana.

3.6 Saúde

O município possui uma Unidade de saúde que está localizada na Rodovia SC 448 Km 06 N° 108, bairro Centro. São ofertados pela Unidade os seguintes serviços abaixo (Tabela 2):

Tabela 2 - Serviços de saúde ofertados pelo SUS no município.

Serviços ofertados na Unidade Básica de saúde de Ermo - SUS	
Enfermagem	Serviços Odontológicos
Ginecologista	Serviço farmacêutico
Pediatria	Serviço de combate a Endemias
Fonoaudióloga	Vigilância Epidemiológica
Clínico Geral	Vigilância Sanitária
Fisioterapia	Psicóloga
Nutricionista	Agentes comunitárias de saúde

3.7 Assistência Social

A Secretaria Municipal de assistência Social, está localizada na Rodovia SC 448, KM 4858, Centro - ERMO, CEP: 88935000.

- Secretário Municipal de assistência social interino: Clayton Nazario Américo.
- Coordenadora do CRAS e Assistente Social: Jerusa Alexandre Pereira.
- E-mail - cras.ermo@gmail.com

Dentro do Orgão da Secretaria existe o CRAS (Centro de Referência e Assistência Social), localizado no mesmo endereço. Os atendimentos são realizados por equipe técnica multidisciplinar, objetivando um atendimento humanizado e qualificado à população, buscando a superação das questões sociais apresentadas e a promoção da autonomia das famílias atendidas. No CRAS são realizados os seguintes Programas e Projetos:

- PAIF (Programa de Atenção Integral à Família);

- ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO PARA OS IDOSOS E PORTADORES DE DEFICIÊNCIA QUE NÃO APRESENTAM CONDIÇÕES DE SE DESLOCAR
- SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS PARA OS IDOSOS;
- SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS PARA AS CRIANÇAS e ADOLESCENTES;
- SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS;
- PROGRAMA DE CADASTRO ÚNICO E AUXILIO BRASIL (CONTEMPLA O CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA PARA ACESSO A PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA E OUTROS BENEFÍCIOS;
- PROGRAMA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL A POPULAÇÃO DE RUA E MIGRANTES ATRAVÉS ATENDIMENTO SOCIAL E FORNECIMENTO DE KITS EMERGENCIAL;
- PROJETO CUIDANDO DE QUEM CUIDA (VISA O ACOMPANHAMENTO, ORIENTAÇÃO E APOIO ÀS PESSOAS QUE SE DEDICAM CUIDAR DE IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS);
- PROJETO BEM VIVER QUE CONTEMPLA ATIVIDADES INTERATIVAS E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS PARA IDOSOS
- PROJETO CEGONHA AMIGA;
- PROJETO TOQUE DE MÃE;
- CURSO DE GERAÇÃO DE RENDA EM GERAL, DE ACORDO COM A DEMANDA APRESENTADA;
- PROJETO TRABALHANDO JUNTOS EM PARCERIA COM CIEE DIRECIONADO PARA O PREPARO DE ADOLESCENTES PARA O MERCADO DE TRABALHO;
- PROJETO PENSANDO NO FUTURO QUE CONTEMPLA A CONFECÇÃO DE CURRÍCULOS E ENCAMINHAMENTOS PARA O MERCADO DE TRABALHO;
- PALESTRAS E CAMPANHAS.
- PROJETO DESAPEGO SOLIDÁRIO;

3.8 Segurança

Tabela 3 - Contatos dos órgãos responsáveis pela Segurança no município.

Órgão Responsável	Cargo e Nome Representante	Contato
Polícia civil	Agente de Polícia Maria Aparecida Casagrande	(48) 3546-0104
Polícia Militar	Sargento Gilberto Silva dos Santos	(48) 3546-0104
Defesa Civil	Eliomar Costa Helena	199

3.9 Obras

A secretária de obras municipal, comandada pelo atual secretário Jessé Inácio Vieira, esta localizada na Rua João Mario Canela, no bairro Centro. CEP: 88935-000. Telefone: (48) 3546-0198 principal.

E-mail: obras@ermo.sc.gov.br / agricultura@ermo.sc.gov.br

Equipamentos e máquinas listadas, no Anexo I.

4. Histórico de Desastres Naturais e Antropogênicos

Dados disponibilizados no Plano de Bacia Hidrográfica do Rio Araranguá (2014) indicam que a precipitação média anual na área do município de Ermo está na faixa de 1.100 a 1.700 mm. Em termos de ocorrência das chuvas associadas a eventos extremos de inundação na bacia destacam-se os meses de setembro a novembro (primavera) e entre dezembro e fevereiro (verão).

Em termos espaciais as precipitações apresentam maiores volumes na região serrana da bacia, devido à influência da orografia (PIAVA, 2011). Ainda neste estudo (PIAVA, op.cit) foram analisados os eventos resultantes nas 10 maiores cotas observadas nas estações fluviométricas da ANA instaladas na Bacia do rio Araranguá, entre os anos de 1959 e 2009. A análise demonstrou que as maiores cotas observadas estão associadas às cheias de fev/85, out/86, dez/95, fev/00 e mai/08.

Ocorrem extremos não associados diretamente à precipitação local, como é o caso da cota máxima registrada na seção de Taquaruçu (10,68 m em nov/08), localizada no rio Itoupava no município de Ermo. O que indica a relativa influência da propagação das vazões geradas pela precipitação na região serrana na bacia, cujo escoamento, leva de 1 a 2 dias para atingir as porções baixas da bacia, com potenciais impactos aos municípios de jusante. (Santa Catarina, 2014)

Este tipo de evento extremo se caracteriza em uma inundação gradual, as quais são resultados de sistemas atmosféricos que permanecem estacionados vários dias sobre uma mesma região produzindo chuvas contínuas, sendo este tipo de desastre mais comum em Santa Catarina. Este tipo de inundação produz prejuízos menores que as inundações bruscas que causam grandes prejuízos financeiros, dados obtidos a partir da análise dos relatórios da Defesa Civil Estadual elaborado no período entre os anos de 2000 e 2003, no município de Ermo entre os anos de 1978 e 2012 ocorreram seis inundações bruscas e três graduais, dados obtido no Atlas Brasileiro de Desastres Naturais - Volume Santa Catarina (CEPED - UFSC, 2013).

O contexto geológico mostra que os dois setores estão localizados no bairro centro que tem como substrato a unidade depósitos aluvionares, estas coberturas sedimentares demarcam a área da planície de inundação do rio Itoupava.

A imagem do Google Earth mostra a zona urbana existente no município de Ermo onde é possível visualizar os dois setores de risco delimitados na vistoria de campo, sendo que o setor 2 fica na margem do rio Itoupava.

Figura 5 - Setores com risco geológico. (Imagem:Google Earth).



No quadrante sudoeste divisa com o município de Jacinto Machado ocorre uma grande área com depósitos colúvio-aluvionares interdigitados pela unidade formação Rio do Rasto. E nos quadrantes, sul, sudeste, ocorrem depósitos de Planície Lagunar e nos quadrantes leste e nordeste ocorrem depósitos aluvionares e praias, restrito a uma pequena área localizada na divisa com o município de Araranguá ocorrem depósitos eólicos praias.

Estas unidades sedimentares são modeladas por uma geomorfologia fluvial que atua na superfície topográfica e gera formas de relevo com declividade predominante plana e localmente suave ondulado, estas extensas área são baixas e úmidas, sendo muito utilizada para o plantio de arroz. A Cidade de Ermo tem 76 % de sua área territorial utilizada para a agricultura (IBGE, 2010).

O contexto geológico, geomorfológico e hidrológico associado à posição das áreas urbanizadas do município de Ermo (SC) revelaram dois setores de situação de risco alto e muito alto.

BAIRRO ou DISTRITO	RUA ou AVENIDA	SETOR	TIPOLOGIA
Centro	Avenida Pedro Simon e arredores	01	Inundação
Centro	Avenida Pedro Simon	02	Enchente, inundação e erosão de margem

O bairro Centro (setores 1 e 2), ficam localizados na margem direita do Itoupava esta urbanização esta dentro da planície de inundação deste rio. As enchentes e inundação atingiram 1,5 metros. No setor 2 a pequena existe uma pequena comunidade que fica na margem do rio e neste ponto a forte erosão de margem e solapamento associado e estes processos atinge os fundos dos lotes danificando as casas.

Figura 6 - Igreja matriz atingida pela inundação de maio de 2008.



Figura 7 - Local com presença de erosão de margem associada a solapamento.

Figura 8 - Aspecto construtivo das moradias ribeirinhas localizadas no setor 2 onde o grau de risco é classificado como muito alto.



Tabela 4 - Desastres Naturais e Antropogênicos ocorridos nos últimos dez anos.

Mês /Ano	Classificação do Desastre (COBRADE – Anexo XX)	Breve relato
xx/2020	13215 – Tempestade local conectiva - Vendaval	
xx/2022	13214 - Tempestade local conectiva – Chuvas intensas	

5. Gestão de Risco em Desastres

O setor de saúde participa de todas as etapas da gestão de risco de desastres. Para desenvolver as atividades da gestão de risco, foi criado pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Vigilância em Saúde Ambiental, o programa VIGIDESASTRES que tem como objetivo o desenvolvimento de um conjunto de ações, de forma contínua, pelas autoridades de saúde pública, para reduzir o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde, reduzir doenças e agravos secundários à exposição e reduzir os danos à infraestrutura de saúde.

A gestão de risco relacionada a emergências em saúde pública compreende o conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais, baseadas em critérios técnicos e político--administrativos, adotadas para a implementação de políticas e estratégias de fortalecimento das capacidades institucionais dirigidas à redução dos impactos provocados por situações emergenciais. Inclui, portanto, ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo da emergência (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução). Vale-se de elementos técnicos, entre os quais a análise de ameaças, de vulnerabilidades e dos níveis de risco potencial que afetam a saúde da população, realizada pelo setor saúde com a participação de outras instituições.

É, portanto, uma competência de caráter multissetorial e contínuo, que requer a

articulação horizontal e transversal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de diferentes setores e atores/instituições.

Em 2022, o Programa VIGIDESASTRES foi instituído neste município e o ponto focal do VIGIDESASTRES atualmente é a Fiscal Sanitária Patrícia Dal toé Ferreira.

Tabela 5 - Caracterização das etapas da gestão de risco em desastres.

Etapa	Fase	Objetivo
Redução Elementos da Gestão de risco para evitar ou limitar o impacto adverso de ameaças.	Prevenção	-Executar treinamento dos colaboradores dos diversos setores que são reponsáveis pelas ações. -Organização, disciplina e segurança das instalações e dos trabalhos;
	Mitigação	-Consultar a coordenadoria municipal de defesa civil. -Acionar o abrigo, mediante necessidade ordenada. - Convocar todos responsáveis: (Conselho Municipal de Proteção e Defesa Civil e os demais setores e voluntários); - Solicitar apoio a Polícia Militar, Civil e do Corpo de Bombeiros, afim de garantir a ordem e segurança; - Relacionar os Desabrigados;

Etapa	Fase	Objetivo
	Preparação	<p>- Coordenação da ação a ser desenvolvida, com o apoio da Defesa civil, colocando em prática treinamentos aos Responsáveis, explorando a situação que esta por ocorrer.</p>
<p>Manejo</p> <p>Ações que devem ser provenientes do sinal de alerta, intensificação das atividades de rotina e execução de ações necessárias.</p>	Alerta	<p>-O alerta será dado pela Defesa Civil e atualizado de acordo com as informações atualizadas.</p> <p>-Será divulgado através dos veículos de comunicação da Prefeitura Municipal de Ermo, https://www.ermo.sc.gov.br Instagram, Rádios de Turvo e Jacinto machado, por telefones e quando possível e nas sedes da Prefeitura (Secretaria de Obras e Secretaria de Saúde).</p> <p>-A população que estiver exposta ao risco deverá colaborar, e se deslocar ao abrigo.</p>
	Resposta	<p>Será realizado socorro necessário as vítimas atingidas pelo desastre.</p> <p>Citando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evacuação de área de risco - Oferta de abrigo, e doações. - Atendimento médico na unidade básica de saúde do Município. - Transporte aos hospitais das cidades vizinhas.

Etapa	Fase	Objetivo
		<p>-Recuperação das vias, através da secretária de Obras.</p> <p>-Restabelecimento da Energia elétrica, fornecimento de água potável, etc.</p> <p>-Recebimento de Suporte ao Samu e Corpo de bombeiros.</p>
<p>Recuperação</p> <p>Compreende a reabilitação de atividades e serviços e a Reconstrução.</p>	<p>Reabilitação</p>	<p>Prestação de assistência aos atingidos, através de orientação sobre os cuidados com:</p> <p>- A limpeza dos imóveis, afim de evitar doenças e acidentes domésticos. A lama dos alagamentos tem alto poder infectante e nestas ocasiões fica aderida aos móveis, paredes e chão. Recomenda-se então retirar essa lama (sempre se protegendo com luvas e botas de borracha) e lavar o local, desinfetando-o a seguir com uma solução de água sanitária na seguinte proporção: para um balde de 20 litros de água, adicionar quatro xícaras de café (copinhos de 50 ml) de água sanitária.</p> <p>- Cuidados com a água para o uso doméstico, Nos alagamentos, o Sistema doméstico de armazenamento de água pode ser contaminado, sendo necessária</p>

Etapa	Fase	Objetivo
		<p>sua desinfecção.</p> <p>- Cuidados com os alimentos que entraram em contato com as águas de alagamento, pois poderão ser contaminados. O ideal como prevenção é armazená-los em locais elevados, acima do nível das águas.</p>
	Reconstrução	<p>Realizar levantamento dos danos causados às áreas atingidas.</p> <p>-Os procedimentos decorrentes da situação de anormalidade serão de responsabilidade da Prefeitura, que contará com o apoio da Defesa Civil, e do Estado de SC.</p> <p>-Estabelecimento de comissão responsável pela reconstrução.</p> <p>- Dar continuidade a desobstrução das vias, restabelecimento da energia elétrica, fornecimento de água potável, segurança alimentar, abrigos e serviço básico de saúde.</p>

Fonte: CGVAM/DSAST/SVS/MS

Ações a serem desenvolvidas na gestão do risco do PPR-ESP quanto ao provimento de:

Água potável e segura

A água potável pode ser definida como a água própria para consumo, quando estiver dentro do Padrão de Potabilidade (conjunto de valores permitidos como parâmetro da qualidade da água para consumo humano) livre de substâncias, bactérias e organismos que possam trazer doenças, além de não possuir cor, gosto, ou cheiro. As características químicas desejáveis são as de não conter substâncias nocivas ou tóxicas acima dos limites estabelecidos no padrão de potabilidade e as biológicas são, principalmente, as de não conter microorganismos patogênicos.

Dentre as fontes de água existentes, podemos citar:

SAA (Sistema de Abastecimento de Água): conjunto de obras civis, materiais e equipamentos que vai desde a captação até a distribuição (CASAN).

SAC (Solução Alternativa Coletiva): modalidade de abastecimento coletivo destinada a fornecer água potável, com captação subterrânea ou superficial, com ou sem canalização e sem rede de distribuição (fontes, poços, veículo transportador).

SAI (Solução Alternativa Individual): modalidade de abastecimento de água que atende a única família e seus agregados familiares.
--

A água fornecida pela rede geral de abastecimento urbano no município fica por responsabilidade da CASAN (Companhia Catarinense de Águas e Saneamento) nos bairros, Centro, Taquaruçu e Morro do Soares. Os demais bairros utilizam de fontes alternativas como poços e Ponteiros. A melhor forma de prover água aos abrigos temporários será por meio da Casan, por ser uma água tratada e em quantidade adequada, quando fornecida regularmente. Mesmo sendo um tipo de água já tratada, é importante, após um desastre, intensificar a vigilância da qualidade da água para consumo humano em áreas de risco.

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

A desinfecção é a única etapa do processo de tratamento que sempre será obrigatória e, havendo necessidade de outras etapas no processo, ela deverá ser

sempre a última, mesmo que não tenham sido identificados patógenos na água. Os agentes desinfetantes mais comumente usados são os compostos de cloro: hipoclorito de sódio (cerca de 10% a 15% de Cl₂); água sanitária (cerca de 2% a 2,5% de Cl₂). O cálculo do desinfetante é feito de acordo com o produto, o tempo de contato e a cubagem do poço. Se possível, confirmar o resultado da desinfecção pela análise bacteriológica antes de utilizar a água para beber.

Estimativa de Consumo de Água em situações de Risco:

Em abrigos temporários instalados em áreas urbanas que recebam regularmente o fornecimento de água por concessionárias públicas, não é necessário racionar água durante o período. Porém, a quantidade de água deve ser controlada para evitar desperdícios.

A quantidade de água para beber sugerida por pessoa por dia é de : 2.5 litros em dias quentes; 2.0 litros em dias com clima temperado ou frio. Para o banho, há estimativas de 20 litros por pessoa / dia (sem chuveiro) ou 60 litros por pessoa / dia (com chuveiro). Estes volumes poderão variar de acordo com a temperatura climática e com a disponibilidade de água da região afetada.

Distribuição de Hipoclorito de Sódio 2,5%:

Conforme a Portaria nº 814 de 05 de Agosto de 2022, fica definida a distribuição da seguinte forma:

Art. 5º - A responsabilidade pela retirada do produto no Almoarifado Central da Secretaria de Estado de Saúde, e da respectiva distribuição às Regionais de Saúde será da Diretoria de Logística da SES. §1º: A Diretoria de Logística da SES será responsável pela entrega somente até as Regionais de Saúde, cabendo a estas informar aos municípios a disponibilização dos mesmos para retirada no local.

§ 2º O servidor que estiver respondendo pela escala de sobreaviso na data prevista no cronograma de entrega do hipoclorito de sódio 2,5%, será o responsável por receber a carga na Regional de Saúde.

Art. 6º - Compete às Secretarias Municipais de Saúde, a retirada dos seus quantitativos junto a sua Regional de Saúde, e distribuição dos mesmos, em tempo oportuno de utilização do produto;

Art. 7º - A distribuição do Hipoclorito de Sódio 2,5% mensal será de 01 (um) frasco de 50 mL por família, considerando uma média de 4 (quatro) pessoas;

Parágrafo único - A estimativa de frascos a serem distribuídos por família ao mês tem como base a orientação do Ministério da Saúde do uso de 2 gotas de hipoclorito de sódio 2,5% para cada 1 (um) litro de água. O cálculo considera que uma gota de hipoclorito de sódio 2,5% equivale a 0,05 mL, considerando que um frasco de 50 mL possui 1000 gotas, e o consumo diário estimado de água para beber por pessoa seja de 2,5 litros, no mês são necessárias para uma família de 4 pessoas, o máximo de 30 mL de hipoclorito de sódio 2,5% para desinfecção de 300 litros de água.

Acesso adequado a saneamento

O saneamento básico é um direito garantido pela Constituição, e uma ferramenta estratégica essencial para o desenvolvimento da qualidade de vida no País. O saneamento básico é constituído por sistema de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos.

Conforme a Lei Municipal N.º 048, de 15 de Dezembro de 1997, cita:

Art. 25. Toda pessoa deve dispor higienicamente de dejetos, resíduos e detritos provenientes de sua atividade doméstica, comercial, industrial ou pública, de acordo com o prescrito em regulamento, normas, avisos ou instruções da autoridade de saúde, em especial do órgão responsável pelo meio ambiente.

Parágrafo Único – A pessoa é proibida de lançar dejetos e resíduos industriais nos mananciais de água e sistemas de esgotos sanitários, sem a autorização e sem o cumprimento de regulamentos, normas e instruções baixadas pela autoridade de saúde, e órgão encarregado da manutenção desses sistemas.

Art. 26. A pessoa é obrigada a utilizar o serviço de coleta, remoção e destino do lixo mantido pela municipalidade, conforme as exigências estabelecidas nos regulamentos, normas e instruções legais.

Na ausência de rede de esgoto, cada imóvel deverá dispor de fossa séptica, filtro e sumidouro. As fossas sépticas são unidades de tratamento primário de esgotos domésticos nas quais são feitas a separação e transformação de matéria sólida contida no esgoto. Nessas fossas, o esgoto sofre a ação das bactérias e, durante o processo, a parte sólida (lodo) é depositada no fundo da fossa, enquanto que na superfície forma-se uma camada de espuma, constituída de substâncias insolúveis mais leves. A fase líquida segue para o sumidouro ou para valas de infiltração, e os sólidos ficam retidos no fundo da fossa.

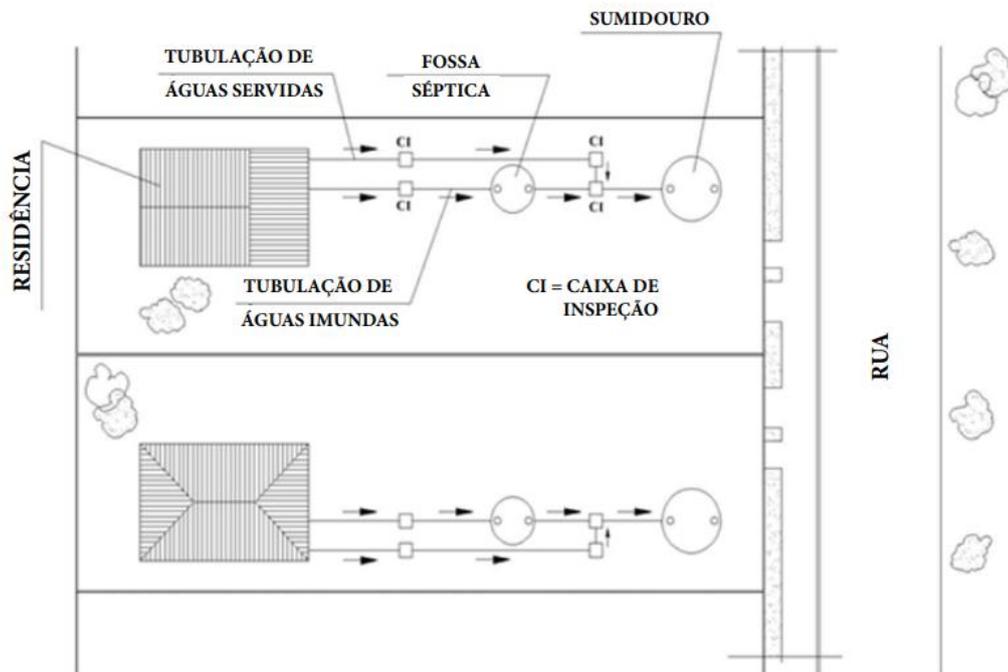


Figura 9- Esquema demonstrativo de um esgotamento domiciliar provido por fossa e sumidouro.

Segurança alimentar

- Organizar os alimentos na área de armazenamento por grupos (cereais, leguminosas, hortaliças, etc), respeitando os prazos de validade e as normas de higiene e controle sanitário que minimizem perdas e garantam sua qualidade até o momento do preparo;
- Solicitar pessoal para compor a equipe de cozinheiros, auxiliares de cozinha e auxiliar de serviços gerais;

- Garantir que as refeições fornecidas sejam preparadas com os requisitos mínimos de higiene;
- Organizar local adequado para a realização das refeições, dando prioridade à gestantes, crianças e idosos;
- Manter equipamentos, utensílios e todas as áreas adequadamente higienizadas;
- Garantir a oferta das refeições, através de cardápio que atenda às necessidades básicas da população afetada.

Abrigos

O abrigo deve funcionar seguindo uma rotina preestabelecida por sua administração, levando em conta o contexto sócio-cultural que a comunidade afetada está inserida. 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
CAFÉ DA MANHÃ	7h30m
ALMOÇO	12h
JANTAR	18h
ABERTURA/FECHAMENTO DO ABRIGO	6 h /23h

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, entre outras.

Todos desabrigados deverão ser cadastrados. 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

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.

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 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.

Serviços clínicos básicos

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.

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. 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).

Doenças diarreicas agudas

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

Disenteria é um tipo de diarréia aguda caracterizada pela presença de sangue nas fezes, sendo geralmente causada por bactérias. Em situações de abrigo, as fontes comuns de transmissão das diarreias agudas são:

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

Além das evacuações amolecidas, freqüentemente 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.

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

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

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

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

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

- Pacientes com desidratação devem idealmente ser tratados na unidade de saúde de referência.

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.

Prevenção e medidas de controle

- em situações de surto em abrigos toda água utilizada para consumo ou preparo dos alimentos deverá ser tratada com hipoclorito de sódio a 2 ou 2,5% (água sanitária), ou cloro em comprimidos. Filtros portáteis não são capazes de impedir a contaminação da água pelo *Vibrio cholerae*;
 - os alimentos devem ser bem cozidos e servidos logo após o preparo;
 - não usar gelo em bebidas, a menos que seja preparado com água tratada;
 - fezes e vômitos devem ser desinfetados e dispensados corretamente, bem como utensílios e roupas ;
 - 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.

Dengue

É uma doença febril viral aguda, 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. 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.

Febre amarela

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

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

Febre tifóide

A febre tifóide é causada pela bactéria *Salmonella typhi*, 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. 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.

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.

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.



Infecções respiratórias agudas

Infecções pulmonares agudas são importante causa de doença e morte em populações desabrigadas. Crianças representam o grupo mais freqüentemente 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.

CRIANÇA COM SINAIS DE PERIGO

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

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

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.

Malária

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

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

Tétano

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

Classificação dos Ferimentos de acordo com o Risco para o Tétano

Ferimentos de Baixo Risco: escoriações (arranhões), cortes superficiais por materiais sem terra ou sujidades



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ferimentos com Risco: feridas por materiais contaminados (vidros, latas, facas, espinhos, madeira, prego etc.), feridas contusas atingindo tecido subcutâneo, queimaduras e outros ferimentos superficiais ou profundos contaminados.

Ferimentos com Grande Risco para Tétano: Fraturas expostas, grandes queimaduras, politraumatizados, feridas penetrantes por arma branca ou por arma de fogo e feridas profundas e extensas contaminadas.

Ferimentos de acordo com o risco para o tétano:

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.

Mordidas por animais

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.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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.

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.

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

Prevenção, 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.

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.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Um achado comum que confirma o diagnóstico de pediculose são as lêndeas. 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.

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.

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.

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.

5.2 Atuação de gestão do risco na ocorrência de vendavais e chuvas intensas

A rede de serviços de saúde deve promover, de forma articulada, o desenvolvimento de ações em saúde com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado. Essas redes conformam a regionalização da atenção. É essa rede que deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno 52 ao usuário e deve ofertar um escopo de ações o mais amplo possível visando à atenção integral.

A Atenção Básica deve ser a responsável por coordenar o cuidado. O modelo de atenção proposto se caracteriza por ser um instrumento de qualificação dos serviços de saúde e orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Esses elementos reforçam o papel da integração na saúde com melhoria no desempenho das ações. A prioridade para todos os municípios é de ter a Atenção Básica operando em condições plenas e com eficácia para responder as demandas sociais cotidianas.

A Vigilância Sanitária é responsável pela proteção e defesa da saúde da população por meio do controle sanitário de serviços e produtos destinados ao consumo e decorrentes dos processos de produção e comercialização que apresentam potencial risco à saúde humana e ao meio ambiente. As inspeções e fiscalizações são os principais objetivos da vigilância sanitária. São desenvolvidas com a finalidade de garantir a segurança sanitária e a manutenção da continuidade dos padrões de qualidade dos bens e produtos exigidos. Essas atividades avaliam possíveis riscos à saúde humana e intervêm preventivamente para evitar agravos ou para solucionar problemas. Todavia, numa situação de emergência, em decorrência de vendavais ou inundações, a vigilância sanitária deve participar do COE Saúde e desenvolver ações para o gerenciamento dos riscos nas seguintes estruturas: abrigos, no que diz respeito à manipulação de alimentos, comércio local, e armazéns.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- Identificar os estabelecimentos comerciais que foram atingidos pela inundação;
- Inspecionar e avaliar as condições higiênico-sanitárias de armazenamento, preparação e conservação dos produtos (alimentos, bebidas e águas envasadas) nos estabelecimentos comerciais e nos serviços de saúde das áreas que foram afetadas pelas inundações;
- Inspecionar os produtos doados que irão ser disponibilizados para a população, como: alimentos, bebidas e águas envasadas, assim como suas embalagens;
- Inspecionar os locais de armazenamento e conservação desses produtos doados;
- Inspecionar a cozinha e as condições de armazenamento e preparação dos alimentos nos abrigos;
- Facilitar a articulação entre os serviços de vigilância sanitária, laboratórios centrais de saúde pública e vigilâncias ambiental e epidemiológica para atuarem em conjunto nas investigações de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), por meio da Rede de Comunicação, Vigilância e Investigação de Surtos Alimentares. A notificação poderá ser realizada pelos e-mails: notifica@saude.gov.br e rcvisa@anvisa.gov.br.
- Promover nos abrigos, no comércio e nos locais de manipulação, o consumo seguro dos alimentos, com a disseminação das orientações básicas para a prevenção de contaminação e promoção da segurança alimentar, contemplando os seguintes itens:

Orientações quanto às Doações de Alimentos

Devem ser doados alimentos e bebidas não-perecíveis, isto é, aqueles que possuem tempo de durabilidade longo e não precisam ser mantidos sob refrigeração, congelamento ou aquecimento e podem ser armazenados à temperatura ambiente.

Os alimentos doados devem estar em suas embalagens originais onde estão declaradas as informações essenciais sobre o produto, inclusive prazo de validade, lista de ingredientes e orientações sobre conservação e consumo. As embalagens devem estar fechadas a fim de minimizar problemas associados ao fracionamento e manipulação, que podem ser graves a populações vulneráveis, além de dificultarem no



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

transporte. Os alimentos e bebidas doados devem possuir prazo de validade vigente, não inferior a três meses.

1º etapa de doação:

Considerando a atual dificuldade de acesso a água, equipamentos e ingredientes para preparação de alimentos, devem ser doados, prioritariamente, alimentos industrializados prontos para o consumo, como água mineral, biscoitos, cereais em flocos, farinhas ou barras, sucos industrializados, leite UHT, sardinha, atum e carne enlatados, conservas de vegetais e frutas, frutas desidratadas, doces de frutas, castanhas, amendoins etc.

2º etapa de doação:

Com a melhoria das condições de estrutura física da população, podem ser doados também outros alimentos não-perecíveis, como arroz, feijão, farinha, açúcar, sal, macarrão, leite em pó etc.

Orientações quanto ao Armazenamento e Transporte dos Alimentos

Recomenda-se que os alimentos sejam agrupados por categoria, devendo-se evitar que os mesmos sejam armazenados próximos a medicamentos, vacinas, saneantes e outros produtos químicos. Caso necessário, medidas devem ser adotadas para evitar que os alimentos em embalagens frágeis sejam contaminados por substâncias tóxicas que podem agravar o estado de saúde da população vitimada.

Para não haver danos às embalagens, deve-se evitar o empilhamento excessivo de alimentos ou que produtos mais pesados fiquem empilhados sobre produtos mais leves. Como o prazo de validade é um fator importante para garantia da qualidade e inocuidade dos alimentos, devem ser tomadas precauções para que os mesmos permaneçam o menor tempo possível estocados. Para isso, pode ser utilizado o conceito PVPS: primeiro que vence a validade é o primeiro que sai.

O local de armazenamento dos alimentos deve ser o mais limpo possível, sendo os mesmos mantidos sobre estrados, palets ou outro objeto que permita que os



mesmos não fiquem diretamente sobre o piso. Devem também ser mantidos afastados das paredes de forma a permitir apropriada circulação de ar.

Serviços de Saúde

- Inspecionar e avaliar os serviços de saúde (hospitais, clínicas, centros de saúde, almoxarifados de medicamentos e insumos, salas de imunobiológicos etc.) visando o manejo e descarte adequado de resíduos sólidos normais, biocontaminados e perigosos, bem como o monitoramento de possíveis riscos para a saúde humana;
- Inspecionar os serviços de saúde das áreas atingidas pelas inundações com a finalidade de garantir a qualidade e o controle de riscos de tratamentos realizados com utilização de água;
- Inspecionar e avaliar os recursos de saúde (equipamentos, medicamentos, materiais, insumos estratégicos etc.) para promover a qualidade da assistência prestada.

5.2.1 Redução de riscos

- Fomentar a implantação dos comitês operativos de emergência nas áreas de ocorrência de desastres;
- Contribuir na identificação das populações expostas a riscos de desastres na área de abrangência e no mapeamento das áreas de risco prioritárias;
- Contribuir na avaliação da infraestrutura física e funcional das unidades de saúde;
- Avaliar recursos humanos disponíveis e necessários para atender a uma situação de emergência;
- Promover o intercâmbio de experiências e estímulo ao desenvolvimento para buscar o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e de conhecimentos para as equipes;
- Participar do processo de educação permanente.
- Manter atualizadas as cadernetas de vacinação, incluindo os profissionais de primeiros socorros (Corpo de Bombeiros e Defesa Civil).



Tabela 6 - Ações e respectivos Coordenadores responsáveis pela redução de riscos.

Redução de riscos	Ações	Coordenadores/Responsáveis
Prevenção	<ul style="list-style-type: none">• Monitoramento de eventos nos meios de comunicação local e demais meios disponíveis (INMET, INPE, BDQUEIMADAS, EPAGRI, S2ID, Defesa Civil, etc).	Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil: Eliomar Helena.
	<ul style="list-style-type: none">• Recebimento e verificação dos relatórios diários do VIGIDESASTRES Estadual por meio de WhatsApp.	Ponto focal do VIGIDESASTRES municipal: Fiscal Vigilância sanitária municipal de Ermo
Mitigação	<ul style="list-style-type: none">• Manter-se atualizado, sobre a situação e sua possível evolução;	Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil: Eliomar Helena. Secretaria Municipal de saúde: Lélis Helena Leonardo
	<ul style="list-style-type: none">• Normalizar dentro dos serviços, que no território existirá agente comunitário e agente de vigilância em saúde;	Vigilância Epidemiológica: Enfermeira.
Preparação	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar as ferramentas da epidemiologia para orientar o processo de trabalho utilizando os	Ponto focal do VIGIDESASTRES municipal: Fiscal Vigilância sanitária



Redução de riscos	Ações	Coordenadores/Responsáveis
	<p>sistemas de informação em saúde, bem como análises da situação de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none">• Distribuir e orientar sobre uso do hipoclorito de sódio a 2,5% (quando necessário);• Promover educação em saúde: higiene (pessoal e do lar), prevenção de acidentes (fogo, intoxicação por material de limpeza e higiene), destino adequado dos lixos e dejetos;• Identificar fatores de risco comportamentais, como: controle de dejetos sólidos e excremento, controle de alimentos, higiene e segurança nos abrigos;• Avaliar estoques de medicamentos, vacinas e insumos;• Notificar os casos suspeitos e confirmados de cada agravo na Ficha do Sinan; <p>Atender e acompanhar os casos notificados, de acordo com a complexidade dos mesmos;</p> <ul style="list-style-type: none">• Atender e acompanhar pacientes egressos de outros níveis de atenção;• Realizar avaliação da situação da saúde em	<p>municipal de Ermo</p> <p>Secretaria Municipal de saúde: Lélis Helena Leonardo</p> <p>Vigilância Epidemiológica: Enfermeira.</p>



Redução de riscos	Ações	Coordenadores/Responsáveis
	conjunto com as outras equipes;	

5.2.2 Resposta

A resposta compreende a execução das ações previamente definidas no COE, as quais são direcionadas especificamente a cada área técnica compreendendo atividades de rotina e intensificação de algumas ações necessárias. As ações de resposta objetivam salvar vidas, reduzir o sofrimento humano, reduzir as vulnerabilidades e os riscos de adoecimento, evitar propagação de doenças, diminuir perdas materiais e proteger a integridade dos serviços de saúde (OPS, 2003). As ações dessa fase compreendem:

- Convocar o COE;
- Notificar o evento;
- Acompanhar as ações de busca e resgate;
- Intensificar as ações de prevenção, promoção, proteção, educação, recuperação e reabilitação, previamente determinadas para o setor saúde;
- Identificar e realizar atividades de promoção e assistência à saúde aos atingidos;
- Avaliar os danos às pessoas, no sistema de abastecimento de água, nos abrigos e na infraestrutura de saúde por meio dos formulários de Avaliação de Danos;
 - Identificar as necessidades em saúde;
- Intensificar a Vigilância Epidemiológica específica para situações de desastres;
- Monitorar a morbimortalidade e outros efeitos à saúde humana;



- Estabelecer fluxos de atendimento;
- Estabelecer fluxos de informação e comunicação aos gestores e população;

O VIGIDESASTRES/SC propõe a atuação em Emergência de Saúde Pública de Nível Local (ESPIL). A ESPIL possui um nível de resposta com impacto e/ou abrangência restrita à comunidade local e/ou nível primário em saúde pública.

Níveis de resposta	Ações	Coordenadores/Responsáveis
ESPIL	Resposta às Comunicações de ESP enviadas pelo VIGIDESASTRES Estadual.	Ponto focal do VIGIDESASTRES municipal: Fiscal Vigilância sanitária Municipal.

5.2.3 Recuperação

Recuperação	Ações	Coordenadores/R esponsáveis
Reabilitação	<ul style="list-style-type: none">• A reabilitação constitui um dos componentes da etapa de recuperação, na qual se executam medidas para restabelecer, em curto prazo, os serviços básicos indispensáveis às condições de vida normais de uma população. Uma medida indispensável se refere ao monitoramento das ações de prevenção, promoção proteção e educação, com o propósito de minimizar ou prevenir danos à saúde	Ponto focal do VIGIDESASTRES municipal: Fiscal Vigilância sanitária Municipal. Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil: Eliomar Helena.



	<p>humana.</p> <p>As atividades para o desenvolvimento desta fase são:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar os danos (complementar);• Identificar as necessidades para reabilitação;• Reabilitar a rede de serviços de saúde;• Restabelecer os serviços de fornecimento de água, energia elétrica, transporte e telecomunicações;• Intensificar as ações de vigilância epidemiológica de doenças decorrentes de inundações;• Intensificar a necessidade de promover ações para a atenção psicossocial da população e dos trabalhadores envolvidos no processo;• Intensificar as ações de controle de vetores (mosquitos), reservatórios (roedores) e animais peçonhentos;• Intensificar as ações de Vigilância Sanitária e executar medidas de controle e de higiene nos ambientes públicos, domiciliares e comércios;• Fortalecer o atendimento pré-hospitalar e hospitalar;• Fortalecer fluxo de atendimento para agravos prioritários;• Apoiar e sistematizar o manejo e destino de animais mortos. <p>É importante ressaltar que durante a reconstrução devem ser inseridas medidas que</p>	<p>Secretaria Municipal de saúde: Lélis Helena Leonardo</p> <p>Vigilância Epidemiológica: Enfermeira.</p>
--	--	---



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

	fortaleçam os aspectos de redução de vulnerabilidades e de riscos de desastres com vistas a evitar novos danos ou diminuir os seus possíveis impactos no município. Nesse contexto é importante ressaltar a segurança da infraestrutura física dos serviços de saúde, assim como os novos estabelecimentos assistenciais de saúde devem ser construídos em áreas consideradas seguras	
--	---	--

Link: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/adbd1fb1bd20e237ab67233e3f0a4cfe67a267c.pdf>

6. Organização da resposta às emergências em saúde pública.

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, ESPII).



6.2 Sala de situação

Na ocorrência de um evento será formado um comitê interno composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (item 6.1). Os representantes (Quadro 00) terão as atribuições de acionar os coordenadores responsáveis pelos setores da Secretaria de Saúde para composição da Sala de Situação, coordenar as ações assistenciais e/ou preventivas no âmbito do município e contatar as organizações vinculadas à assistência à saúde.

00. Lista de representantes da SMS.

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde	Telefone	e-mail
Secretaria Municipal de saúde	48 9 9108-7550 48 3546-0125	saude@ermo.sc.gov.br
Vigilância Epidemiológica	48 3546-0125	
Vigilância sanitária	48 3546-0125	vigilanciaermo@hotmail.com

7. Informações à população

Nas circunstâncias que envolvem o desastre, a necessidade da atenção psicossocial é especialmente importante devido ao estresse ao qual a população está submetida e às suas conseqüências, como o aumento da violência e de outras condutas anti-sociais. Dito de outro modo, a atenção psicossocial no abrigo visa minimizar os problemas de ordem psicológica e social, introduzindo a busca pela saúde mental nos cuidados com a saúde.



O termo psicossocial vem sendo utilizado para traduzir a gama e a dinâmica das manifestações psicológicas e sociais que surgem em situações de desastre. O termo é mais usado com uma visão humanista do que sanitária, ou seja, ele não é mencionado apenas para se referir a patologias, mas também a problemas comuns e esperados diante de um evento traumático.

No caso de uma população desabrigada, as estratégias de intervenção têm que levar em consideração, além do atendimento às necessidades imediatas, o fator humano envolvido, isto é, o desamparo de pessoas que perderam parentes, pertences e conquistas de forma repentina e que não têm como lidar com isso sem o apoio do outro.

O retorno das famílias às suas vidas cotidianas é matéria de grande importância para quem administra um abrigo e está diretamente vinculado ao encerramento das atividades no local. A posição do Agente Psicossocial é estratégica, pois é ele que auxiliará as famílias neste processo e, ao mesmo tempo, orientará sobre a condição temporária do abrigo.

As ações para o retorno das famílias devem começar tão logo se iniciem as atividades do abrigo. O principal instrumento que viabilizará um mapeamento sobre as condições das famílias afetadas é a entrevista, que dará ao Agente uma direção sobre cada situação. As principais possibilidades de ação são:

- **O retorno ao local de moradia**

Nessa situação, é necessário avaliar os danos causados ao patrimônio a fim de verificar as condições do local. Cabe ao Agente Psicossocial, além de incentivar a família a agir na reconstrução do cenário destruído, repassar as informações para a equipe técnica a fim de que esta capte recursos locais que viabilizem o retorno imediato da família ao seu local de moradia.

- **O encaminhamento das famílias a residências de familiares, amigos, entre outras redes**

Nesse caso, é importante verificar se as famílias afetadas contam com alguma rede de solidariedade (como familiares, amigos, grupos de igrejas, empregador) que



possa acolhê-las por um determinado prazo até que suas moradias estejam em condições de recebê-las ou que tenham um local definido pelo poder público para hospedá-las.

No momento da entrevista, o Agente Psicossocial deve questionar a família sobre essa possibilidade e, posteriormente, repassar as informações para a equipe técnica, objetivando contactar a rede sugerida para verificar a viabilidade de transferência das mesmas. É fundamental sinalizar que a família afetada tem que estar em acordo com esta possibilidade, não devendo o contato ser realizado, caso a família não concorde. A transferência das famílias afetadas para residências de outras pessoas não encerra a obrigação do poder público. Elas devem ser assistidas até que consigam se restabelecer.

Cabe ao Agente Psicossocial fazer um relato da situação da família e encaminhar para a equipe técnica do abrigo, que deverá repassá-lo para o poder público local, a fim de que as medidas cabíveis sejam tomadas. A viabilização de recursos materiais, como cestas básicas, roupas, remédios, bem como a inserção da família em algum programa de assistência do município, podem contribuir para reduzir os danos causados pelo desastre.

- **O encaminhamento das famílias a abrigos municipais ou a residências disponibilizadas pelo poder público**

Esse é o último recurso a ser disponibilizado, ou seja, é o recurso acionado quando todos outros já se esgotaram. Geralmente, famílias que perderam tudo e que vivem em condições precárias de sobrevivência são as que mais tempo permanecem no abrigo e as que mais necessitam de assistência. Assim, é necessário que essas famílias sejam logo identificadas, para não prejudicar a previsão de encerramento das atividades no abrigo. Cabe à equipe técnica informar a situação dessas famílias ao poder público local para que este possa integrá-las a programas de assistência, programas de habitação para aquisição ou reconstrução da casa ou, até mesmo, providenciar a transferência para abrigos municipais enquanto não se viabiliza uma medida mais adequada.



A falta de informação e a incerteza, muitas vezes existentes nos abrigos, causam desorientação e rumores, podendo aumentar a ansiedade e promover condutas desordenadas, favorecendo lideranças negativas e atuações violentas.

O Agente, enquanto elo de ligação entre a coordenação e os desabrigados, deve manter-se em permanente contato com ambos, levando, através das informações, um maior acolhimento para essas pessoas, propiciando um ambiente de maior tranquilidade. Para isso, é importante que: as informações, que podem ser de interesse geral ou particular, devem ser passadas de forma simples, concisa e com uso de uma linguagem adequada ao perfeito entendimento das mesmas; devem ser administradas através de reuniões grupais ou através da comunicação direta (pessoa a pessoa); e não devem ter um caráter meramente informativo, mas sim informativo-interativo, ou seja, que implique na participação do grupo;

- as informações sobre direitos e as regras do abrigo devem ser apresentadas aos desabrigados logo quando da ativação do abrigo, podendo ser passadas no momento da
- entrevista e serem afixadas em locais de fácil acesso. As alterações diárias da rotina devem ser divulgadas logo pela manhã, o que contribuirá para a manutenção da organização e disciplina, tão importante nessas situações;
- as necessidades apresentadas pelos desabrigados devem ser recolhidas, consolidadas e repassadas à coordenação do abrigo. É importante que o Agente esteja sempre dando o
- retorno do andamento das solicitações encaminhadas à coordenação;
- os direitos dos desabrigados têm que ser resguardados e respeitados, o que não inviabiliza o estabelecimento de regras, nem a punição de ações transgressoras;
- as informações destinadas às crianças devem ser passadas na sua linguagem, de forma clara e de preferência lúdica.

Devemos sempre lembrar que, na maioria dos casos, as pessoas desabrigadas experimentaram situações de estresse que podem ter contribuído para



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

redução no nível de atenção das mesmas. Assim, é importante que o agente esteja preparado para repetir diversas vezes as instruções, de forma a assegurar-se que efetivamente todos tomaram ciência das informações divulgadas. Notícias desagradáveis, ou que carreguem consigo forte dose emocional, devem ser dadas com extrema cautela, haja vista as condições psicológicas fragilizadas em que, regra geral, encontram-se essas pessoas.

Os desastres naturais produzem uma ruptura na rotina das famílias e da comunidade. Muitas vezes, perdem-se referências importantes, sem as quais o sentimento de não-pertencimento prevalece. O trabalho com grupos pode ajudar na reformulação das redes de solidariedade, servindo para desenvolver um sentido de coletividade de grande valor para a reconstrução da vida diária.

O Agente Psicossocial deve criar espaços para o intercâmbio de experiências, a expressão de sentimentos e a busca de alternativas. Com a formação de grupos, ele também incentiva a participação ativa dos desabrigados na resolução de problemas que aparecerão no dia-a-dia no abrigo, bem como serve de mediador de conflitos que surjam entre as famílias ou entre estas e a coordenação do abrigo.

8. Capacitações

Na ocorrência de Desastre o alerta será determinado pela Coordenadoria Municipal de proteção e Defesa Civil e Recebimento e divulgação dos relatórios diários do VIGIDESASTRES Estadual por meio de WhatsApp. A população será atualizada da situação através dos veículos de comunicação: www.ermo.sc.gov.br, rádios locais, telefones e quando possível avisado in loco, através da Prefeitura Municipal, Polícia, Bombeiros, Secretaria de Obras, e Secretaria de saúde.

9. Referências

(Norma ABNT NBR 6023 -

https://docs.google.com/file/d/1qDRhi4gZN_cTklo1OgjCcZzGD0Jj2HfP/view)

Glossário



Anexos

Anexo I

Lista de equipamentos e máquinas para manutenção e obras

Equipamento/ Máquina	Quantidade	Localização
Caçamba Volkswagen Tractionada	01	
Caçamba Ford simples	01	
Caçamba Mercedes simples	02	
Moto niveladora	01	
Trator new holand tracionado	01	
Retro escavadeira xcmg	01	
Caminhão de lixo Mercedes	01	
Escavadeira hidráulica xcmg	01	
Pá Carregadeira	01	

Anexo II



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Contatos interinstitucionais

Lista de contatos para integração interinstitucional no gerenciamento do risco de desastres

Instituições	Nome	Contatos (Telefone institucional e/ou Celular)
Prefeitura Municipal	Prefeito – Paulo Della Vechia	(48) 3546-0081
Polícia civil	Agente de Polícia Maria Aparecida Casagrande	(48) 3546-0104
Defesa Civil	Eliomar Costa Helena	199
Secretária Municipal de Saúde	Lélis Helena Leonardo	(48) 99118-7550
Secretária de Obras	Jessé Inácio	(48) 99108-0329
Assistência social	Jerusa	(48) 99194-2639
Casan – Companhia Catarinense de água e saneamento	Patrícia	(48) 3525-0513
Vigilância Sanitária Municipal	Patrícia Dal toé Ferreira	(48) 3546-0125
Escola Educação Básica Pedro Simon	Diretora – Fábria Borba	(48) 3529-0200