



**PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOOSES**

**Plano de Contingência para Enfrentamento de Desastres de Origem
Natural (Enchentes e Inundações) do Município do Cabo de Santo
Agostinho**

ABRIL DE 2024



APRESENTAÇÃO

Este documento foi elaborado diante da necessidade de organização dos setores internos da Secretaria Municipal de Saúde para as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde perante a possibilidade de ocorrência de enchentes e inundações no período chuvoso. Assim, quanto maior a antecipação do desencadeamento das situações de alerta e alarme, menor será a vulnerabilidade da população moradora das áreas de risco, possibilitando a redução dos danos e prejuízos e a otimização das ações de respostas aos desastres.

Neste plano estão contidas orientações técnicas às Secretarias Municipais de Saúde, as atribuições dos setores internos da SES e a forma de articulação intra-setorial para oferecer apoio à execução das ações no âmbito local.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Plano de Contingência: é o planejamento tático que é elaborado a partir de uma determinada hipótese de desastre.

Vulnerabilidade: é a incapacidade de um indivíduo ou grupo populacional de evitar o perigo relacionado a catástrofes naturais ou a condição de ser forçado a viver em condições de perigo. A vulnerabilidade abrange três componentes principais, a saber:

- 1- Fragilidade ou exposição: o grupo populacional pode ser afetado por um fenômeno perigoso em função da sua localização;
- 2- Suscetibilidade: predisposição de um grupo populacional de sofrer danos diante de um fenômeno perigoso;
- 3- Falta de resiliência: capacidade de um grupo populacional submetido a um fenômeno perigoso de absorver o choque e se adaptar para voltar a um estado aceitável.

Perigo ou ameaça: caracteriza-se por um evento físico potencialmente prejudicial, fenômeno e/ou atividade humana que pode causar morte ou lesões, danos materiais, interrupção da atividade social e econômica ou degradação ambiental.

Risco: É a probabilidade da ocorrência de consequências prejudiciais ou perdas esperadas (mortes, lesões, interrupção de atividades econômicas, dentre outros), resultado de interações entre ameaças ou perigos e as condições de vulnerabilidade de uma determinada localidade. São considerados também na definição de risco os recursos disponíveis, tanto para interferir nas ameaças ou perigosos, como nas vulnerabilidades.

Acidente: Evento definido ou sequência de eventos não planejados, que dão origem a uma consequência específica e indesejada, em termos de danos humanos, materiais ou ambientais.

Desastre: Interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou



ambientais que excedam a capacidade da comunidade ou sociedade afetada para responder utilizando seus próprios recursos.

Alagamento: Água acumulada no leito das ruas e no perímetro urbano por fortes precipitações pluviométricas, em cidades com sistemas de drenagem deficientes.

Enchente: Elevação do nível de água de um rio, acima de sua vazão normal.

Inundação: Transbordamento de água da calha normal de rios, mares, lagos e açudes, ou acumulação de água por drenagem deficiente, em áreas habitualmente submersas.

Alerta: Dispositivo de vigilância. Situação em que o perigo ou risco é previsível em curto prazo. Passa da situação de sobreaviso para a de prontidão.

Alarme: Sinal, dispositivo ou sistema que tem por finalidade avisar sobre o perigo ou risco iminente. Passa da situação de prontidão para a de início ordenado das operações de socorro.

Desabrigado: Pessoa cuja habitação foi destruída ou danificada por um desastre, ou estão localizadas em áreas de risco iminente de destruição e que necessitam de abrigos temporários providos pelo Sistema para serem alojadas.

Desalojado: Pessoa que foi obrigada a abandonar temporária ou definitivamente sua habitação, em função de evacuações preventivas, destruição ou avaria grave, decorrentes do desastre, e que não necessariamente, necessitam de abrigo provido pelo Sistema.

Emergência: Alteração de forma súbita de pessoas, de seu meio ambiente ou de seus bens causadas por fatores externos, de origem natural ou antrópica e que demandam uma ação imediata por parte das autoridades de saúde, porém, caracteriza-se por não exceder a capacidade de resposta.



Situação de Emergência: Reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal provocada por desastres, causando danos suportáveis e superáveis pela comunidade afetada.

Estado de Calamidade Pública: Reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal provocada por desastre, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à incolumidade e à vida de seus integrantes.

Defesa Civil: Conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais, reabilitadoras e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social.

Desenvolvimento sustentável: Aquele que atende às necessidades do presente, sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades.

Doença: Uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos.

Agravo: Qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas como, acidentes, intoxicações, abuso de drogas, dentre outras.

Evento: Manifestação ou ocorrência que apresente potencial para causar doença.

Alerta: Dispositivo de vigilância. Situação em que o perigo ou risco é previsível em curto prazo. Passa da situação de sobreaviso para a de prontidão.

Alarme: Sinal, dispositivo ou sistema que tem por finalidade avisar sobre o perigo ou risco iminente. Passa da situação de prontidão para a de início ordenado das operações de socorro.



Desabrigado: Pessoa cuja habitação foi destruída ou danificada por um desastre, ou estão localizadas em áreas de risco iminente de destruição e que necessitam de abrigos temporários providos pelo Sistema para serem alojadas.

Desalojado: Pessoa que foi obrigada a abandonar temporária ou definitivamente sua habitação, em função de evacuações preventivas, destruição ou avaria grave, decorrentes do desastre, e que não necessariamente, necessitam de abrigo provido pelo Sistema.

Emergência: Alteração de forma súbita de pessoas, de seu meio ambiente ou de seus bens causadas por fatores externos, de origem natural ou antrópica e que demandam uma ação imediata por parte das autoridades de saúde, porém, caracteriza-se por não exceder a capacidade de resposta.

Situação de Emergência: Reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal provocada por desastres, causando danos suportáveis e superáveis pela comunidade afetada.

Estado de Calamidade Pública: Reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal provocada por desastre, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à incolumidade e à vida de seus integrantes.

Defesa Civil: Conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais, reabilitadoras e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social.

Desenvolvimento sustentável: Aquele que atende às necessidades do presente, sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades.

Doença: Uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos.



Agravo: Qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas como, acidentes, intoxicações, abuso de drogas, dentre outras.

Evento: Manifestação ou ocorrência que apresente potencial para causar doença.

Gestão de risco: Conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais desenvolvidas pelos órgãos de governo em conjunto com a sociedade organizada para a implementação de políticas e estratégias que visam o fortalecimento de suas capacidades para a redução do impacto dos desastres.

Gestão de risco: Conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais desenvolvidas pelos órgãos de governo em conjunto com a sociedade organizada para a implementação de políticas e estratégias que visam o fortalecimento de suas capacidades para a redução do impacto dos desastres.



1- INTRODUÇÃO

Os desastres naturais podem ser provocados por diversos fenômenos, tais como, inundações, escorregamentos, erosão, terremotos, tornados, furacões, tempestades, estiagem, entre outros e podem se apresentar em qualquer região do mundo e constituir-se numa ameaça pela possibilidade de causar diferentes danos e efeitos ao bem-estar físico, social, mental, econômico e ambiental de uma determinada localidade.

A intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do evento adverso e o grau de vulnerabilidade associadas às condições do ambiente, uma vez que cada área tem condições sociais, econômicas, políticas, ambientais, climáticas, geográficas e sanitárias peculiares. Já os efeitos sobre a saúde são similares, existindo uma relação direta entre o tipo de desastre e seus efeitos sobre a saúde humana. A sociedade pode ser preparada para evitar, minimizar ou enfrentar esses eventos mediante o reconhecimento prévio das condições de risco e facilitando o uso racional de recursos do setor saúde.

Este fato gera a necessidade da intensificação das ações de Vigilância em Saúde e intervenção de forma articulada com outros setores (intersetorialidade), onde a ação conjunta com os demais órgãos e entidades que atuam em desastres possam utilizar uma linguagem universal, visando favorecer a comunicação integrada com o objetivo de prevenir e atender a ocorrência de agravos à saúde.

Os altos índices pluviométricos registrados na Região Nordeste, especialmente em Pernambuco, entre os meses de abril e agosto, características dessa época, aliados às características geomorfológicas e de ocupação desordenada do solo, geram anualmente um cenário de risco que atinge a população moradora das áreas mais vulneráveis a acidentes.

Diante desse contexto, ressalta-se a importância de que os municípios potencialmente expostos a ameaças tenham capacidade de adaptar-se de forma a manter um nível de organização e estrutura adequada para funcionamento a fim de que consigam reduzir os riscos de desastres e responder com maior eficácia aos efeitos decorrentes desses eventos.

A Lei nº 8.080/1990 que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, trata no seu Art. 18 sobre a competência deste setor no âmbito da esfera municipal: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de



saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. Dessa forma, o município deve estar preparado e organizado para direcionar e executar ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta, reabilitação e reconstrução no que compete à saúde em relação aos desastres.

Diante do exposto, o município do Cabo de Santo Agostinho elaborou esse Plano de Contingência que visa propor diretrizes para a organização da vigilância em saúde e a elaboração conjunta de estratégias de ação que orientem medidas de prevenção e controle de situações de risco e agravos de importância que possam estar associados à ocorrência e eventos desta natureza.

2- OBJETIVOS

2.1 GERAL

Organizar e orientar as atividades de preparação para emergências e desastres de origem natural e aperfeiçoar a capacidade de resposta diante dos prováveis efeitos dos eventos adversos, além de ações preventivas para minimizá-la de modo a permitir a manutenção da integridade física e moral da população, bem como preservar os patrimônios públicos e privados.

2.3 ESPECÍFICOS

- Instituir um comitê de trabalho intrasetorial com atribuições de integrar, coordenar, organizar e conduzir as ações, segundo prioridades identificadas, no âmbito do setor saúde:
 - Secretária de Saúde (Coordenador) e/ou representante;
 - Vigilância Epidemiológica;
 - Vigilância Ambiental;
 - Vigilância Sanitária;
 - Assistência Médica (hospitais);
 - Atenção Primária (Centros de Saúde, PACS, PSF);
 - Laboratório;
 - Assessoria de Imprensa;



- Outros (representantes do conselho estadual de saúde, entre outros).
- Documentar e divulgar as informações para população, imprensa e profissionais de saúde;
- Assegurar que os insumos necessários (veículos, material de laboratório, insumos, entre outros) sejam fornecidos adequadamente;
- Estabelecer locais que servirão como referência para o atendimento ambulatorial e hospitalar, bem como fluxo de pacientes graves;
- Estabelecer locais que servirão de abrigo;
- Identificar e disponibilizar recursos humanos para executar ações de vigilância e atendimento;
- Definir e coordenar as ações de vigilância em saúde aplicáveis à população afetada;
- Definir exames (subsidiários) para confirmação diagnóstica dos principais agravos esperados, orientando a coleta adequada e oportuna, fluxo de encaminhamento de amostras, processamento, encaminhamento de resultados e insumos necessários.

3- RESULTADOS ESPERADOS

- Municípios fortalecidos e preparados para prestar assistência integral à saúde da população atingida incluindo capacitação dos profissionais para prestarem assistência em caso de desastres;
- Ações de saúde integradas e fortalecidas;
- Intersetorialidade do setor saúde com outras instituições implementada e fortalecida;
- Fluxo de comunicação estabelecido e eficaz;
- Participação social e educação em saúde fortalecida;
- Rede de serviços restabelecida com continuidade na prestação de serviços à saúde da população.



4- GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES

A gestão do risco de desastre é o conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais desenvolvidas pelos órgãos de governo, em conjunto com a sociedade organizada, para a implementação de políticas e estratégias que visam o fortalecimento de suas capacidades para a redução do impacto dos desastres. Dessa forma, envolve formas de intervenção variadas que abordam desde a formulação e a implementação de políticas públicas e estratégias, até a implementação de ações e instrumentos concretos de redução e controle dos riscos.

O processo de gestão do risco contempla, em todo o ciclo do desastre, 3 (três) etapas: Redução do risco, Manejo do desastre e Recuperação (Figura 1).

Figura 1. Organograma das fases da gestão do risco de desastres



Fonte: Adaptado de Narváez et al, 2009.



4.1 Redução do risco

As atividades desenvolvidas nesta etapa destinam-se a eliminar ou reduzir o risco, visando a redução do impacto dos desastres. O tema deve ser abordado intersetorialmente e de uma maneira pró-ativa e integral. Essa etapa é composta por 3 (três) componentes (Eird, 2009).

Prevenção: compreende as ações destinadas a eliminar ou reduzir o risco, evitando a apresentação do evento ou impedindo os danos. Por exemplo, evitar ou limitar a exposição das pessoas à ameaça.

Mitigação: compreende o conjunto de ações destinadas a reduzir os efeitos causados por um evento. Algumas de suas atividades são: a instrumentação e a Investigação de fenômenos potencialmente perigosos, a identificação de áreas de risco e da população exposta, a elaboração de normas sobre o manejo dos recursos naturais, códigos de construção e a implementação de medidas para reforçar as estruturas e melhorar a proteção das edificações.

Preparação: compreende o conjunto de medidas e ações que visam reduzir ao mínimo as perdas de vidas humanas e outros danos. Inclui também atividades de desenvolvimento de planos de contingência ou procedimentos segundo a natureza do risco e seu grau de afetação, bem como o acompanhamento da elaboração de planos para a busca, resgate, socorro e assistência às vítimas.

4.2 Manejo do Desastre

Nesta etapa, prevê-se a melhor forma de enfrentar o impacto dos desastres e seus efeitos. Engloba também a execução das ações necessárias para uma resposta oportuna. Esta etapa contempla 2 (dois) componentes (Eird, 2009).

Alerta: é o estado gerado pela declaração formal da apresentação iminente de um desastre pela Meteorologia. Não somente se divulga a proximidade do desastre, mas também são desencadeadas ações de preparação do setor



saúde. As comunidades podem estabelecer redes locais de comunicação entre instituições que permitam alertar a população antes da ocorrência de um evento adverso. É importante que o setor saúde faça parte desta rede de comunicação para contar com a informação oportuna e oferecer atenção de forma imediata.

Resposta: compreende as ações preparadas antes de um evento adverso e que tem por objetivo salvar vidas, reduzir o sofrimento humano e diminuir as perdas materiais. Alguns exemplos de atividades típicas dessa etapa são a busca e resgate das pessoas afetadas, a assistência médica, o abrigo temporário, distribuição da água, alimentos e roupas e a avaliação dos danos

4.3 Recuperação

Nesta etapa implantam-se as medidas que iniciam o processo de restabelecimento das condições de vida da comunidade afetada. Engloba dois aspectos: um que tende a restabelecer os serviços básicos indispensáveis, (abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica, sistema de comunicação), num curto prazo e de forma transitória, e em um segundo momento, direcionam-se às soluções permanentes e de longo prazo. A recuperação pode ser entendida como uma oportunidade para desenvolver e aplicar as medidas de redução de risco de desastres futuros.

Neste momento, identificam-se 2 (dois) componentes:

Reabilitação: compreende o período de transição que se inicia ao final da fase de resposta. Nesta fase, os serviços de saúde e de saneamento que foram atingidos devem reiniciar o seu funcionamento ou reconstrução para continuar prestando assistência às vítimas.

Reconstrução: é o processo de reparação da infraestrutura física e do funcionamento definitivo dos serviços da comunidade.



É importante destacar que a atuação em desastre envolve um trabalho permanente e contínuo, com planejamento definido, de forma que as instituições estejam preparadas para manejar uma ocorrência de forma adequada. A antecipação à ocorrência dos eventos propicia minimizar os danos por meio do desenvolvimento de ações no momento oportuno e com a capacidade necessária.

5- O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATUAÇÃO EM DESASTRES

O SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizacionais de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade (Brasil, 2003).

As estratégias e ações definidas no planejamento prévio para conhecimento e gestão do risco no âmbito do SUS devem ser baseadas nos seus princípios básicos, especialmente na integralidade e equidade, compreendendo a atenção integral no cuidado. Deve-se ressaltar ainda que a atuação do Setor Saúde em desastres engloba ações de promoção, vigilância e atenção à saúde da população e dos profissionais envolvidos no processo (Brasil, 2006).

Na ocorrência de um desastre, o setor saúde deve assumir suas responsabilidades e atribuições, respeitando as especificidades de cada componente do processo.

A primeira etapa para a gestão do risco de desastre no Setor Saúde é o conhecimento da sua capacidade de atuação. Para isso, é necessário estimar o risco, identificando as ameaças e suas vulnerabilidades e estimando os riscos potenciais. Conhecendo os riscos potenciais é possível definir um planejamento onde sejam identificados os atores, recursos e ações do SUS para atender a uma emergência ou desastre (Quarantelli, 2002).

As ações a serem desenvolvidas pelo Setor Saúde na ocorrência de um desastre devem ser baseadas na gestão do risco em todo o seu ciclo e devem envolver as (3) três esferas da gestão do SUS. Essa atuação deve envolver, portanto, todas as áreas do Setor Saúde, em especial, as ações de vigilância em saúde e de atenção à saúde (Brasil, 2006).



5.1 Princípios e Práticas da Informação e Comunicação de Riscos

Com a globalização e os avanços na tecnologia, o fluxo de informação vem aumentando e, conseqüentemente, a comunicação de riscos para a saúde vem desempenhando um papel importante na prevenção e mitigação das conseqüências adversas para a saúde humana, facilitando as ações em casos de desastres naturais e tecnológicos e ajudando no enfrentamento e na preparação para situações de crise.

5.1.2 Informação de Riscos

Informação é o ato de passar esclarecimentos, informes e/ou notícias sobre algo ou alguém, acontecimento ou fato de interesse geral, tornado do conhecimento público ao ser divulgado pelos meios de comunicação (Ferreira, 1988).

5.1.3 Comunicação de Riscos

A comunicação de riscos é um processo interativo de troca de informação e de opiniões entre pessoas, grupos e instituições. É um diálogo no qual são discutidas múltiplas mensagens que expressam preocupações, opiniões ou reações às próprias mensagens ou arranjos legais e institucionais da gestão de riscos (National Research Council, 1989).

A interação e a troca de informações relativas às ameaças à saúde, à segurança e ao meio ambiente têm o propósito de assegurar que todos conheçam os riscos aos quais estão expostos e participem de sua minimização e prevenção. Esse intercâmbio de informações permite alcançar um melhor entendimento do risco e das decisões e aspectos a ele relacionados (Bratschi, 1998).

Uma vez que a comunicação de riscos tem relação com a saúde pública, ela também é parte integrante da área de saúde ambiental.

O objetivo fundamental é comunicar os riscos de maneira planejada para que a população se prepare e participe do processo de gestão de riscos, reduzindo as inquietudes, preocupações e ansiedades associadas, melhorando assim a eficácia e a eficiência do processo (Bratschi, 1998).

Os profissionais da saúde pública, para tornarem o processo eficiente,



devem entender as necessidades da comunidade (considerando todos os



diferentes grupos de idade, gênero, raça etc.) e serem capazes de facilitar o diálogo sobre os aspectos técnicos do risco para a saúde pública, bem como identificar as necessidades psicológicas, políticas, sociais e econômicas da comunidade.

A comunicação de riscos pode ser dividida em três tipos:

- 1- Comunicação voltada para o cuidado** - Concentra-se nos riscos para os quais tanto o risco quanto a forma de enfrentá-lo já foram bem determinados, mediante pesquisa científica aceita pela maioria do público. Exemplo: informa sobre os riscos do tabagismo ou de uma conduta sexual sem proteção.
- 2- Comunicação voltada para o consenso** - Destina-se a informar e a estimular os grupos a trabalharem em conjunto para alcançarem um consenso a respeito de como um risco pode ser gerido (prevenido ou mitigado). Exemplo: a união entre os cidadãos e o proprietário de uma instalação de aterro sanitário para, juntos, determinarem a melhor maneira de dispor dos resíduos perigosos.
- 3- Comunicação durante uma crise** - Realiza-se diante de um perigo extremo e repentino. Exemplo: desempenha um papel fundamental ao focar a forma de atender a situação em caso de acidente em uma zona industrial, como a ruptura de uma represa ou um surto de uma doença letal.

Em cada um dos tipos de comunicação de riscos (cuidado, consenso e crise) deve-se incorporar elementos de análise do público. Exemplos: Comunicação voltada para o cuidado: é necessário conhecer os estilos de vida de cada grupo do público. Comunicação voltada para o consenso: é necessário entender as crenças das comunidades antes que haja um acordo em torno de uma solução. Comunicação durante uma crise: os comunicadores precisam entender a cultura do público a fim de discutir as formas como se deve enfrentar uma crise.



6- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-AMBIENTAIS DO MUNICÍPIO

Cabo de Santo Agostinho é um dos 14 municípios pernambucanos que forma a Região Metropolitana do Recife - RMR. O município situa-se na porção sul da RMR, distando 41km da capital. A sede apresenta as seguintes coordenadas geográficas: 8°17'15" de latitude Sul e 35°02'00" de longitude Oeste, e uma altitude de 30 m. Inclui-se, em parte, na microrregião do Complexo Suape, no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil e abrange uma área de 448,4km², correspondente a 16,28% da RMR e 0,45% do território estadual. Limita-se ao com norte com os municípios de Jaboatão dos Guararapes e Moreno, ao sul com Ipojuca e Escada, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com o município de Vitória de Santo Antão (Figura 2).

A divisão territorial está compreendida por quatro distritos: Cabo (sede), Jussaral, Ponte dos Carvalhos e Santo Agostinho. Possui cerca de 198.383 habitantes, dados do IBGE (2014), sendo 90,65% desta população ocupantes da zona urbana, e estando apenas 9,35% distribuída na área rural do município. Apresenta cerca de 24 km de litoral divididos em nove praias de geomorfologia e padrões de uso e ocupação variados e conta com infraestrutura turística, relevância ambiental e cultural, além de grande significância econômica traduzida pelos complexos industriais e portuários instalados (PMCSA, 2013).

A infra-estrutura rodoviária do município compreende principalmente três rodovias pavimentadas, a BR-101, a PE-60 e a PE-08, além de diversas rodovias não pavimentadas, transitáveis o ano todo.

O município está englobado na unidade fisiográfica Litoral/Mata, onde predomina o clima quente e úmido. A temperatura média anual é de cerca de 25°C e a umidade relativa do ar é de 73,5%. A precipitação pluviométrica média anual é da ordem de 2.160mm e as chuvas ocorrem no período de fevereiro a agosto (os meses mais chuvosos são junho e julho).



Figura 2. Município do Cabo de Santo Agostinho e suas Regionais



7- CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DO MUNICÍPIO

O rio Pirapama é o principal curso d'água e desemboca no Oceano Atlântico; outros rios são: Gurjaú, Utinga, Massangana e Tabatinga, que se caracterizam por apresentar um regime perene.

Praticamente 60% da área do município está inclusa na bacia hidrográfica do Pirapama, enquanto que os 40% restantes abrangem parte da bacia litorânea do rio Massangana e sub-bacia do rio Bitá a Sul e parte da bacia do rio Jaboatão e da bacia do rio Gurjaú ao Norte. Dentro destas bacias, duas importantes represas foram construídas para aumentar a oferta de água, que são: Gurjaú e Utinga de Baixo.

O município do Cabo de Santo Agostinho apresenta, de modo geral, dois conjuntos distintos de relevo: o relevo ondulado, formado por morros e colinas, com declividades acentuadas, ocupando mais de 80% da área total do município; e o relevo semi-plano, onde predominam as áreas baixas, localizadas na porção Leste do município, englobando a área de planície flúvio-costeira, os tabuleiros e os terraços.

A vegetação caracteriza-se pela predominância da cana-de-açúcar, mas também apresenta matas capoeiras, capoeirinhas, coqueirais, manguezais e fragmentos da mata atlântica com destaque a existência de 09 reservas ecológicas estaduais (Lei nº 9889/89): Mata do Zumbi, Duas Lagoas, Camaçari, Gurjaú, Serra do Cumaru, Contra Açude, Bom Jardim, Serra do Cotovelo e Urucu.



8- AÇÕES DA DEFESA CIVIL

8.1 Planejamento

- Desenvolver atividades que ajudem a modificar posturas e atitudes da população residente em áreas de risco, estimulando-a no exercício da cidadania, orientando-a quanto às ações de segurança e autodefesa, despertando a percepção do risco nessas comunidades;
- Identificar e indicar aos órgãos operacionais, os pontos críticos passíveis de ocasionarem acidentes com as chuvas, para a realização de serviços específicos;
- Promover ações de parceria com outros órgãos e com a própria comunidade para execução de alguns serviços que venham minimizar os riscos potenciais e eliminar riscos iminentes;
- Incentivar a participação dos jovens nas áreas de risco, ampliando a visão crítica e consciência coletiva destes em favor da garantia de uma melhor qualidade de vida.

8.2 Mobilização

- Visita dos Técnicos e Agentes da Defesa Civil as comunidades moradoras de áreas de risco para identificação dos pontos, monitoramento, e orientação aos moradores sobre como reduzir os danos causados pelas chuvas.
- Divulgação de informações sobre defesa civil durante o período de atuação dos técnicos nas áreas de risco e distribuição de folders e cartilhas do Programa Viva o Morro.
- Divulgação de informações sobre defesa civil para crianças, através do Projeto Defesa Civil nas Escolas, com o objetivo de esclarecer o



papel da defesa civil no município e orientar as crianças sobre cuidados com o meio ambiente.

Paralelamente as ações mobilizadoras, os órgãos de manutenção, deverão realizar as seguintes ações:

- Retirada do lixo de pontos de difícil acesso;
- Capinação de encostas, poda e erradicação de árvores em áreas de risco;
- Limpeza da rede de drenagem;
- Remoção de moradores das áreas de risco;
- Realização de obras de infraestrutura;

Em situações de emergência decorrentes das chuvas, a Defesa Civil e os órgãos envolvidos se propõem a dar respostas imediatas à população atingida, evitando assim o agravamento maior do quadro. As medidas comumente adotadas, baseadas nos tipos de solicitações registradas são:

- Realização de vistorias técnicas dos imóveis atingidos, para encaminhamento aos órgãos operacionais, para providências;
- Manutenção dos Postos de Atendimento da Defesa Civil nas proximidades de áreas de risco;
- Fornecimento de lona plástica para recobrimento das encostas ameaçadas, evitando a saturação do solo e consequentes deslizamentos de terra;
- Isolamento das áreas atingidas e evacuação dos imóveis condenados, quando necessário;
- Cadastro de desabrigados para atendimento social pela SEPROS;
- Remoção de moradores em situação de risco iminente, realizada pela defesa civil;
- Demolição de imóveis ameaçados de desabamento, ação conjunta entre a defesa civil e a SEMAS;
- Notificar e avaliar os danos através do preenchimento dos formulários NOPRED e AVADAN para encaminhamento a Defesa Civil Estadual e a Secretaria Nacional de Defesa Civil;
- Deflagrar SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA ou ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA no município;



- Mobilizar as Secretarias Municipais no sentido de fornecer os recursos necessários às ações de defesa civil.

COORDENADORIA DA DEFESA CIVIL

- Encaminhar o Estado de alerta para decretação pelo Prefeito;
- Encaminhar, se necessário, relatório circunstanciado ao Prefeito, para decretação de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública;
- Manter o Prefeito permanentemente informado das ocorrências e previsões;
- Prover suporte para o funcionamento do Plano de Ação;
- Articular as secretarias de governo para responder às emergências;
- Fornecer declarações oficiais com a intervenção da SECOM à imprensa;
- Definir o esquema de funcionamento dos Núcleos de Defesa Civil;
- Determinar os procedimentos das equipes técnicas ampliadas nas emergências;
- Providenciar documentos oficiais de Avaliação de Danos (AVADAN), para decretação de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública.

EQUIPE DA DEFESA CIVIL

- Encaminhar técnicos para dar suporte aos agentes que compõem os núcleos da Defesa Civil, controlar distribuição e colocação de lonas plásticas;
- Atuar nas escalas de plantões;
- Elaborar Laudos Técnicos;
- Articular os órgãos internos e externos da prefeitura do Cabo de Santo Agostinho para os encaminhamentos que lhe competem;
- Manter a Coordenadora informada das ocorrências e seus devidos encaminhamentos;
- Providenciar a retirada imediata das famílias sob risco eminente;
- Intensificar o monitoramento das áreas de risco.

9- PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL

O Plano Municipal de Redução de Riscos – PMRR representa um instrumento do poder municipal de planejamento e gestão das ações da administração pública



relacionadas com a segurança e a qualidade de vida para a população que habita as áreas subnormais da cidade, com ações de médio e longo prazo.

Este Plano identificou um total de 85 áreas, elencadas segundo seu grau de risco, baseado na análise comparativa dos aspectos representativos de características físico-ambientais, econômicas, sociais e políticas relacionadas ao problema de risco.

Nas tabelas abaixo estão listadas as áreas mais propensas a deslizamentos, alagamentos e inundações.

Tabela 1. Quadro Geral dos Setores de Risco

REGIONAL	GRAU DE RISCO				TOTAL
	R1	R2	R3	R4	
1	04	08	08	09	29
2	04	03	03	03	13
3	01	04	04	14	23
4	04	03	07	06	20
Total	13	18	22	32	85

Tabela 2. Quadro Geral dos Morros de riscos

REGIONAL	GRAU DE RISCO				TOTAL
	R1	R2	R3	R4	
1	02	07	08	07	24
2	03	02	01	00	06
3	00	01	01	04	06
4	04	03	06	06	19
Total	09	13	16	17	55

Tabela 3. Quadro Geral – Alagados

REGIONAL	GRAU DE RISCO				TOTAL
	R1	R2	R3	R4	
1	02	01	00	02	05
2	01	01	02	03	07
3	01	03	03	10	17
4	00	00	01	00	01
Total	04	05	06	15	30



Tabela 4. Quadro Geral dos Setores de Risco – Tipo de Risco

REGIONAIS	NÚMERO DE SETORES DE RISCO DE DESLIZAMENTOS DE ENCOSTAS	NÚMERO DE SETORES DE RISCO DE ALAGAMENTOS
Regional 01	24	05
Regional 02	06	07
Regional 03	06	17
Regional 04	19	01
Total	55	30
Total geral	85 setores	

Tabela 5. Quadro geral de família por setor de risco

GRAU DE RISCO	NUMERO DE FAMILIAS NO SETOR
Risco muito alto	9.149
Risco alto	7.011
Risco médio	5.662
Risco Baixo	3.705
Total de famílias nos setores	25.527



Tabela 6. Planilha Geral do Mapeamento de Risco

Regional	APA	Localidade	Qtde de setores de risco	Nº de setores de risco	Tipo de Risco	Grau de Risco				
						R1	R2	R3	R4	
1	Centro	Mauriti	1	12	Morro		X			
		Malaquias	2	13	Morro			X		
				14A	Morro				X	
		Torrinha	2	14B	Morro				X	
				16	Morro				X	
		Alto Bela Vista	2	14C	Morro				X	
				15	Morro		X			
		Alto do Cruzeiro	1	14D	Morro					X
		18	Morro			X				
		19	Alagado	X						
		Pirapama	3	26	Alagado					X
				27	Morro	X				
				28	Morro		X			
		Engenho Novo	1	29	Morro				X	
	São Francisco	São Francisco	5	07	Morro					X
				08	Morro				X	
				09	Morro				X	
				10	Morro					X
				11	Morro		X			
		Charnequinha	6	20	Morro					X
				21	Morro		X			
				22	Morro				X	
				23	Morro				X	
				24	Alagado					X
	Cohab	Cohab	2	05	Morro				X	
				06	Morro				X	
		Vila Nova	1	01	Alagado		X			
				02	Morro	X				
				Loteamento Nova Garapu – Alto dos Mirandas	2	03	Morro		X	
04						Morro		X		



2	Vilas do Cabo	Destilaria	2	30	Alagado		X
				31	Alagado	X	
	Praias	Rosário	1	32	Morro	X	
		Itapuama	1	33	Alagado	X	
		Enseada dos Corais	3	34	Alagado	X	
				35	Alagado	X	
		Gaibu	4	36	Alagado		X
				37	Alagado	X	
				38	Morro	X	
				39	Morro		X
		Suape	2	40	Morro	X	
				41	Morro		X
	42			Morro		X	
	3	Alto dos Índios	3	43	Morro		X
44				Alagado			
45				Morro		X	
Ponte dos Carvalhos Antigo		2	46	Morro		X	
			47	Morro	X		
Ponte dos Carvalhos		Matadouro	1	48	Alagado		X
		Fluminense	1	49	Alagado		X
		Bom Sucesso	2	50	Alagado		X
				51	Alagado		X
		Maruim	2	52	Alagado		X
				53	Alagado		X
		Caçari	1	54	Alagado		X
		Bom Conselho	1	55	Alagado	X	
		Área da Estação	1	56	Alagado		X
		CSU	1	57	Alagado		X
Alto da Igreja Católica		2	58	Alagado	X		
			59	Morro		X	
Pontezinha		Vila das Palmeiras	1	60	Alagado	X	
		Coqueirinho	1	61A	Morro		X
		Alto Santa Rosa	1	61B	Morro		X
	21 de Abril	2	62	Alagado		X	
			63	Alagado		X	
	Vila Nova	1	64	Alagado	X		
Mocidade	1	65	Alagado		X		
4	Jussaral	7	66	Alagado		X	



			67	Morro	X		
			68	Morro		X	
			69	Morro		X	
Jussaral			70	Morro	X		
			71	Morro		X	
			72	Morro	X		
	Novo Horizonte	2	73	Morro		X	
			75	Morro		X	
	Chave do Rei	1	74	Morro	X		
	Rosa dos Ventos	1	76	Morro		X	
Charneca	Charneca	6	77	Morro	X		
			78	Morro		X	
			79	Morro		X	
				81	Morro	X	
				82	Morro	X	
				83	Morro		X
	Córrego do Morcego	1	80	Morro		X	
	Silvinho	1	84	Morro		X	
	Matinha	1	85	Morro		X	

É importante pensar na rede básica de saúde local para o encaminhamento de doentes e pessoas que venham a precisar de cuidados e insumos, para que determinada comunidade não seja prejudicada em relação à assistência, assunto que deve ser tratado com antecedência através dos planos de contingência para redução de riscos locais.

10- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO

Após a ocorrência de um desastre, podem ocorrer problemas específicos no campo médico e de saúde em diferentes momentos. As lesões graves que necessitam de atenção imediata ocorrem no momento e no lugar do impacto, enquanto que os riscos de maior transmissão de doenças podem ser mais lentos, com um perigo maior naquelas áreas onde há aglomeração de pessoas e o saneamento é deficiente. A resposta efetiva em Medicina e em saúde pública depende da antecipação a tais problemas médicos e de saúde na medida em que se apresentam e do desenvolvimento de intervenções apropriadas no momento e no lugar mais necessitado.

Um conhecimento epidemiológico mais profundo sobre as causas de morte e os tipos de lesões e doenças causados por cada ameaça é essencial para determinar



os pedidos de apoio, equipe e pessoal necessários para uma resposta efetiva.



Os resultados de várias pesquisas mostraram que cada tipo de desastre possui o seu perfil epidemiológico (padrões de morbidade e mortalidade) e características patológicas próprias e estas semelhanças e diferenças são cruciais no planejamento, no desenho e na execução de ações de apoio aos programas médicos. Desta forma a epidemiologia se apresenta como instrumento capaz de auxiliar a tomada de decisões em todas as esferas e pelos grupos de interesses envolvidos nas questões de saúde e ambiente.

No Plano de contingência do município constam informações sobre o perfil epidemiológico de doenças/agravos relacionados com as chuvas, principalmente, leptospirose, tétano acidental, doenças de veiculação hídrica e alimentar, hepatite A e E, acidentes por animais peçonhentos e doenças de transmissão respiratória. As informações oficiais sobre a ocorrência e distribuição das doenças e agravos à saúde na população normalmente utilizam o Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) com principal fonte de dados. No Sinan são disponibilizados dados sobre doenças e agravos definidos por portarias ministeriais como de relevância sanitária para o país. O conhecimento do padrão epidemiológico prévio é útil na orientação das atividades da Vigilância em Saúde que serão implementadas nas situações emergenciais.

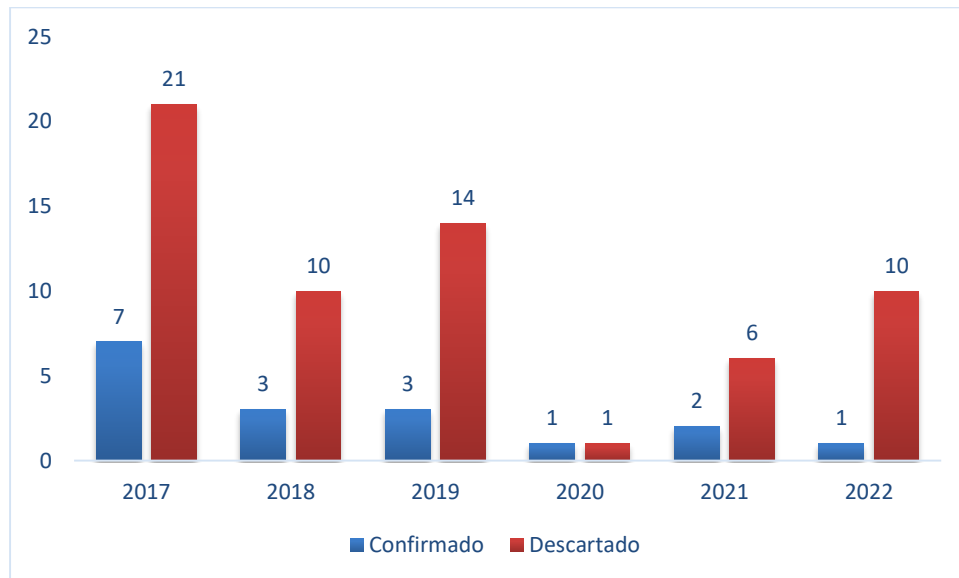
COQUELUCHE

É uma doença infecciosa altamente contagiosa que atinge o trato respiratório causando intensa bronquite. Tem como agentes etiológicos bactérias chamadas *Bordetella pertussis* e *B. parapertussis*.

Em termos gerais, foi observada uma queda no número de casos confirmados para coqueluche no município nos últimos anos.



Gráfico 1. Número de casos confirmados e descartados de Coqueluche. Cabo de Santo Agostinho, 2017 - 2022.



Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Santo Agostinho
*Dados Dados extraídos em até 08/05/2023

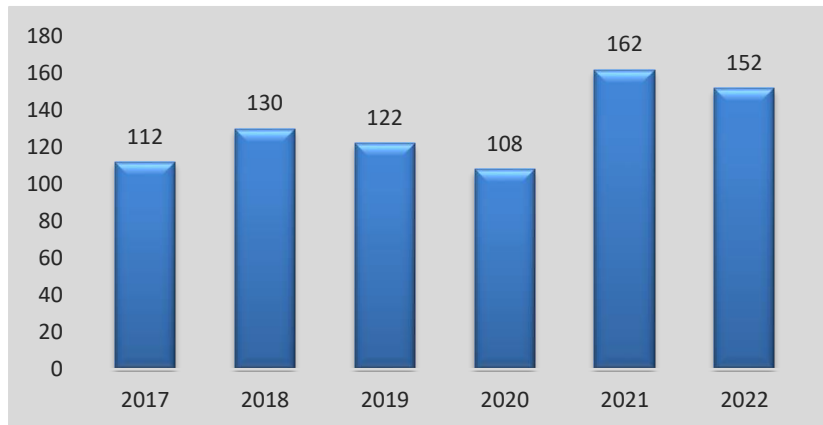
TUBERCULOSE

Doença infecto-contagiosa causada por bactérias denominadas *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK) que afeta principalmente os pulmões, mas, também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro). Existem outras espécies de micobactérias também podem causar a tuberculose. São elas: *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*.

Nos anos de 2019 e 2020 houve uma queda no número de casos de tuberculose no município quando comparado ao ano de 2018, porém no ano 2021 é possível evidenciar que foi o ano com maior registro de notificações dentro do período analisado, tendo um leve queda em 2022.



Gráfico 2. Número de casos de tuberculose notificados entre os anos de 2017 e 2022 no município do Cabo de Santo Agostinho.

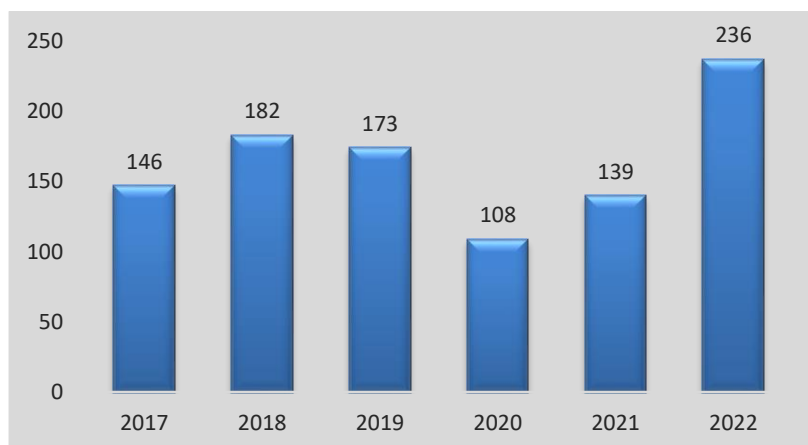


Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Santo Agostinho
*Dados extraídos em 08/05/2022

HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução crônica (muito longa) causada pelo *Mycobacterium leprae*, microrganismo que acomete principalmente a pele e os nervos das extremidades do corpo. Hoje a doença pode ser tratada e curada. A transmissão se dá de indivíduo para indivíduo, por germes eliminados por gotículas da fala e que são inalados por outras pessoas penetrando o organismo pela mucosa do nariz. Outra possibilidade é o contato direto com a pele através de feridas de doentes. No entanto, é necessário um contato íntimo e prolongado para a contaminação, como a convivência de familiares na mesma residência. Daí a importância do exame dos familiares do doente de hanseníase.

Gráfico 3. Número de casos de Hanseníase notificados entre os anos de 2017 e 2022 no município do Cabo de Santo Agostinho.



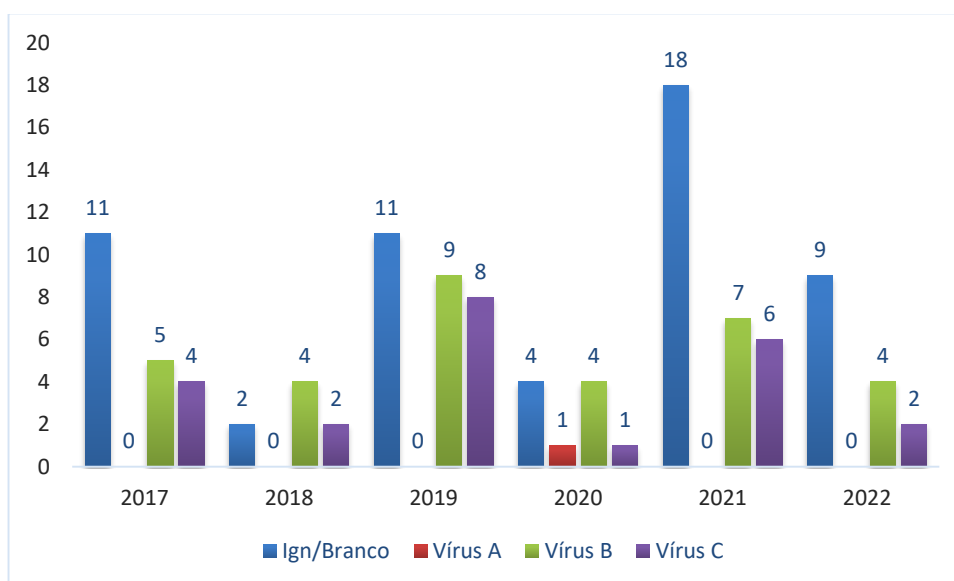
Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Stº Agostinho
*Dados extraídos em 08/05/2022



HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. Pode ser causada por vírus, uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, além de doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B, C e D. Existe, ainda, o vírus E, mais frequente na África e na Ásia. Milhões de pessoas no Brasil são portadoras dos vírus B ou C e não sabem. Elas correm o risco de as doenças evoluírem (tornarem-se crônicas) e causarem danos mais graves ao fígado como cirrose e câncer. Por isso, é importante ir ao médico regularmente e fazer os exames de rotina que detectam a hepatite.

Gráfico 4. Número de casos de hepatites virais notificados entre os anos de 2017 e 2022 no município do Cabo de Santo Agostinho.



Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Stº Agostinho
*Dados extraídos em 08/05/2022

TÉTANO ACIDENTAL

O tétano é uma doença infecciosa grave causada por uma neurotoxina produzida pelo *Clostridium tetani*, uma bactéria encontrada comumente no solo sob a forma de esporos (formas de resistência). O tétano, uma doença imunoprevenível, pode acometer indivíduos de qualquer idade e não é transmissível de uma pessoa para outra. A ocorrência da doença é mais frequente em regiões onde a cobertura



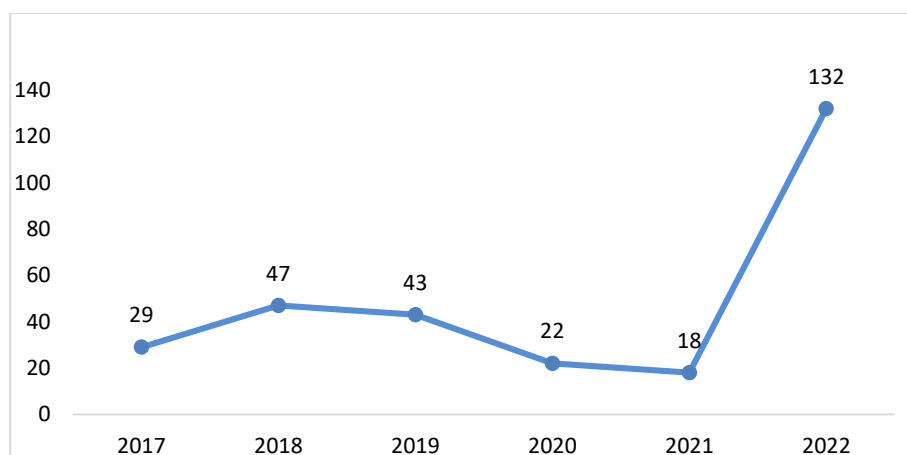
vacinal da população é baixa e o acesso a assistência médica é limitado. É uma doença não transmissível de um indivíduo para outro, que pode ocorrer em pessoas não imunes, ou seja, sem níveis adequados de anticorpos protetores. Os anticorpos protetores são induzidos exclusivamente pela aplicação da vacina antitetânica, uma vez que a neurotoxina, em razão de atuar em quantidades extremamente reduzidas, é capaz de produzir a doença, mas não a imunidade. O tétano pode ser adquirido através da contaminação de ferimentos (tétano acidental), inclusive os crônicos (como úlceras varicosas) ou do cordão umbilical (tétano neonatal). Entre os anos de 2016 e 2018 não houve notificação de tétano acidental no município do Cabo de Santo Agostinho. Em 2019 foi notificado 01 caso de tétano acidental, e desde então, não há notificações de novos casos.

LEPTOSPIROSE

A leptospirose é uma doença infecciosa febril, aguda, potencialmente grave, causada por uma bactéria, a *Leptospira interrogans*. É uma zoonose (doença de animais) que ocorre no mundo inteiro, exceto nas regiões polares. Em seres humanos, ocorre em pessoas de todas as idades e em ambos os sexos. Na maioria (90%) dos casos de leptospirose a evolução é benigna.

No ano de 2022 com o advento das enchentes que atingiram o município é possível observar um aumento considerável no número de casos notificados, chegando a um total de 62 casos confirmados.

Gráfico 5. Número de casos de leptospirose notificados entre os anos de 2017 e 2022 no município do Cabo de Santo Agostinho.



Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Santo Agostinho
*Dados extraídos em 08/05/2022



ARBOVIROSES

Dengue é uma doença infecciosa aguda causada por um vírus que possui quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). É transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado. Ocorre principalmente em áreas tropicais e subtropicais do mundo, inclusive no Brasil. As epidemias geralmente ocorrem no verão, durante ou imediatamente após períodos chuvosos. O quadro clínico é amplo, apresentando desde uma síndrome febril inespecífica até quadros graves, como hemorragia, choque e, às vezes, óbito.

Analisando a situação epidemiológica de arboviroses no município entre os anos de 2016 e 2021, observa-se um padrão semelhante ao nacional com ciclos que alternam períodos endêmicos e epidêmicos. Em 2022, foram notificados 507 casos suspeitos de dengue, dos quais 15 foram confirmados e 492 descartados. Com relação a Chikungunya foram notificados 324 casos sendo 59 confirmados e 265 descartados. No que tange a Zika houve o registro de 12 casos notificados sendo todos descartados. Quanto à distribuição dos casos notificados há uma maior predominância entre as mulheres. Esta situação pode ser explicada de duas maneiras: o maior número de reservatórios dos mosquitos serem intradomiciliares, local onde as mulheres culturalmente têm maior tempo de permanência e também procurarem mais pela assistência médica.

Baseado nos LIRAAs (Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*) realizados em 2022 a média do município foi de 2,87. Vale salientar que o Ministério da Saúde (MS) preconiza como índice de infestação tolerável para *Aedes aegypti* uma margem de coeficiente que oscile de 0 a 1. Nesse caso, a situação apresentada configura-se um estado de alerta. Com base nestes dados, pode-se constatar que os períodos do ano que registraram os maiores índices de 2022 foi em março, o que pode ser explicado pelo fato de que ambientes com altas temperaturas e água acumulada são ideais para a proliferação do mosquito. Isso só faz ratificar que a condição climática é um dos fatores que contribuem para disseminação do mosquito transmissor da Dengue. Entretanto, mesmo com índices altos e uma sobrecarga de trabalho como foi visto anteriormente, conseguimos manter a vigilância entomológica através dos nossos ASACE's, sob controle.

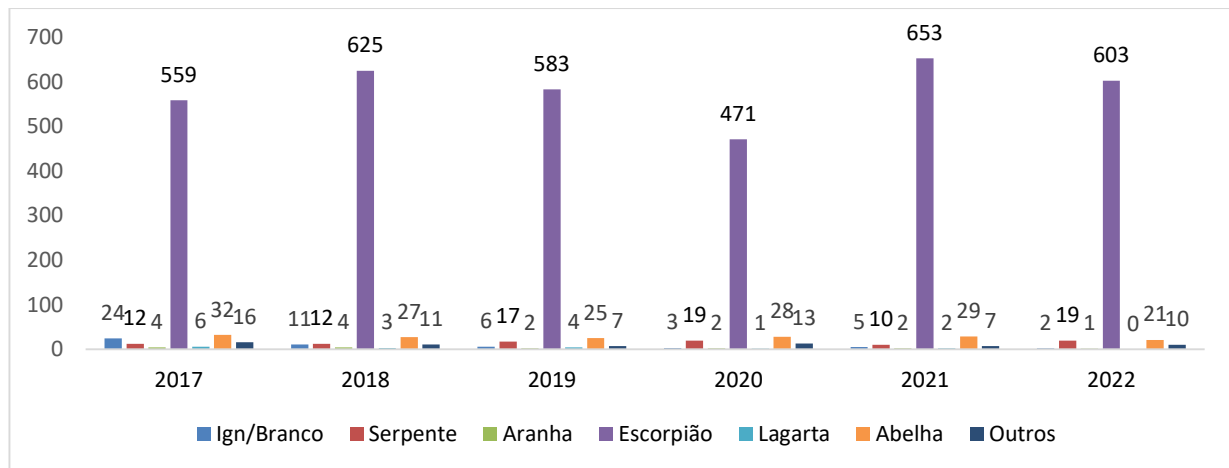


ANIMAIS SINANTRÓPICOS E PEÇONHENTOS

O Cabo de Santo Agostinho realiza um programa municipal de controle de animais sinantrópicos e peçonhentos.

Foi observada uma redução nas solicitações para roedores, por provável controle a este sinantrópico no município e um aumento das solicitações para escorpião, refletido pelo aumento de acidentes.

Gráfico 6. Número de acidentes com animais sinantrópicos / peçonhentos notificados entre os anos de 2017 e 2022 no município do Cabo de Santo Agostinho.



Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Santo Agostinho

*Dados extraídos em 08/05/2022

COBERTURA VACINAL

O indicador de cobertura vacinal representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle ou, manter em condição de eliminação ou erradicação as doenças imunopreveníveis sob vigilância. O indicador pactuado compreende quatro diferentes níveis de coberturas de acordo com a população alvo: (i) 80% para a vacina influenza sazonal (Influenza), na qual a cobertura em 2021 chegou a 97,31%; (ii) 90% para as vacinas bacilo de Calmette e Guérin (BCG) e rotavírus humano (VORH); (iii) 95% para as vacinas adsorvida difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae B e hepatite B - DTP/Hib/HB (Penta); Poliomielite inativada - VIP/poliomielite atenuada oral - VOP (Poliomielite); Pneumococo 10-valente (Pneumo 10); Pneumocócica 23-valente (Pneumo 23); Meningocócica conjugada C (Meningo C); Sarampo, rubéola e caxumba (Tríplice



viral); Sarampo, caxumba, rubéola e varicela atenuada (Tetra viral); Hepatite A; Hepatite B (HB); (iv) 100% para as vacinas Febre amarela (FA) em áreas com recomendação de vacinação (ACRV); vacina adsorvida difteria e tétano adulto – dupla adulto (dT); vacina acelular adsorvida difteria, tétano, pertussis, dose adulto (dTpa).

As tabelas 7 e 8 abaixo mostram um resumo dos dados de cobertura vacinal do município do Cabo de Santo Agostinho no ano de 2021 para crianças menos de 1 ano e crianças de 1 ano, respectivamente.

Tabela 7. Cobertura vacinal em 2022 de crianças menores de 1 ano no município do Cabo de Santo Agostinho.

Menor que 1 ano

Imunobiológico	População	Cobertura Acumulada
BCG	3.178	47,23
FA(< 1 ano)	3.178	47,09
Hepatite B(<1 ano)	3.178	65,78
Menigocócica Conj.C(< 1 ano)	3.178	64,88
Pentavalente (< 1 ano)	3.178	65,78
Pneumocócica(<1 ano)	3.178	69,14
Poliomielite(< 1 ano)	3.178	65,33
Rotavírus Humano	3.178	63,59



Tabela 8. Cobertura vacinal em 2022 de crianças de 1 ano no município do Cabo de Santo Agostinho.

1 ano		
Imunobiológico	População	Cobertura Acumulada
DTP - 01 ano (1º REF)	3.178	32,80
Hepatite A	3.178	54,75
Menigocócica Conj.C (1 ano)	3.178	63,70
Pneumocócica (1 ano)	3.178	57,00
Poliomielite (VOP/VIP) (1ºREF)	3.178	48,40
Tetra Viral	3.178	5,24
Tríplice Viral - D1	3.178	69,11
Tríplice Viral - D2	3.178	39,18
Varicela	3.178	51,84

11- SITUAÇÃO AMBIENTAL

O Cabo de Santo Agostinho apresenta um bom ranking em relação a qualidade de vida ocupando a 16ª posição no Estado de Pernambuco e a 9ª posição em relação aos municípios da Região Metropolitana do Recife.

O IDH é um importante instrumento de análise da qualidade de vida da população do Cabo de Santo Agostinho, pois leva em consideração 3 fatores: Educação, Longevidade e Renda, nos dando uma visão generalista do desenvolvimento socioeconômico do município. Embora não se deva esquecer que esta visão generalista pode “maquiar” problemas relacionados ao desenvolvimento socioeconômico de grande parte da população, porque o IDH é uma média dos 70 indicadores da população absoluta do município, não diagnosticando as especificidades.

Ao se analisar o grau de instrução da população do município do Cabo de Santo Agostinho, tem-se que, em 2000, 55,19% dos jovens entre 10 e 14 anos (que



já deveriam ter concluído as séries iniciais do ensino fundamental) possuem menos de quatro anos de estudo e que 72,28% dos jovens entre 15 e 17 anos apresenta menos de oito anos de estudo. A taxa de analfabetismo entre a população adulta com mais de 25 anos é de 24,31%, e apesar de o Município ainda precisar avançar bastante neste ponto, observa-se entre 1991 e 2000 um decréscimo desta taxa. O baixo grau de escolaridade da população do Cabo de Santo Agostinho afeta fortemente a implementação das políticas de resíduos sólidos, uma vez que é necessária uma conscientização e uma mudança de atitude por parte das pessoas envolvidas direta e indiretamente com os problemas ocasionados pela geração e deposição dos resíduos sólidos. Mesmo aquelas pessoas que não apareceram como analfabetas nos dados acima, os analfabetos funcionais, podem encobrir uma dura realidade da educação Brasileira, que é a baixa qualidade do ensino, sobretudo nas escolas públicas. Um trabalho de Educação Ambiental, por exemplo, repercute muito mais se o público alvo tiver as bases educacionais necessárias às mudanças, alcançando resultados positivos mais rápidos e atingindo os objetivos almejados.

O Cabo de Santo Agostinho apresenta sério déficit de saneamento básico onde se registra um número médio de 4,13 pessoas por domicílio, de um total de 37.019 domicílios. Dentre estes, constata-se que número significativo de 30.535 residências (69,36%) conta com serviço de abastecimento de água (ligadas à rede geral), situação contrastante à restrita cobertura do serviço de esgotamento sanitário que representa apenas 25,16% do total de domicílios. O crescimento da população urbana não foi acompanhado pela ampliação da rede de esgotos, fato negativo que



traz consequências à qualidade de vida da população e contribui para a prática de ações ambientalmente condenáveis, como a poluição de vias públicas e dos recursos hídricos.

O município do Cabo apresenta funcionamento de poucas e precárias redes de coleta de esgotos, estando estas muitas vezes conectadas as redes pluviais, ou mesmo desaguando o esgoto sem tratamento diretamente nos rios e canais que cortam as áreas urbanas. Em síntese, o esgotamento sanitário se caracteriza por três aspectos principais: a baixa cobertura; a má qualidade do funcionamento dos sistemas existentes e a diversidade de sistemas e de soluções.

A operação de limpeza urbana no Cabo de Santo Agostinho é terceirizada com uma empresa privada e atende a aproximadamente 97% de todas as zonas de geração de resíduos sólidos, os quais são despejados em sua grande maioria em vazadouro a céu aberto (lixão). O lixo doméstico é coletado em 31.971 domicílios, o que representa 86,36% do total de domicílios.

A precariedade do sistema de coleta de esgoto e de resíduos sólidos são mais dois fatores iminentes de impacto na saúde ambiental no município do Cabo de Santo Agostinho, uma vez que a população fica desassistida de serviços básicos essenciais a sua saúde e por outro lado exposta aos diversos riscos provocados pela precariedade dos serviços prestados e pela omissão do poder público na implementação de políticas voltadas a solução desses problemas. As condições de saúde da população do Cabo de Santo Agostinho são reflexas da omissão do poder público com relação às políticas de resíduos sólidos e serve de “termômetro” para avaliar os impactos socioambientais provocados pela falta de interesse de uma atuação mais efetiva por parte do Estado, uma vez que a distribuição das doenças infecciosas tem um vínculo muito forte com o desenvolvimento econômico, as condições ambientais, de saúde e as intervenções humanas no ambiente, criando as condições para a transmissão de várias doenças. Vários são os fatores ambientais diretos ou indiretos que influenciam na saúde das pessoas tais como os problemas relativos ao abastecimento de água, à coleta e disposição dos esgotos sanitários, ao controle da poluição causada por esses esgotos, à drenagem urbana (águas pluviais) e ao acondicionamento, coleta, transporte e destino final dos resíduos sólidos. Por esse motivo, algumas doenças infecciosas são classificadas em categorias relacionadas com o ambiente em que são transmitidos como a água, excreta (esgotos), o lixo e a habitação. Essas doenças classificadas como Doenças



Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), juntamente com os gastos necessários para minimizar o problema, são a consequência da ineficiência das políticas públicas e seus respectivos impactos à saúde ambiental no município do Cabo de Santo Agostinho.

As DRSAI que mais acometem o município do Cabo de Santo Agostinho são de notificação compulsória (Quadro 1) a exceção das diarreias e gastroenterite de origem infecciosa presumível, no entanto estas são mantidas sob vigilância municipal. O poder aquisitivo da maior parte da população do Cabo é muito baixo, o que dificulta que os pacientes acometidos pelas DRSAI procurem atendimento em clínicas e hospitais particulares, para se ter uma ideia a renda per capita mensal, calculada com base nos dados do Censo IBGE – 2000, no Cabo de Santo Agostinho, cresceu 31,96% passando de R\$ 100,04, em 1991, para R\$ 132,01, em 2000. Ainda segundo o IBGE, 20% do total de residentes no município, o que corresponde aos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, declararam auferir rendimento nominal médio mensal de até R\$ 371,00, rendimento que mal atende as necessidades básicas de sobrevivência da população.

A pobreza, a precariedade do sistema de coleta de esgoto e de resíduos sólidos, juntamente com o baixo grau de escolaridade da população do Cabo de Santo Agostinho, torna essa expressiva quantidade de pessoas menos favorecidas residentes no Cabo, as mais afetadas por essas DRSAI.

Quadro 1. Nº de casos notificados das doenças de notificação compulsória por ano no município do Cabo de Santo Agostinho de 2017 a 2022.

Doenças	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dengue	828	1667	2627	2301	4026	507
Leishmaniose tegumentar	26	3	12	7	24	8
Hepatite A	0	0	0	1	0	0
Leptospirose	29	47	43	22	18	132

Fonte: Sinan/SVS/SMS Cabo de Santo Agostinho.

Os avanços e utilização das tecnologias e serviços de saúde na redução principalmente das doenças imunopreveníveis foram importantes para melhoria da qualidade de vida da população do município do Cabo de Santo Agostinho, mas ainda se observa uma média anual de 22,57 óbitos relacionados com DRSAI (Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade). A participação desse grupo de doenças no perfil de mortalidade reduziu, sendo substituídas pelas doenças crônico-



degenerativas e agravos relacionados a acidentes e violência, no entanto, o impacto destas doenças no perfil de morbidade persiste. Ressalta-se que existem casos de DRSAI que não são registrados e que não chegam a demandar internações, podendo com isto, o município do Cabo ter um número muito maior de casos de óbitos relacionados à DRSAI que não são contabilizados. Os possíveis cenários para a gestão integrada de resíduos sólidos urbanos no município dependem da continuidade, monitoramento, aperfeiçoamento e estruturação da escolha política atual e de seus instrumentos operacionais. A preparação e a estruturação de quadros locais, incluindo a sociedade civil organizada e os movimentos populares, que deem prosseguimento a uma gestão moderna e sustentável, se apresentam como grandes desafios. A descontinuidade provocada pelas mudanças no cenário político é quase crônica e motivo crucial da ausência de ações de planejamento continuado e de monitoramento das políticas públicas, particularmente, em um município complexo dotado de potencialidades e ameaças do ponto de vista das questões socioambientais que ocorrem numa velocidade muitas vezes incompatível com a velocidade das ações públicas de planejamento, fiscalização e controle.

Vale salientar que nos últimos 5 anos, não houve registros de locais com histórico de contaminação por acidentes químicos, poluição ou resíduos sólidos. Em 2019 houve apenas uma denúncia de contaminação da água em uma indústria de cerâmicas e porcelanatos. No mais só foram registrados pequenos incêndios em 2 residenciais e em 1 madeireira do município.

11.1 Ações desenvolvidas como resposta ao derramamento de óleo na região costeira da Cidade do Cabo de Santo Agostinho – PE

O petróleo em seu estado bruto possui substâncias químicas com diferentes graus de toxicidade, com destaque para os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs), com potencial cancerígeno, dependendo do tempo e grau de exposição.

No dia 20 de outubro de 2019, uma grande quantidade de petróleo atingiu 24 km de orla marítima e 6 km de rio no município do Cabo de Santo Agostinho afetando as praias de Suape, Cabo de Santo Agostinho, Calhetas, Gaibu, Enseada dos Corais, Pedra de Xareu, Itapuama, Paiva e o estuário do rio Massangana, manguezais e piscinas naturais, fauna e flora da região da orla marítima, ecossistemas marinhos, animais marinhos e biodiversidade marinha em geral. No município, vários moradores e pescadores residentes nas áreas das praias foram afetados. A indústria hoteleira



do município e todo turismo e comércio da pesca em geral também sofreram danos econômicos significativos.

Em contrapartida, mais de 3000 voluntários se uniram aos 900 funcionários da prefeitura, 125 militares do exército, 40 fuzileiros navais e outros funcionários de órgãos estaduais e federais a fim de remediar o problema. Até o dia 22 de outubro de 2019 já haviam sido coletados 320 toneladas de óleo cru das áreas afetadas. Foram mobilizadas as equipes de grupamento de salvamento marítimo para realizar o trabalho de monitoramento, controle e reconstrução de cenário das áreas afetadas; agentes da defesa civil para realização de es de levantamento de dados de área afetada, população afetada, elaboração de relatórios e apoio logístico e controle e distribuição de materiais (EPs); agentes operacionais de defesa civil para atuarem na coleta dos resíduos poluentes; grupamento ambiental da guarda municipal para desenvolver ações de monitoramento, controle e reconstrução de cenário das áreas afetadas; grupamento ROMU da guarda municipal para realizar monitoramento e segurança das bases de apoio logístico; Secretaria Municipal de serviços públicos e limpeza pública para atuar na remoção, transporte e destinação do resíduo poluente; Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver ações de assistência médica, apoio a saúde e serviços de urgência nos locais de trabalho de retirada dos resíduos; Secretaria Municipal de Programas Sociais para realização de apoio logístico e arrecadação de doações; Secretaria Executiva do Meio Ambiente para desenvolver ações de monitoramento, controle do poluente; Superintendência de Controle Urbano para desenvolver ações de apoio logístico e transporte; IBAMA para realização de ações de estudo e análise dos impactos ambientais; Fuzileiros navais, ONGs, voluntários e Militares do Exército Brasileiro para apoiar na remoção do resíduo poluente.

Até o momento foram recebidas doações de 28 entidades privadas e públicas e não governamentais, tais como, Unilever, Porto Digital, Deputada Estadual Fabíola Cabral, Hotel Village, Arco-Vita, Codecipe, Centro das Mulheres do Cabo, CPRH, Selog, Resseg, Distribuidora de Equipamentos, Viver Off Roa, Rally PE, Nexus Hotel, Restaurante Chácara, Hotel Intense, Thermo Suape, O Doutor da Carne, Capriche, Suape, Allonda, Shineray, Boi Bom, Gri, Hotel Intense, Nutri House, Bung, Ferreira Costa.



12 - AÇÕES DE PREPARAÇÃO

12.1 Capacitações para profissionais

Os profissionais da saúde envolvidos na vigilância dos desastres são capacitados anualmente pelos responsáveis pelo programa a nível estadual.

12.2 Reuniões de equipe

O município do Cabo de Santo Agostinho possui um comitê de vigilância aos desastres que se reúne semestralmente ou sempre que for necessário para discutir as ações a serem tomadas antes mesmo da ocorrência de qualquer evento natural.

12.3 Mapeamento dos riscos (Unidades de Saúde/equipamentos sociais)

A rede pública de saúde é composta por 39 unidades de Atenção Básica, sendo 37 USF e 02 PACS que prestam assistência básica a 72% da população do município, ou seja, são nº 38.683 famílias cadastradas no Programa, atingindo-se através dele em média 139.683 pessoas. A rede dispõe, ainda, de 02 Postos de Saúde, unidades tradicionais localizadas na zona rural, que se encontram no plano de expansão existente para serem transformadas em Unidades da Estratégia de Saúde da Família (Tapugí e Pau Santo). A rede hospitalar é composta por dois hospitais municipal (Hospital Mendo Sampaio e Hospital Infantil) e um hospital privado conveniado. Uma policlínica que oferece serviços de pronto atendimento 24 horas (Policlínica Jamaci de Medeiros) e uma maternidade municipal (Maternidade Pe. Geraldo Leite Bastos). Também, são oferecidos nos postos de saúde na COHAB (Posto Vicente Mendes) e Sacramento com serviço de pronto atendimento noturno, enquanto que na Unidade Básica de Saúde localizado na praia de Gaibu funciona um serviço de pronto-atendimento 24 horas pela dificuldade de acesso às demais Unidades.

O modelo de gestão da saúde norteia-se pelos princípios democráticos, com planejamento participativo valorizando as instâncias de controle social atuante que legitima e confirma a importância de construção de uma rede articulada de políticas públicas voltadas para melhoria da qualidade de vida das pessoas.



13 - AÇÕES DE PREPARAÇÃO

Em caso de remoção de moradores de suas residências a primeira opção para abrigo é a casa de familiares. Para situações de queda/demolição do imóvel ou identificação de inabitabilidade será utilizado o Programa de Auxílio Moradia para famílias que atendam os critérios do Programa.

Em casos emergenciais temporários tem-se abrigos disponíveis no município, a saber:

Recentemente, com o surgimento do coronavírus e sua fácil disseminação, alguns cuidados devem ser tomados, principalmente nos abrigos, onde há uma maior possibilidade de aglomeração de pessoas. Nesse sentido, os responsáveis pelos abrigos devem fazer o monitoramento diário dos acolhidos quanto a presença de febre, problemas respiratórios e outros sinais e sintomas da covid-19, bem como avaliar as pessoas que passarem pelo processo de admissão. Todas as pessoas devem ser orientadas sobre os cuidados ao tossir e espirrar, como cobrir o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou com lenço de papel descartável. Após o uso, os lenços devem ser adequadamente descartados em lixeiras com pedal e as mãos devem ser lavadas. Além disso, todos devem ser orientados quanto ao uso de máscara e os cuidados para manter o distanciamento social. No interior dos abrigos, o tempo de circulação em áreas comuns deve ser reduzido e os abrigados têm que manter a distância mínima de 1 metro entre eles. Essa distância vale também para locais de refeição e espaço entre as camas nos dormitórios. Nos casos de suspeita de infecção de algum acolhido, é importante adotar o isolamento, se possível com utilização de quarto individual e banheiro diferenciado dos demais, utilização de máscara cirúrgica e imediata comunicação às autoridades de saúde. Também deve ser feita a desinfecção de todas as áreas por onde o acolhido circulou, para reduzir o risco de propagação da doença na instituição.

14 - AÇÕES DE RESPOSTA (Durante a ocorrência)

PIRAPAMA: (Reg. 01)

Igreja Católica de Pirapama

Endereço: Rua 01 s/n

Responsável: Padre Josivaldo / D. Glorinha

Capacidade: 05 famílias

Associação de Moradores de Pirapama

Endereço: Rua do Morro s/n

Responsável: D. Leta e Betânia (8838-1370)

Capacidade: 06 famílias



SAPUCAIA: (Reg. 01)

Associação de Moradores da Sapucaia Endereço:
Rua Manoel Maria Caetano Bom, nº 12
Responsável: Inaldo José da Silva Capacidade:
05 famílias

VILA: (Reg. 02)

Centro Social Urbano
Endereço: Av. Israel Felipe s/n
Responsável: Edson Mafra
Capacidade: 50 famílias
Associação dos Moradores da Vila Social
Endereço: Rua Júlio Amorim s/n.
Responsável: Beto
Capacidade: 05 famílias

PONTE DOS CARVALHOS: (Reg. 03)

Centro Social Urbano
Endereço: Av. Prefeito Diomedes Ferreira Melo s/n
Responsável: Enock Elias dos Anjos
Capacidade: 100 famílias

CHARNEQUINHA:

Centro de Convivência Infantil
Endereço: Rua 01 s/n.
Capacidade: 20 famílias

QUADRAS DAS ESCOLAS MODELO

Reg. II (Escola Modelo Garapu)
Reg. IV (Escola Modelo Charneca)
Centro: (Quadra Poliesportiva CAIC)
Ponte dos Carvalhos (Centro de Esportes Gibão)



ATRIBUIÇÕES DO GRUPO DE TRABALHO	
COMPONENTE 1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL	
VIGIDESASTRES (3524-9030)	<ul style="list-style-type: none"> · Acompanhar os alertas de chuvas, decretos de situação de emergência e estado de calamidade, instituídos nos municípios; · Manter o contato com a CODECIPE para atualização de informações sobre desastres ocorridos nos municípios; · Acionar os setores envolvidos na SES para desencadear apoio às ações de resposta nos municípios atingidos; · Entrar em contato com a CGVAM/MS para solicitação dos Kits emergenciais de medicamentos para distribuição aos municípios afetados; · Orientar as áreas técnicas para ações de resposta conforme avaliação de comprometimento dos recursos dos municípios frente aos desastres; · Orientar ações de controle da qualidade da água para consumo em situações de comprometimento da rede de abastecimento; · Orientar após avaliação de risco a distribuição de hipoclorito de sódio e as orientações para o uso nos locais afetados; · Colaborar com a Defesa Civil no gerenciamento de abrigos, com avaliação dos locais em conjunto com a Vigilância Sanitária; · Identificar por meio de relatórios fornecidos pelos órgãos competentes (municipais e estaduais), áreas com estrutura danificada pelas inundações que oferecem risco de acidentes à população próxima da área afetada; · Avaliar áreas críticas, utilizando os seguintes critérios: - Áreas com histórico anterior de desabamentos/enchentes; - Populações com histórico anterior de desabamentos/enchentes; - Populações que vivem em encostas e próximos a cursos d'água; - que vivem em encostas e próximos a cursos d'água; - Adensamentos populacionais (favelas, etc.); · Avaliar se a inundação afetou ou afetará áreas industriais, depósitos de produtos químicos, estabelecimentos que comercializam agrotóxicos ou outros produtos químicos, gerando riscos à saúde; · Identificar sistemas de disposição final de resíduos urbanos e industriais (lixão, aterros, áreas de transbordo) atingidas pelas enchentes, que possam acarretar riscos químicos e/ou biológicos.
VIGIÁGUA (3524-9030)	<ul style="list-style-type: none"> · Participar no planejamento das ações emergenciais voltadas para a bacia hidrográfica e manancial de abastecimento público das áreas afetadas; · Intensificar a vigilância da qualidade da água para consumo humano nas áreas de risco, devido ao caráter emergencial priorizando as análises de cloro residual e <i>E. coli</i> ou coliformes termotolerantes, conforme as orientações da Portaria de Consolidação/MS n.º 05/2017; · Disponibilizar kits para medição de cloro residual; · Avaliar a necessidade de aumentar a concentração de cloro residual e elevar a pressão do sistema de abastecimento de água; · Indicar outras fontes seguras de abastecimento de água, destacando-se que a utilização de caminhões-pipa deverá estar em conformidade com a Portaria/MS n.º 518/2004 e obedecendo às normas sanitárias; · Assegurar o acesso ao hipoclorito de sódio a 2,5% para desinfecção caseira da água para consumo humano; · Apoiar os municípios na divulgação sobre os procedimentos de limpeza e desinfecção das caixas d'água; · Orientar os responsáveis pela operação dos sistemas de abastecimento público e soluções alternativas coletivas, para elaborar um plano emergencial de monitoramento da qualidade da água no período de contingência, visando assegurar a manutenção adequada do sistema de abastecimento; · Informar aos responsáveis pelos sistemas de Esgotamento Sanitário sobre a necessidade de: consertos de tubulação, desentupimento de galerias, drenagem e limpeza de estações de tratamento, cloração e desinfecção de efluentes, construção de instalações sanitárias nos acampamentos e abrigos temporários; · · Monitorar a água para risco de contaminantes químicos (agrotóxicos, metais pesados), caso a inundação atinja áreas industriais, depósitos ou estabelecimentos comerciais que possam conter estes produtos; · Indicar a utilização de soluções alternativas de abastecimento, no caso de algum manancial normalmente utilizado ter sido contaminado por substâncias perigosas; · Garantir a distribuição de material educativo com ênfase no tratamento da água.
ZOONOSES E ENDEMIAS (3524-9030)	<ul style="list-style-type: none"> · Orientar as unidades de controle de zoonoses do município para o manejo adequado dos cadáveres de animais, tanto no transporte quanto para o destino final; · Orientar as ações previstas nos programas de controle de doenças transmitidas por vetores principalmente nas áreas de acampamentos, abrigos e áreas de adensamento populacional como forma de evitar a proliferação de roedores, mosquitos e outros vetores.
COMPONENTE 2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	
Coordenação de Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar (3524-9068)	<ul style="list-style-type: none"> · Intensificar as ações de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar (Cólera, Botulismo, Doenças Diarréicas Agudas, Febre Tifóide, Leptospirose e Surtos de Doenças de Transmissão hídrica e Alimentar DTHA); · Garantir a distribuição de material educativo com ênfase na: - Higiene pessoal e coletiva; - Condutas e recomendações relacionadas às DTHA e outros. · Acompanhar a reserva estratégica de hipoclorito de sódio a 2,5%, orientando a dispensação de acordo com a necessidade local; · Apoiar a investigação de surtos e aglomerado de óbitos de doenças de veiculação hídrica e alimentar; · Intensificar a monitorização das Doenças Diarréicas Agudas - MDDA, detectando oportunamente aglomerado de casos e óbitos.



COMPONENTE 3. PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES	
Coordenação do PNI (3524-9190)	<ul style="list-style-type: none"> · Orientar as Secretarias Municipais de Saúde nas recomendações específicas sobre vacinação em caráter emergencial; · Disponibilizar insumos necessários para prover a rede de frio, caso haja aumento de demanda; · Organizar a distribuição de insumos estratégicos conforme as necessidades locais.
COMPONENTE 4.	
Cordenação GASAM	<ul style="list-style-type: none"> · Articular em conjunto com a área da assistência à saúde das secretarias municipais, direcionando o atendimento às pessoas vítimas de trauma e estresse decorrentes dos desastres de origem natural.
COMPONENTE 5. ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	
Superintendência de Assistência Farmacêutica SAÚDELOG	<ul style="list-style-type: none"> · Receber o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde e mobilizar as Regionais de Saúde para buscar na central SAÚDELOG; · Articular com a CODECIPE a distribuição de insumos, quando necessário; · Em situação emergencial demandar ao almoxarifado central solicitação de empresa de logística para garantir a distribuição rápida dos insumos necessários para as Regionais de Saúde; · Organizar esquema para possível demanda em final de semana; · Descrever a capacidade de armazenamento e estratégia de distribuição de material, quando necessário; · Articular com o LAFEPE a compra e dispensação de medicamentos em caráter emergencial.
COMPONENTE 6. ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
Diretoria de Assistência Regional (3521-6795)	<p>Média Complexidade – Nível Regional</p> <ul style="list-style-type: none"> · Identificar Unidades de Saúde em condições de atendimento e acesso à população afetada (Unidades Públicas e Conveniadas); · Identificar hospitais de referência para os casos que necessitem de cuidados intermediários na região ou em outras regionais próximas; · Contratação, se necessário, de leitos das unidades privadas de saúde; · Providenciar Kit de emergência de medicamentos e insumos para todos os agravos; · Divulgar para a rede de assistência regional de saúde os fluxogramas de atendimento de doenças e agravos relacionados com os desastres de origem natural, preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde; · Organizar escala de plantão dos profissionais para o atendimento hospitalar; · Levantar necessidade de leitos para o atendimento aos principais agravos; · Trabalhar em parceria com hospitais de campanha para o atendimento dos casos.
Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde (3521-6795)	<p>Alta Complexidade</p> <ul style="list-style-type: none"> · Estabelecer locais para o atendimento hospitalar, bem como fluxo de pacientes graves; · Identificar leitos para atendimento em Unidade de Tratamento Intensivo; · Garantir leitos de retaguarda para pacientes agudos e crônicos; · Garantir terapia renal substitutiva independentemente do local de residência do doente; · Garantir medicamentos e insumos para as principais gravidades; · Monitorar permanentemente a disponibilidade de leitos de retaguarda; · Garantir notificação dos casos de doenças de notificação compulsória; · Garantir profissionais para os atendimentos emergenciais de gravidade; · Manter nos hospitais de referência estoques estratégicos de soro contra tétano e soro contra animais peçonhentos.
COMPONENTE 7. ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Superintendência de Atenção Primária (3521-6795)	<ul style="list-style-type: none"> · Mobilizar as equipes de saúde da família para atendimento à população afetada; · Realizar mapeamento situacional das famílias; · Realizar levantamento dos desabrigados e desalojados; · Realizar o monitoramento da situação de saúde nos abrigos; · Articular com os equipamentos sociais dos territórios atingidos pelas enchentes; · Organizar as ações de imunização; · Realizar ações de educação em saúde com os seguintes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado com os alimentos; - Tratamento de água e higienização dos alimentos com hipoclorito de sódio; - Segurança alimentar e nutricional; - Doenças Infecciosas - dengue, leptospirose, cólera, tétano, hepatite; - Prevenção de acidentes por animais peçonhentos; - Prevenção de doenças diarreicas agudas; - Prevenção do tétano acidental; - Cuidado com o ambiente e higiene pessoal nos abrigos; - Orientações para facilitar o convívio coletivo. · Garantir a notificação de doenças/agravos de doenças de notificação compulsória pelas equipes de saúde da família; · Realizar a avaliação de danos na rede de atenção primária.



COMPONENTE 8. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
Gerência Geral (3524-9069)	<ul style="list-style-type: none"> · Orientar as VISAS regionais na articulação com as VISAS municipais, visando à supervisão dos trabalhos e o apoio à vigilância ambiental do nível central; · Elaborar o diagnóstico sanitário dos municípios em situação de risco para enchentes e inundações, no tocante ao saneamento básico (água, esgoto), resíduos sólidos, drenagem, serviços de saúde; comércio e centrais de acondicionamento/ descarte de embalagens de agrotóxicos e afins (produtos utilizados no controle de vetores e animais sinantrópicos), licenciadas e clandestinas; · Monitorar a qualidade da água potável distribuída emergencialmente, por meio de barreiras sanitárias verificando os carros-pipa, credenciados pelo Exército, Prefeituras Municipais, entre outros; · Garantir a coleta e o envio de amostras de alimentos e medicamentos para análise laboratorial, quando necessário; · Prover insumos para a realização de procedimentos (coletas, envio de amostras, análises, kits de medição de cloro residual) em apoio às Regionais de Saúde e municípios.
COMPONENTE 9. IMPRENSA	
Gestão de Comunicação Interna	<ul style="list-style-type: none"> · Monitorar a situação de adocimento da população em virtude de enchentes e inundações, junto à Vigilância Epidemiológica, para avaliar estratégias de comunicação adequadas (envio de pautas, coletivas de imprensa e ações de mobilização social); · Criar material educativo/informativo para disponibilização em internet, inclusive para a impressão; · Manter interface com a Ouvidoria; · Produzir boletins diariamente e disseminar por meio da mídia as informações de saúde relacionadas ao evento (desastre de origem natural); · Orientar a população sobre as doenças/agravos decorrentes dos desastres de origem natural; · Monitorar rumores na mídia e divulgar notas de esclarecimento; · Definir, em conjunto, com os componentes do Plano de Contingência os porta-vozes para atender a imprensa; · Estabelecer parcerias com empresas de comunicação (portais de internet, veículos de imprensa, operadores de telefonia, entre outros) para dar suporte à divulgação de informações úteis à sociedade; · Informar sobre a suspensão das medidas adotadas emergencialmente e as medidas de retorno à normalidade.
COMPONENTE 10. OUVIDORIA SES	
Superintendência de Ouvidoria	<ul style="list-style-type: none"> · Divulgar conforme sua abrangência de atuação as orientações técnicas da SES à população em geral; · Colaborar na notificação de eventos repassando imediatamente qualquer comunicação advinda da população; · Colaborar com a Vigilância em Saúde repassando informações advindas da população quanto ao atendimento na rede de saúde (falta de soros, atendimento precário, remoções desnecessárias, entre outros).

15 - CONTATO DOS RESPONSÁVEIS

Núcleos de Apoio de Defesa Civil

Regional	Endereço	Fone
Reg 1.	Av Eraldo Barros Souza, 706 – Cohab	35219112
	CAC – São Francisco – Rua Renato Paulo de Sena s/n – São Francisco	35216709
Reg 2.	Av Laura Cavalcanti, 110 – Gaibu	35227004
Reg 3.	Av Bom Conselho, 380 – Ponte dos Carvalhos	35222716
	CAC Pontezinha – Av Conde da Boa Vista s/n	35222728
Reg 4.	Rua 42 s/n – Charneca	35216624

Outros telefones:

Secretaria Executiva de Defesa Social	35216611
Secretaria Executiva de Programas Sociais	35216788
Secretaria Executiva de Meio Ambiente	35216679
Secretaria Executiva de Saúde	35216786
CODECIPE	199 – 34252486



SAMU	192
Bombeiros	193 – 0800811078
Comando Guarda Municipal	153 – 35216763
Gerencia de Transito e Transporte	35216703
Defesa Civil Cabo (Sede)	35216701 08002818531
Defesa Civil Coordenação (Ana Sandra Arruda)	987511128

SETORES	NOME DO RESPONSÁVEL	TELEFONE
Prefeito	Clayton da Silva Marques	35216645/01
Secretária de Saúde	Daniele Uchôa Barros Alves	35216712/86 35249127
Coordenador Vigidesastres Municipal	Catarina Paula da Silva Ramos	35249030
Vigilância em Saúde	Ricardo Albuquerque	35249069
Vigilância Epidemiológica	Vanessa Silva	81 991668770
Vigilância Ambiental	Ricardo Albuquerque	35249030 35216720 35249135
Vigilância Sanitária	Ricardo Albuquerque	35249069
Laboratório Municipal	Roberto Alexandre	35212878
Atenção à Saúde	Deysiane Maria	35249242
Atenção Básica	Anderson Nunes	35216710 35246795
Assistência Farmacêutica	José Orlando	
Coordenação de Saúde Mental	Danielle Moura	35216672
Saúde do Trabalhador	José Alberto	35216711
Regulação em Saúde	Nayara Larissa	
Assistência Social	Secretaria de Programas Sociais	35221423
Conselho Municipal de Saúde	Ivaldo Sales	35216484
Ouvidoria Municipal	Polyana Sena	08002815512
PNI	Priscila Machado	35249190
Samu Municipal	Márcia Melo	35215108



ANEXOS



ANEXO A

AVALIAÇÃO DE DANOS EM SAÚDE RELACIONADOS COM DESASTRES DECORRENTES DO PERÍODO DE INVERNO

1. Dados Gerais

Natureza do desastre:

Município afetado: Cabo de Santo Agostinho

Decreto de situação de emergência: () sim () Não

Dada do Decreto:

Data da Avaliação:

Responsável pela Avaliação: (Coord. Vigilância Ambiental)

2. Agravos Identificados relacionados com o evento.

Agravos	Faixa etária				Total
	< 1	1 a 14	15 a 64	>65	
Diarréia					
Hepatite A					
Leptospirose					
Febre tifoide					
Acidentes com animais peçonhentos					
Agressões por cão ou gato					
Outras*					

*Especificar: _____



3. Números de pessoas feridas e óbitos relacionados com o evento.

Grau das Lesões	Faixa etária				Total
	< 1	1 a 14	15 a 64	>65	
Ferimentos Leves					
Ferimentos Graves					
Óbitos					

4. Danos à rede de Saúde

- Posto de Saúde, policlinicas, maternidades, hospital, almoxarifado, asilos de idosos etc

5. Estabelecimento afetados

- Escolas, mercados públicos, restaurantes, lanchonetes, armazéns de alimentos, indústrias.

Tipo de estabelecimento: () público () privado

Quantidade:

Natureza:

Estrutura: () danificada () destruída

Custo estimado:

6. Serviços essenciais danificados

Tipo de serviço:

() Sistema de tratamento de água () Sistema de tratamento de esgoto

() Rede de distribuição de água () Rede coletora de esgoto

() Rede elétrica () Depósito de lixo

Comunidade atendida:

Observações: _____



7. Danos ambientais gerados com o evento

Danos ambientais	Localização	Observações
Erosão do solo		
Deslizamento de encostas		
Destruição da vegetação		
Contaminação de águas por resíduos sólidos		
Contaminação de águas por resíduos químicos		

Relatórios sobre Vigilância à Saúde Frente às Inundações

--



ANEXO B

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Com a ocorrência de inundações surge a preocupação com o aparecimento de doenças. Nesse sentido, a presente nota técnica visa orientar os municípios quanto às possíveis consequências das enchentes relacionadas à ocorrência das doenças transmissíveis, e quanto às medidas de controle pertinentes a cada situação.

DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA

Frequentemente as enchentes levam a contaminação das redes públicas de abastecimento, pela entrada de água poluída nos pontos de vazamento da rede além da interrupção temporária das atividades das estações de tratamento. Como o consumo de água é uma necessidade básica, muitas vezes a população acaba utilizando água contaminada, expondo-se ao risco de diarreia, cólera, febre tifoide e hepatites A e E.

A cólera e as demais doenças diarreicas agudas têm período de incubação curto, variando de algumas horas a até cinco dias. O período de incubação da febre tifoide é, em média, de 15 dias e das hepatites A e E é de 30 dias, podendo ter consequências mais tardias nas inundações.

RECOMENDAÇÕES

Evitar que a população consuma água inadequada, por meio da adoção de medidas emergenciais, tais como:

- Educação em saúde e distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5% (02 gotas por litro de água) para desinfecção da água para beber,
- Outros produtos à base de cloro, autorizados para o tratamento da água e registrados no Ministério da Saúde, poderão ser utilizados, observando-se atentamente as orientações contidas no rótulo do produto;
- Orientar o tratamento da água para consumo humano por meio da ebulição (fervura), durante cinco minutos. Este método de desinfecção é eficaz, contudo, por ser um procedimento oneroso, recomenda-se em situações de urgência e na falta de outro método de desinfecção, a utilização do hipoclorito;



- Intensificar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano nas áreas atingidas;
- Monitorar, diariamente, as doenças diarreicas agudas (MDDA) para a identificação de mudanças no perfil epidemiológico das diarreias nas áreas afetadas;
- Estar em alerta para a possibilidade de ocorrência de surtos de hepatites e febre tifoide, garantindo os meios para o diagnóstico e tratamento dos casos;
- Distribuir Soro de Reidratação Oral e orientar à população para seu uso em casos de diarreia aguda.

MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

AValiação DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

OBSERVE		EXPLORE	DECIDA	TRATE
Estado geral:	Olhos	Sinal da prega	Pulso	
A	Bem, alerta	Normal	Desaparece rapidamente	Chelo
B	Irritado, intranquilo	Fundos	Desaparece lentamente	Rápido, fraco
C	Comatoso, hipotônico	Muito fundos e secos	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)	Muito fraco ou ausente*
	Lágrima	Sede		
	Presentes	Bebe normal, sem sede	Sem sinais de desidratação	Use o Plano A
	Ausentes	Sedento, bebe rápido e avidamente	Se apresentar dois ou mais sinais: Com desidratação	Use o Plano B (ose o paciente)
	Ausentes	Bebe mal ou não é capaz de beber	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos descritos com asterisco (*): Desidratação grave	Use o Plano C (ose o paciente)

PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

Explicar ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

A

1) OPRER O INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

- O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
- Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.

2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

- Continuar a alimentação materna.
- Mantiver a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

B

PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE

1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.

2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEQUENDO AS ETAPAS DO QUADRO

Avaliação do estado de hidratação do paciente

- Se desaparecer os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastroclicale).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:

- Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
- Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR

O PLANO C COMTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FADIAS ETÁRIAS:

A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO.

FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Para recém-nascidos e cardiopatas graves iniciar com 20ml/kg e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.	30 minutos

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FADIAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9% + Solução Polieletrólita	30ml/kg	30 minutos
2º Soro Lactato ou Solução Polieletrólita	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FADIAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS
Peso até 10kg	100ml/kg
Peso de 10 a 20kg	1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg (manutenção) +
Peso acima de 20kg	1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FADIAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) +	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) +	ZnI para cada 100ml de solução da fase de manutenção.

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FADIAS ETÁRIAS

SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.

Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do estado de desidratação.

Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.

Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

1) PERGUNTAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES Em caso positivo e com comprometimento do estado geral:

- Reidatar o paciente de acordo com os planos A, B ou C.
- Iniciar antibiótico.

Tratamento de crianças:

- Ciprofloxacino: 15mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias.
- Ceftriaxona: 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.

Orientar o acompanhante para administrar líquido e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.

Se mantiver presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar.

Observações: Crianças com quadro de desidratação devem ter o primeiro atendimento em qualquer unidade de saúde, devendo se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.

Tratamento de adultos:

- Ciprofloxacino: 500mg de 12/12h, via oral, por 3 dias.
- Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Se o paciente não estiver com condições gerais boas, iniciar Ceftriaxona 2g, via intramuscular, 1 vez ao dia, por 2 a 5 dias.
- Se estiver com condições gerais comprometidas, encaminhar para internação hospitalar.

2) PERGUNTAR QUANDO INICIOU A DIARREIA Se tiver mais de 14 dias de evolução:

- Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se:
 - Menor que seis meses.
 - Apresentar sinais de desidratação.
- Neste caso, reidrate-o primeiro e em seguida encaminhe-o a unidade hospitalar.

Quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/companhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.

- Se o paciente não estiver com sinais de desidratação e nem for menor de seis meses, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

3) OBSERVAR SE TEM DESNUTRIÇÃO GRAVE

Se o paciente estiver com sinais de desidratação e não for menor de seis meses, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

Em caso de desidratação, iniciar a reidratação e encaminhar o paciente para o serviço de saúde.

Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a hidratação até que chegue ao serviço de saúde.

4) VERIFICAR A TEMPERATURA

Se o paciente estiver, além de diarreia, com a temperatura de 39°C ou mais; investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, faringite, infecção urinária.

USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA

Antibióticos devem ser usados somente para o tratamento de diarreia com sangue (dissentria) e comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos.

Antiparasitários devem ser usados somente para:

- Amebíase, quando o tratamento de dissenteria por Shigella sp fracassar, ou em casos em que se identificam nos fezes trofozoítos de Entamoeba histolytica englobando hemácias.
- Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.

Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.

Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia



ATIV
ALERTAS

ANTI-DIARRÉICOS E ANTIEMÉTICOS NÃO DEVEM SER USADOS.



LEPTOSPIROSE

Uma das principais ocorrências epidemiológicas após as inundações é o aparecimento de casos ou surtos de leptospirose que é transmitida aos seres humanos pelo contato com água ou lama contaminadas pela urina de animais portadores, principalmente roedores domésticos (ratazanas, ratos de telhado e camundongos). Este contato ocorre durante e imediatamente após as enchentes, quando as pessoas retornam à suas residências e procedem à limpeza e remoção da lama e outros detritos.

Todos os municípios atingidos por inundações devem ficar em alerta para a ocorrência da leptospirose, disseminando informações técnicas para os serviços de saúde e alertando a população acerca dos mecanismos de transmissão e das ações de prevenção e controle. O objetivo primário é garantir que a suspeita diagnóstica, os exames sorológicos e o tratamento sejam instituídos precocemente, visando à redução da mortalidade por esta doença, além de diminuir ao máximo a exposição da população posteriormente.

Não existe uma vacina eficaz e disponível comercialmente contra a leptospirose, mas por ser uma doença tratável, a ação oportuna das secretarias municipais de saúde pode evitar muitos óbitos e prevenir em boa parte o surgimento de novos casos.

As secretarias municipais de saúde devem alertar todos os serviços de saúde do município quanto à probabilidade de ocorrer um surto de leptospirose. O período de incubação da doença vai de 1 a 30 dias após o contato com o agente infeccioso. O Ministério da Saúde define como caso suspeito de leptospirose o indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que atenda a, pelo menos, um dos critérios:

Critério 1 – Antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas:

- Exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas;
- Exposição acidental a esgoto, fossa, lixo e entulho;
- Vínculo epidemiológico com caso confirmado por critério laboratorial,
- Residir ou trabalhar em áreas de risco para leptospirose.



Áreas de risco: áreas determinadas pela vigilância epidemiológica a partir da análise da distribuição espacial e temporal de casos de leptospirose, bem como dos fatores de risco envolvidos.

Critério 2 - Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Sufusão conjuntival;
- Sinais de insuficiência renal aguda;
- Icterícia e/ou aumento de bilirrubinas;
- Fenômeno hemorrágico.

Caberá a Defesa Civil do município a vistoria das áreas atingidas pela inundação com o objetivo de determinar as características da área e a população atingida.

As equipes de vigilância epidemiológica e de saúde da comunidade (as equipes da saúde da família, agentes comunitários de saúde e agentes de endemias) deverão verificar o tempo de exposição, no intuito de gerar estratégias para o atendimento de doentes, articulando-se com as demais áreas técnicas para garantir o atendimento aos doentes, e para promoção de ações de comunicação e educação em saúde.

Todo indivíduo que se encaixe na definição de caso suspeito de leptospirose deverá ser registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan através da Ficha de Notificação e Investigação de Leptospirose, e submetido à coleta de amostra sanguínea para exame sorológico de leptospirose, dentro do prazo preconizado (a partir do 7º dia dos 1os sintomas da doença). Este paciente deverá ser acompanhado em caráter ambulatorial, dependendo do seu estado geral, para avaliação, conforme Algoritmos I e II (Síndrome Febril Aguda Suspeita de Leptospirose e Conduas no Primeiro Atendimento Com Presença dos Sinais de Alerta).

Assistência

Garantir medicação para o tratamento dos casos ambulatoriais (antibióticos e sintomáticos) e o encaminhamento dos casos graves para os hospitais de referência, cujos fluxos devem ser estabelecidos o mais prontamente possível, para facilitar a internação e o atendimento adequado desses casos, conforme Algoritmo I.

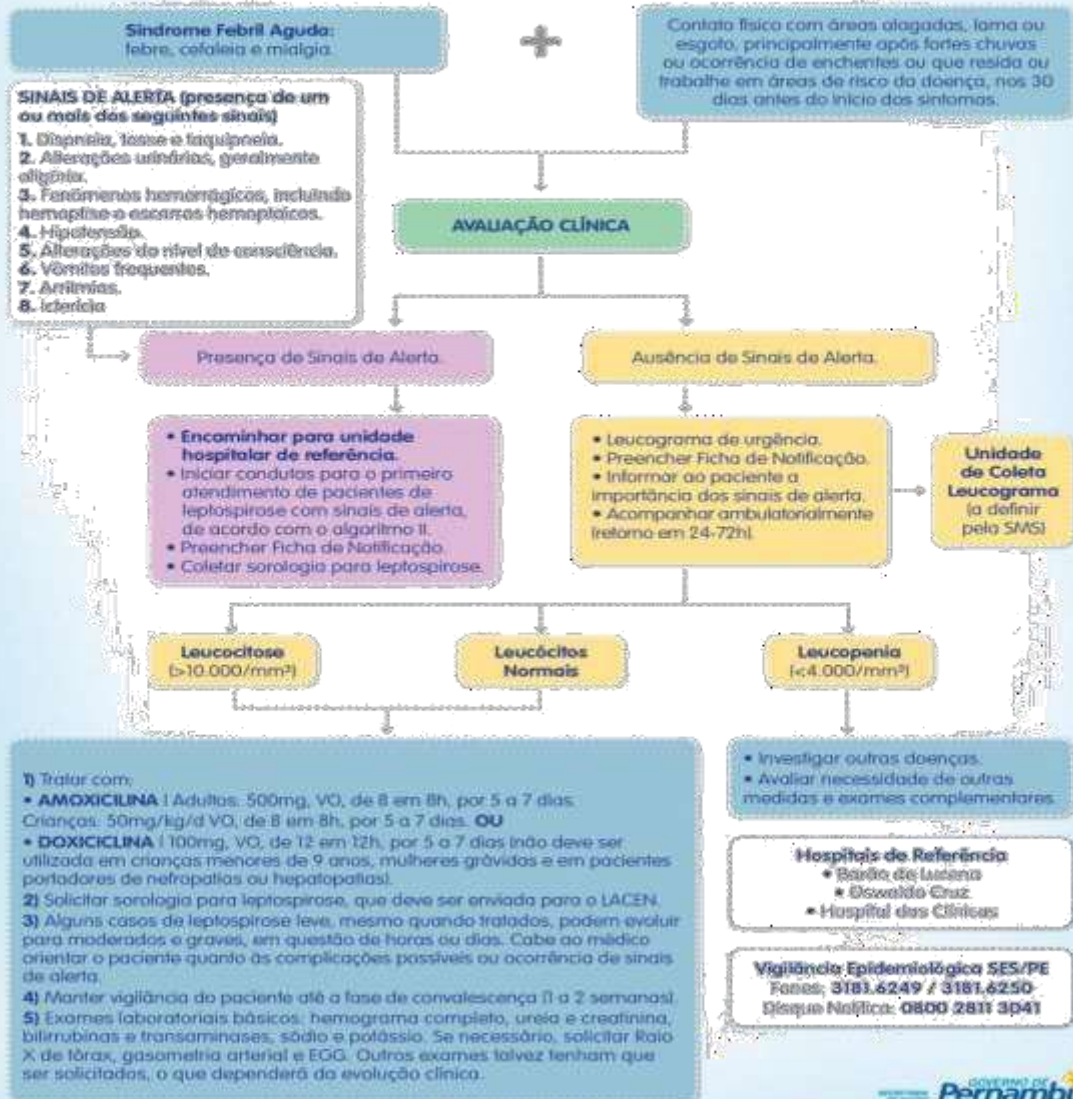


Algoritmo I

SÍNDROME FEBRIL AGUDA

SUSPEITA DE LEPTOSPIROSE

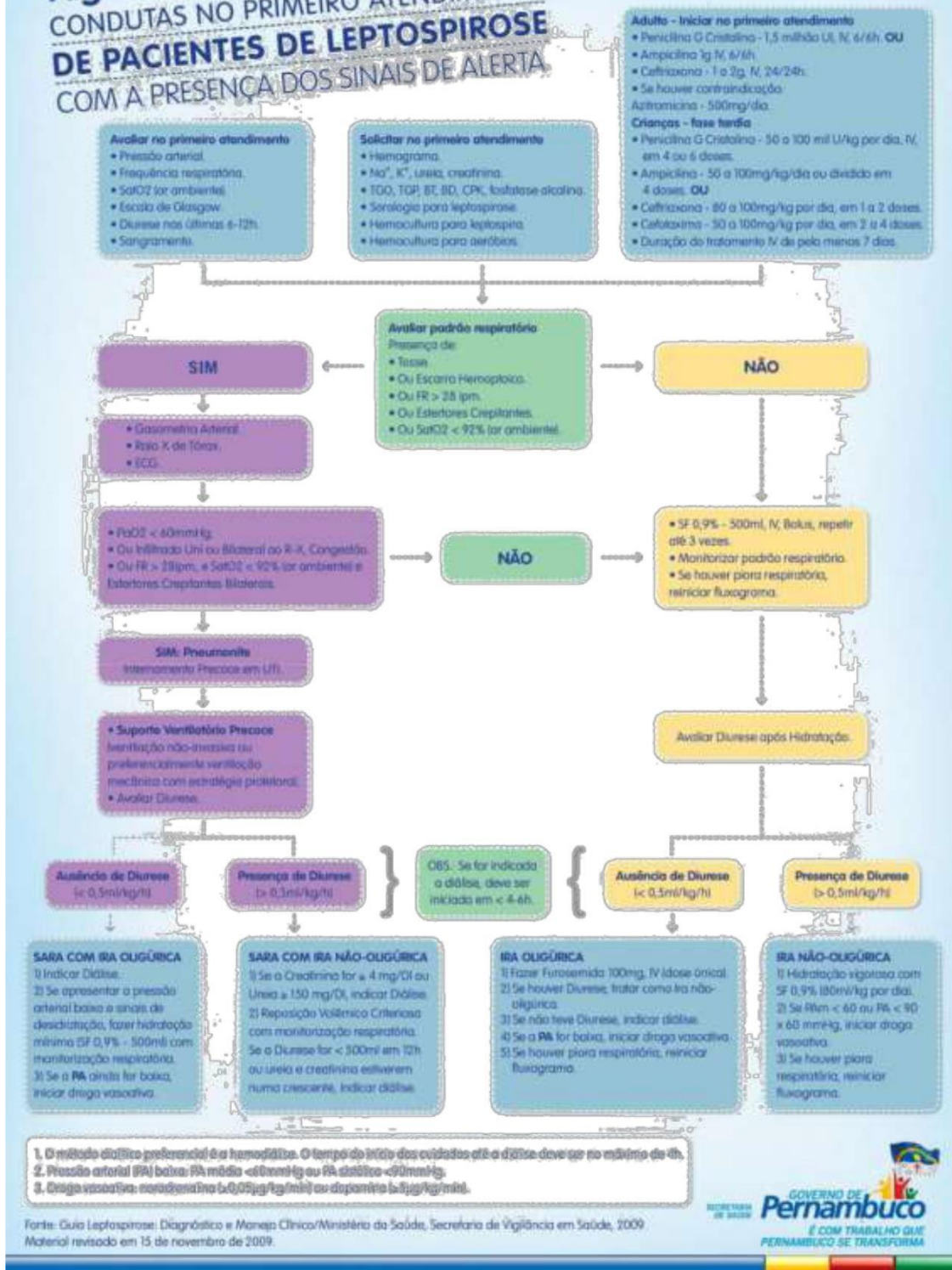
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Leptospirose: Diagnóstico e Manejo Clínico, 2009. Material revisado em 12 de Novembro de 2009.



Algoritmo II CONDUTAS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO DE PACIENTES DE LEPTOSPIROSE COM A PRESENÇA DOS SINAIS DE ALERTA





Promover ações de Informação, Comunicação e Educação em Saúde (IEC):

Devem ser priorizadas informações básicas acerca das medidas gerais de prevenção e controle de doenças na vigência de enchentes, com destaque para as ações específicas contra a leptospirose. É de fundamental importância o envolvimento de todas as instâncias intra e interinstitucionais, visando atingir todas as parcelas da população, em linguagem clara e acessível.

Vigilância Ambiental

Na situação de enchentes ou inundações, a vigilância ambiental deve promover o controle da população de roedores com medidas de antirratização, visando eliminar as condições que propiciam a sua sobrevivência e proliferação de roedores: alimento, água e abrigo. O manejo adequado do lixo, o correto armazenamento dos alimentos, a limpeza de terrenos baldios e a retirada de entulhos, a recuperação de instalações de água potável, águas pluviais e esgotos, bem como a correção de vãos, aberturas e orifícios pelos quais os roedores transitam, são medidas fundamentais e que devem ser tomadas por toda a população.

O controle de roedores mediante a utilização de raticidas, para ser realmente eficaz, deve ser baseado em ações realizadas pelo menos 60 a 90 dias antes da época de chuvas. Na época de enchentes e inundações, na maior parte das vezes, o uso de raticidas é contra-indicado, pois as condições ambientais (água, lama, deslizamentos) geralmente inutilizam o produto.

Excepcionalmente, visando um controle rápido em “cinturões”, áreas delimitadas e de alto risco de leptospirose, após uma inspeção técnica criteriosa indicando condições favoráveis, pode-se utilizar o raticida de formulação “bloco impermeável”. Esta formulação é utilizada em locais onde o teor de umidade é alto, como galerias subterrâneas de esgoto, de águas pluviais e áreas de inundações. Os blocos não devem ficar em contato direto com água ou lama, pois vão decompor-se rapidamente. A repetição e a periodicidade das aplicações vão depender de avaliações subseqüentes de técnicos devidamente treinados.

Fundamental mesmo é que, após as águas baixarem, deve-se proceder à limpeza da lama residual das enchentes e desinfecção de domicílios com solução de água sanitária



(para um balde de 20 litros de água adicionar 01 copo de água sanitária), a qual mata as leptospiras, diminuindo de maneira drástica as chances de infecção pela mesma.

DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

O deslocamento da população de suas residências e a estada temporária em alojamentos e abrigos, com uma grande quantidade de pessoas convivendo em um mesmo espaço, pode favorecer a disseminação de doenças de transmissão respiratória.

Recomendações:

- Orientar os responsáveis pelos abrigos para que se mantenham em alerta no sentido de encaminhar para assistência médica imediata todos os casos de síndromes febris que possam vir a ocorrer na população sob sua responsabilidade.
- Para evitar o surgimento de surtos de difteria ou coqueluche dentro dos abrigos, e havendo a impossibilidade de verificação do estado vacinal no cartão de vacina, recomenda-se a vacinação exclusivamente destas populações, com a utilização das seguintes vacinas:

Vacina tríplice bacteriana (DPT – difteria, coqueluche e tétano) para as crianças abaixo de 7 anos de idade – uma dose de reforço;

Vacina dupla bacteriana (dT – difteria e tétano) – para crianças de 7 anos ou mais e para toda a população adulta – uma dose de reforço.

OBS: Na sequência, os serviços de saúde locais deverão avaliar, caso a caso, se existe a necessidade de completar o esquema de vacinação, conforme calendário preconizado pelo Ministério da Saúde.

DOENÇAS TRANSMITIDAS POR OUTRAS VIAS

As inundações propiciam a ocorrência de acidentes com ferimentos, levando ao aumento do risco de contaminação pelo bacilo do tétano, o qual está presente na natureza, no solo, na poeira e nas fezes de alguns animais.



As Secretarias Municipais de Saúde devem:

- Orientar a população acerca das medidas básicas de prevenção do tétano bem como acerca da importância de que se mantenha atualizado o esquema de vacinação. Para que o indivíduo se imunize são necessárias, pelo menos, três doses do toxóide tetânico, presente na vacina tríplice bacteriana (DTP e DTPa), dupla adulto (dT) e dupla infantil (DT);
- Prover condições para que todas as pessoas, crianças e adultos, que sofrerem ferimentos venham a receber criteriosa avaliação clínica por profissional de saúde capacitado, com os cuidados necessários de limpeza e antissepsia; em todos os casos deverá ser avaliada também se existe a necessidade de ministrar ao paciente uma dose de reforço ou mesmo do esquema de vacinação completo contra o tétano;
- Organizar vacinação contra o tétano das pessoas colocadas em alojamentos comunitários (abrigos), conforme recomendado no item acima “doenças de transmissão respiratória”;
- Importante não se recomenda vacinação em massa contra o tétano em situações de inundação.



ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

Informações técnicas sobre diagnóstico e tratamento podem ser obtidas no Manual de Diagnóstico e Tratamento dos Acidentes por Animais Peçonhentos, disponível na página eletrônica da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

As Secretarias Municipais de Saúde devem:

- Alertar todos os serviços de saúde do município quanto à probabilidade de ocorrer um aumento no número de acidentes por animais peçonhentos nos meses quentes e chuvosos;
- Vistoriar os locais atingidos pela inundação, com o objetivo de determinar as áreas com maior risco de acidentes por animais peçonhentos, com base na identificação dos animais encontrados;
- Em caso de inundações os locais mais arborizados representam maior risco por que os animais procuram a copa das árvores para abrigar-se;
- Vistoriar constantemente os locais utilizados para alojar os desabrigados (escolas, ginásios, galpões, igrejas) à procura de animais peçonhentos;
- Informar a população acerca dos locais onde é realizado o tratamento soroterápico e garantir o atendimento imediato dos casos (soros anti-peçonhentos e sintomáticos) bem como o encaminhamento dos casos graves para os hospitais de referência;
- Difundir informação e educação em saúde, priorizando as medidas de prevenção e os primeiros socorros. É de fundamental importância o envolvimento de todas as instâncias intra e interinstitucionais, visando atingir todas as parcelas da população em linguagem clara e acessível;
- Promover o controle da população de roedores e baratas, visando eliminar as condições que propiciam a sobrevivência destes animais: alimento, água, abrigo e o acesso. O manejo adequado do lixo, o correto armazenamento dos alimentos, a limpeza de terrenos baldios e a retirada de entulhos são medidas fundamentais e que devem ser tomadas por toda a população.



VACINAÇÃO

Programa Estadual de Imunizações – PNI/PE

Este programa cumpre as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações – PNI do Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é o controle e / ou erradicação das doenças preveníveis por vacinas.

A imunização ativa é, pois o seu foco prioritário. Diante de algumas situações, utiliza a imunização passiva (soros heterólogos e / ou imunoglobulinas humanas).

As vacinas são substâncias que contêm antígenos específicos, que quando introduzidos no organismo, são capazes de despertar resposta igualmente específica contra aquele antígeno administrado, e assim, propiciando proteção contra a doença correspondente. Entretanto, para que isso ocorra, são necessários vários dias, o que em geral ultrapassa o período de incubação da doença. Acrescente-se a isso, o fato de que algumas vacinas exigem, mais de duas doses para que seja alcançado um nível protetor, como por exemplo, a vacina contra difteria, tétano, entre outras, e o intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

Compreende-se, portanto, que o benefício propiciado pela vacinação, não se coaduna com as situações de desastres, no sentido de ofertar uma proteção rápida e eficaz contra as doenças. A atividade de vacinação é diária e permanente, podendo desse modo, ser exercida nos abrigos onde se encontram os desabrigados das enchentes, como uma forma de iniciar, prosseguir ou concluir, esquema de vacinação.



CRIANÇA

IDADE	VACINA	DOENÇAS EVITÁVEIS	DOSE
Ao nascer	BCG-ID	Previne as formas graves de tuberculose (miliar e meningea)	Dose única
	Hepatite B	Previne a hepatite B	Dose única
2 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib	1ª dose
	Poliomielite Inativada (VIP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	
	Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo	
	Oral contra Rotavírus Humano (VORH)	Previne diarreia por rotavírus	
3 meses	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	1ª dose
4 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib	2ª dose
	Poliomielite Inativada (VIP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	
	Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo	
	Oral contra Rotavírus Humano (VORH)	Previne diarreia por rotavírus	
5 meses	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	2ª dose
6 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib	3ª dose
	Poliomielite Inativada (VIP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	
12 meses	Tríplice Viral (SCR)	Previne sarampo, caxumba e rubéola	1ª dose
	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	Reforço
	Pneumocócica 10 valente	Previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo	Reforço
15 meses	Tríplice Bacteriana (DTP)	Previne difteria, tétano e coqueluche	1º reforço
	Poliomielite Oral (VOP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	1º reforço
	Hepatite A	Previne a hepatite A	Dose única
	Tetraviral (SCRV)	Previne sarampo, caxumba, rubéola e varicela	Dose única
4 anos	Tríplice Bacteriana (DTP)	Previne difteria, tétano e coqueluche	2º reforço
	Poliomielite Oral (VOP)	Previne a poliomielite (paralisia infantil)	2º reforço
	Varicela	Previne a varicela	2ª dose
9 anos*	Papilomavírus Humano (HPV)	Previne o papiloma, vírus humano que causa cânceres e verrugas genitais	Duas doses com seis meses de intervalo

* Pode ser aplicada até 14 anos 11 meses e 29 dias.

A primeira dose da vacina contra Hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico



se constitui de 3 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo, entre 4 e 6 anos.

É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e segunda dose é de 4 semanas.

A vacina contra Febre Amarela está indicada para crianças a partir dos 9 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados: BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

ADOLESCENTE			
Idade	Vacinas	DOENÇAS EVITÁVEIS	Dose
11 a 14 anos (meninos)	Papilomavírus Humano (HPV)	Previne o papiloma, vírus humano que causa cânceres e verrugas genitais	Duas doses com seis meses de intervalo
11 a 14 anos (meninos e meninas)	Meningocócica C	Previne meningite e meningococemia (infecção generalizada)	Um reforço ou Dose Única
11 a 19 anos	Hepatite B (recombinante)	Previne a hepatite B	Três doses**
	Dupla bacteriana adulto (dT)	Previne difteria e tétano	Um reforço a cada dez anos**
	Tríplice Viral (SCR)	Previne sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses**

** De acordo com a situação vacinal.

Adolescente que não tiver comprovação de vacinação anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.

Adolescente que já recebeu anteriormente 3 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves ou gravidez, antecipar a dose



de reforço para 5 (cinco) anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 (trinta) dias.

Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados PI, BA, MG, SP, PR, SC E RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.

Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço, a dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

GESTANTE		
Vacinas	DOENÇAS EVITÁVEIS	Dose
Hepatite B (recombinante)	Previne a hepatite B	Três doses**
Dupla bacteriana adulto (dT)	Previne difteria e tétano	Duas doses**
Tríplice bacteriana acelular (dTpa)	Previne difteria, tétano e coqueluche	Uma dose a cada gestação (a partir da 20ª semana gestacional)

** De acordo com a situação vacinal.

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
A partir de 20 anos (1)	dT (Dupla tipo adulto) (2) Febre amarela (3) SCR (Tríplice viral) (4)	1ª dose dose inicial dose única	Contra Difteria e Tétano Contra Febre Amarela Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
A cada 10 anos, por toda a vida	dT (Dupla tipo adulto) (5) Febre amarela	reforço reforço	Contra Difteria e Tétano Contra Febre Amarela
60 anos ou mais	Influenza (6) Pneumococo (7)	dose anual dose única	Contra Influenza ou Gripe Contra Pneumonia causada pelo pneumococo

A partir dos 20 (vinte) anos de idade gestantes, não gestantes, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 (trinta) dias.



VIAJANTE		
Vacinas	DOENÇAS EVITÁVEIS	Dose
Hepatite B (recombinante)	Previne a hepatite B	Três doses**
Dupla bacteriana adulto (dT)	Previne difteria e tétano	Três doses**
Febre Amarela	Previne a febre amarela	Dose única (9 meses a 59 anos de idade)***
Tríplice Viral (SCR)	Previne sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses (1 a 29 anos) e Uma dose (30 a 49 anos)**

** De acordo com a situação vacinal.

*** Somente aplicada em residentes e/ou viajantes para Áreas com Recomendação para Vacinação (ACRV).

Adulto/Idoso que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC E RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

A vacina tríplice viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos de idade que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos de idade.

Mulher grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço, a dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deverá ser antecipada para cinco anos após a última dose.

CAMPANHAS DE VACINAÇÃO		
Vacinas	Grupos prioritários	Período
Influenza	crianças (6 meses a menores de 6 anos de idade), gestantes	10 de abril a 31 de maio
	Idosos (60 anos ou mais), puérperas (até 45 dias após o parto), trabalhadores de saúde, professores das escolas públicas e privadas, povos indígenas, grupos com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional	22 de abril a 31 de maio Dia "D" de mobilização: 4 de maio



A vacina contra Influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

A vacina contra pneumococo é aplicada, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como, casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial.

Quanto à imunização passiva, proporcionada pela aplicação de soros específicos heterólogos ou homólogos, oferece uma proteção imediata, porém transitória, geralmente em torno de 21 dias.

Um indivíduo com ferimento suspeito recente, não vacinado contra o tétano, ou com vacinação incompleta, deve receber soro antitetânico (SAT), ou imunoglobulina antitetânica (IGHAT), e iniciar, prosseguir ou completar o seu esquema vacinal.

A prevenção do tétano poderá ser iniciada com as vacinas abaixo indicadas:

Vacina	Protege contra	Eficácia	Início da vacinação (idade)	Dose/dosagem via de administração/intervalo entre as doses	Reforços
Tetavalente (DTP + Hib)	Difteria, tétano, coqueluche e doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Difteria: 80% Tétano: 99% Coqueluche: 75% a 80%	2 meses de idade	3 doses/0,5ml/IM/30- 60 dias	Aos 15 meses (1º reforço) e entre 4-6 anos (2º reforço) Ambos devem ser feitos com a vacina DTP
dT	Difteria e tétano (adolescente e adulto)	Difteria: 80% Tétano: 99%	Sete anos de idade e MIF Para pessoas que não tenham recebido o esquema básico completo e os dois reforços	Três doses/0,5ml/IM/60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias	Uma dose a cada 10 anos, exceto em caso de gravidez e ferimento grave Antecipar o reforço se a última dose foi há mais de cinco anos

A vacina deve ser conservada entre +2°C e +8°C. o seu congelamento provoca a desnaturação protética e a desagregação do adjuvante, com perda de potência e aumento dos eventos adversos.



Tétano Acidental

Recomendações para a soroterapia:

O soro antitetânico (SAT) é indicado para a prevenção e o tratamento do tétano. A sua indicação depende do tipo e das condições do ferimento, bem como das informações relativas ao uso do próprio SAT e do número de doses da vacina contra o tétano recebido anteriormente. O SAT é composto a partir do soro de equinos hiperimunizados com toxóide tetânico e apresenta-se sob forma líquida, em ampolas de 5 ml (5000 UI).

A dose e o volume do SAT dependem do motivo que justificou sua indicação. A dose profilática é de 5000 UI (para crianças e adultos) e a dose terapêutica de 20 mil UI.

A administração do SAT é por via intramuscular, podendo ser na região deltoide, na face externa superior do braço, no vasto lateral da coxa ou no quadrante superior do glúteo.

Quando o volume a ser administrado for grande, a dose deve ser dividida entre os membros superiores e a região glútea. Ao administrar o SAT juntamente com a vacina contra o tétano, utilizar regiões musculares diferentes. A pessoa que fez uso do SAT deve ser alertada para procurar o serviço de saúde caso apresente febre, urticária, dores musculares e aumento de gânglios, dentre outros sintomas.

A imunoglobulina humana hiperimmune antitetânica (IGHAT) é indicada para o tratamento de casos de tétano, em substituição ao SAT, nas seguintes situações: hipersensibilidade ao soro heterólogo, história pregressa de alergia ou hipersensibilidade ao uso de outros soros heterólogos.

A IGHAT é constituída por imunoglobulinas da classe IgG que neutralizam a toxina produzida pelo *Clostridium tetani*, obtida do plasma humano. Apresenta-se sob forma líquida ou liofilizada em frasco-ampola de 1 ml ou 2ml contendo 250 UI e sua conservação deverá ser feita entre +2°C e +8°C, não podendo ser congelada.

Sua administração é por via intramuscular, podendo ser aplicada na região deltoide, na face externa superior do braço. Em menores de dois anos, utilizar o vastolateral da coxa. A dose e volume dependem da justificativa utilizada para seu uso (profilático ou terapêutico).



Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e situação vacinal

História de Vacinação prévia contra tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano*			Ferimentos com alto risco de tétano**		
	Vacina	SAT /IGH AT	Outras condutas	Vacina	SAT/IG HAT	Outras condutas
Incerta ou menos de 3 doses	Sim*	Não	Limpeza e desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e debridar o foco de infecção	Sim***	Sim	Desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados Debridar o ferimento e lavar com água oxigenada
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não	-	Não	Não	-
3 ou mais doses, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Não	Não	-	Sim (1 reforço)	Não****	-
3 ou mais doses, sendo a última dose há 10 ou mais anos	Sim	Não	-	Sim (1 reforço)	Não****	-



*Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

**Ferimentos profundos ou superficiais sujos, com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

***Vacinar e aprazar as próximas doses, para complementar o esquema básico. Esta vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

****Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina está também indicada IGHAT ou SAT.



ANEXO C

Orientação Sobre Os Procedimentos Adequados Para Coleta - Bacteriologia

Coordenação De Diagnóstico Das Doenças De Notificação Rápida e Agravos
Inusitados
Deize Gomes C. de Matos – LACEN-PE

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL PARA LEPTOSPIROSE

Material: Sangue (Soro)

Metodologia: Sorologia - Elisa IgM

O LACEN-PE é o laboratório de referência para diagnóstico da leptospirose para todo o estado;

De acordo com o MS, a primeira coleta para diagnóstico por Elisa deve ser realizada a partir do 7º dia após o início dos sintomas;

A amostra biológica é sangue (Soro) coletado em tubo seco, em torno de 5 ml;

Para transporte de longa distância (mais de uma hora), a amostra deve ser acondicionada em refrigeração em caixa térmica com gelo reciclável;

Para transporte de curta distância (menos de 1 hora) pode ser encaminhada à temperatura ambiente;

A amostra deve vir acompanhada, juntamente com a ficha de investigação epidemiológica, devidamente preenchida, o que reduzirá o percentual de falso negativo.

Metodologia: Cultura para Leptospirose

Material: Sangue Total

Meio de cultura/ Transporte adquirido no LACEN pelo Hospital de Referência do Agravado HUOC

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL PARA CÓLERA E ENTEROPATÓGENOS

Material: Swab Retal

Amostra Fecal

Metodologia: Cultura

Introduzir o swab na ampola retal comprimindo-o, em movimentos rotatórios suaves, em toda a extensão da ampola;

Inocular no meio de transporte Cary Blair;

Transportar a amostra acondicionada em meio Cary Blair, de 24 a 72 horas após a coleta, se mantidas em temperatura ambiente ou até 7 dias se mantidas sob refrigeração (entre 4º a 8ºc);

As amostras devem ser coletadas antes da administração de antibiótico ao paciente;
A amostra deve vir acompanhada da ficha de investigação epidemiológica devidamente preenchida.



DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DAS DOENÇAS MENINGOCÓCICAS E OUTRAS MENINGITES

A punção lombar é um procedimento que deve ser realizado por profissional médico e deve ser feita sob condições estritas de assepsia. Recomenda-se que o material seja colhido diretamente no meio de cultura, já que uma demora na sementeira implica em grande queda das taxas de isolamento de bactérias. Tanto *Neisserias* como *Hamophilus* não resistem às temperaturas baixas, daí porque o líquido para cultura não deve ficar em geladeira.

- Fazer anti-sepsia rigorosa da pele;
- Utilizar o kit especial do Lacen (antes de iniciar a punção, retirar o kit da geladeira para no momento do uso o mesmo esteja à temperatura ambiente);
- Realizar a punção lombar e colocar no tubo de ensaio (com o meio de cultura) 5 gotas de líquido, de preferência diretamente da agulha que se encontra introduzida no espaço subaracnóideo;
- Coletar líquido para os demais exames, utilizando os dois frascos no kit;
- Anotar data, horário e identificar o frasco;
- Enviar todo material imediatamente ao laboratório.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA COQUELUXE

Material para coleta

- 1 (um) swab descartável, estéril, ultrafino com hastes flexíveis e alginatados;
- 1 (um) tubo contendo meio semissólido de transporte para coqueluche – Reagan Lowe (ágar carvão) com antibiótico cefalexina;
- Mascáras e luvas descartáveis;
- Etiquetas para identificação dos tubos;
- Identificar o tubo com o nome, indicando se é caso suspeito ou comunicante, e data da coleta.

Condições para coleta:

- Observar as condições do meio de transporte, principalmente sua data de validade (60 dias);
- A coleta do material deve ser realizada preferencialmente no início dos sintomas. Fase catarral;
- A coleta deve ser realizada antes do tratamento ou no máximo com 3 dias de antibioticoterapia;
- Utilizar swabs fino com hastes flexíveis, estéreis e alginatados.



Procedimento da coleta da nasofaringe:

- Retirar os meios de transporte da geladeira e deixá-los atingir a temperatura ambiente;
- Introduzir um “swab” na narina do paciente até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe, realizando movimentos rotatórios. Deve-se manter o swab em contato com a naso faringe por cerca de 10 segundo;
- Inocular o “swab” em um tubo com meio de transporte RL com antibiótico.

Atenção: O swab deve ficar submerso no meio. Após a coleta estria o swab na superfície levemente inclinada do tubo (± 2 cm) e a seguir, introduz na base do meio de transporte para coqueluche com antibiótico.

Obs: o swab deve permanecer dentro do respectivo tubo.

Transporte:

Meio de transporte:

Ágar carvão (Reagan-Lowe) suplemento com 10% de sangue desfibrinado estéril de carneiro ou cavalo. O tubo com antibiótico cefalexina a 40 mg/ml;

Deve ser armazenado em geladeira apresentando validade de 2 meses, a partir da data de fabricação.

Swab: Devem ser armazenados à temperatura ambiente, em local seco.

Na possibilidade do envio imediato, incubar à temperatura de 35 à 37°C por um período máximo de 48 horas. Encaminhar em seguida em temperatura ambiente.

Procedimento para o transporte:

- Encaminhar o material coletado ao laboratório imediatamente após a coleta, em temperatura ambiente, acompanhado da ficha de encaminhamento, ou após incubadas em estufa 35°C à 37°C por no máximo 2 dias;
- Se o período de transporte do material pré-incubado exceder 4 horas, ou se a temperatura ambiente for elevada ($\geq 35^\circ\text{C}$), recomenda-se o transporte sob refrigeração, à temperatura de 4°C;
- Os tubos com meio de transporte devem ser mantidos na geladeira até o momento da coleta;
- Deve-se deixar degelar para ser utilizados;
- Verificar sempre o prazo de validade do meio de transporte antes de utilizá-lo;
- Estabelecer com o laboratório rotina referente ao envio da amostra (horário e local de entrega de material) fluxo de resultados, avaliação da qualidade de amostras enviada.

Coleta da nasofaringe, orofaringe e lesão na pele:

- Introduzir o swab na narina do paciente até a nasofaringe e gira-lo. Com o mesmo swab fazer o mesmo procedimento na outra narina;



- Utilizar outro swab para coletar ao redor da superfície da garganta, passando pelas amígdalas e úvula. Caso verifique-se a presença de placa pseudomembranas, o swab deve ser passado cautelosamente ao redor da mesma, tomando o cuidado de não removê-la. A remoção da pseudomembrana leva ao aumento da absorção de toxina;
- A coleta de suspeitos não deverá ser realizada em domicílio, mas sim no hospital e com acompanhamento médico;
- Uma coleta adequada evita um grande número de bactérias da microbiota normal da orofaringe, o que aumenta consideravelmente a positividade do resultado;
- Utilizar outro swab na lesão passando nos bordos e centro da mesma.

Meio de transporte:

- O meio de transporte utilizado é o PAI OU LOEFFER;
- Deve ser armazenado em geladeira (evitando-se colocá-lo na porta) apresentando validade de 03 meses a partir da data de fabricação. Devem ser acondicionados em sacos plásticos fechados para se evitar a entrada de umidade;
- Os Swabs devem ser armazenados à temperatura ambiente, em local seco.

Procedimento para transporte:

- Passar o swab em toda a extensão (superfície) do meio de PAI, girando-o fazendo o movimento de zig-zag, a partir da base até o ápice;
- Encaminhar o material coletado ao laboratório à temperatura ambiente, imediatamente após a coleta, ou no máximo em 24 horas, quando deverá ser guardado em estufa a 37°C. Prender os três tubos com fita crepe e identificá-los com nome do paciente e/ou comunicante, idade, data e hora da coleta. Encaminhar juntamente com o material a ficha epidemiológica.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DAS HEPATITES VIRAIS

Material: Sangue (Soro)

Metodologia: Elisa IgM

- A amostra biológica é sangue (Soro) coletado em tubo seco, em torno de 5 ml;
- As amostras devem ser mantidas refrigeradas a 4°C, até o envio ao laboratório. Para transporte de curta distância (menos de 1 hora) pode ser encaminhada à temperatura ambiente.



ANEXO D

Lista de medicamentos básicos, segundo Portaria GM nº. 2.132 de 04 de novembro de 2005.

Amoxicilina cáps. 500 mg Antibiótico 1.000
Amoxicilina pó susp. oral 50 mg/ml Antibiótico 150
Ampicilina Anidra comp. 500 mg Antibiótico 500
Benzilpenicilina Procaína + Potássica 300.000+100.000UI Antibiótico 50 Benzoato de Benzila emulsão 0,25%
Escabicida (e tratamento de Pediculose) 50 Dexametasona (acetato) creme 0,1%
Dermatoses 100 Diclofenaco Potássico comp. 50 mg Antiinflamatório 1.000
Eritromicina 2,5% Antibiótico 50 Eritromicina 250 mg Antibiótico 1.000
Mebendazol comp. 100 mg Antiparasitário 300
Mebendazol susp. oral 20 mg/ml Antiparasitário 50
Metronidazol comp. 250 mg Antibacteriano 500
Neomicina + Bacitracina pomada 0,5% + 250 UI g Dermatites 100 Paracetamol comp. 500 mg Antitérmico 500
Paracetamol sol. oral 100 mg/ml Antitérmico e analgésico 100
Sulfametoxazol + Trimetoprima susp 200mg/40mg Antibiótico 100
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg+80mg Antibiótico 1.000
Cloreto de Sódio sol. Injetável 0,9% Reposição Volêmica e 120 frascos 500 ml curativos
Glicose sol. Injetável 5% frasco 500 ml Reposição Volêmica 60
Hipoclorito de Sódio sol. 2,5% frasco 50 ml Desinfetante 250
Ringer Lactato – 500 ml Reposição Volêmica 60
Sais para Reidratação Oral pó para sol. envelope Reidratante 700
Captopril comp. 25 mg Anti-hipertensivo 1.000
Glibenclamida comp. 5 mg Hipoglicemiante oral 500
Hidroclorotiazida comp. 25 mg Diurético 1.000 Metformina comp. 850 mg Hipoglicemiante oral 500 Propanolol (cloridrato) comp. 40 mg Beta bloqueador 1.000 Dipropionato de Beclometasona spray 50 mcg / dose oral Asma



Dipropionato de Beclometasona spray 250 mcg / dose oral Asma 15 Penicilina G. Benzatina 1.200.000 UI Antibiótico e analgésico 200 Prednisona comp. 5 mg Antiinflamatório esteróide – asma 500 Prednisona comp. 20 mg Antiinflamatório esteróide – asma 500 Ranitidina 150mg Anti-Ácido 1.000 Salbutamol spray 200 mcg / dose Asma 50

LISTA DE INSUMOS ESTRATÉGICOS

Atadura de crepom 10 cm

Atadura de crepom 15 cm

Atadura de crepom 30 cm

Esparadrapo 100 mm x 4,5 m

Espaçador com máscara infantil 25 unidades

Espaçador com máscara adulto 25 unidades

Equipo para soro macrogotas 240 unidades

Compressa de Gaze 13 fios 7,5 x 7,5 c/500 unidades

Luva para procedimento (tamanho médio) c/100 unidades 1 caixa

Luva para procedimento (tamanho grande) c/100 unidades 1 caixa

Máscara descartável caixa c/100 unidades 1 caixa

Scalp 19 200 unidades

Scalp 21 200 unidades

Abocath 18 50 unidades

Abocath 20 50 unidades

Seringa descartável com agulha 25 x 7 – 5 ml 700 unidades

Seringa descartável com agulha 25 x 7 – 10 ml 400 unidades

Povidine tópico almotolia frasco c/1000 ml 5 unidades



ANEXO E

SAMU - COMPETÊNCIA DOS MUNICÍPIOS NO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS

1. Municípios satélites responsáveis pela Atenção Básica

a. Unidades não Hospitalares - PSF/UBS se responsabilizarão pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente os vinculados aos serviços de saúde do próprio município, podendo dispor de observação até 8 horas.

b. Unidades não Hospitalares – SPA se responsabilizarão pelo acolhimento dos doentes com quadros agudos de menor complexidade, de acordo com o item anterior, e por contar com estrutura física específica para observação de pacientes até 12 horas.

2. Municípios sede de módulo assistencial

Responsabilizar-se-ão, além do disposto no item “1”, por procedimentos mínimos da média complexidade (M1), e contar com Unidade Hospitalar geral com observação de 24 horas para urgências na área de clínica médica, pediatria e obstetrícia.

3. Município pólo de Micro-Regional

Responsabilizar-se-á por procedimentos de média complexidade, pelos procedimentos incluídos nos itens 1, 2 e 3 e por conter, dentro dos seus limites municipais, hospitais gerais dos tipos II e III, além de serviço pré-hospital móvel e central de regulação de abrangência regional.

4. Municípios pólo de Macro-Regional

Atendimento de média e alta complexidades para cardiopatias e algumas doenças infecto-contagiosas. Atendimento de alta complexidade para ocorrências obstétricas (gestantes de alto risco). Atendimento a agravos infecto-contagiosos. Atendimento de média e alta complexidades para diversas ocorrências ortopédicas, neurológicas, urológicas, dentre outras.



ANEXO F

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES DE ATENDIMENTO

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Serviços de Atendimentos Móvel de Urgências:

- Cinco ambulâncias (01 USA e 04 USB); 01 motolância e 01 carro de intervenção rápida.
- Unidades Hospitalares de Urgência e Emergência:
- Hospital Dom Heder (Gestão Estadual)
- Hospital Mendo Sampaio – 38 leitos (atendimento 24 horas nas especialidades: clínica médica, traumatologia-ortopedia, odontologia e pequenas cirurgias)
- Hospital Infantil Dr. Adailton Corte de Alencar – 28 leitos (atendimento 24 horas em pediatria)
- Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos – 30 leitos (atendimento 24 horas em obstetrícia)

Serviços de Pronto-Atendimento:

- UPA do Cabo (Gestão estadual);
- SPA Gaibú – atendimento 24 horas nas especialidades de clínica médica e pediatria;
- SPA Sacramento – atendimento 12 horas noturno na especialidade de clínica médica;
- Policlínica Jamaci de Medeiros- atendimento 24 horas nas especialidades de clínica médica e pediatria



ANEXO G

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A POPULAÇÃO

O que fazer em caso de enchentes ou inundações?

Inundação

- Ter um lugar previsto, seguro, onde você e sua família possam se alojar no caso de uma inundação;
- Desconecte os aparelhos elétricos da corrente elétrica para evitar curtos circuitos nas tomadas;
- Não construa próximo a córregos que possam inundar;
- Não construa em cima de barrancos que possam deslizar, carregando sua casa;
- Não construa embaixo de barrancos que possam deslizar, soterrando sua casa;
- Feche o registro de entrada d'água;
- Retire todo o lixo e leve para áreas não sujeitas a inundações;
- Feche bem as portas e janelas.

Cuidados após as enchentes ou inundações:

- Enterre animais mortos e limpe os escombros e lama deixados pela inundação;
- Lave e desinfete os objetos que tiveram contato com as águas da enchente;
- Retire todo o lixo da casa e do quintal e o coloque para a limpeza pública;
- Veja se sua casa não corre o risco de desabar;
- Raspe toda a lama e o lixo do chão, das paredes, dos móveis e utensílios;
- Cuidado com aranhas, cobras e ratos, ao movimentar objetos, móveis e utensílios.
- Tenha cuidado com cobras e outros animais venenosos, pois eles procuram refúgio em lugares secos.
- Nunca beba água de enchente ou inundação;
- Não beba água ou coma alimentos que estavam em contato com as águas da inundação.

Cuidados com a água para consumo humano direto.

A água pode ser fervida ou tratada com água sanitária, na proporção de 2 gotas de água sanitária para 1 litro de água ou tratada com hipoclorito de sódio, na proporção de 1 gota de hipoclorito para 1 litro de água. Nos dois casos, deixar em repouso por 30 minutos para desinfetar.



Deve-se garantir a utilização de água potável, filtrada, fervida ou clorada para consumo humano. Se o domicílio for abastecido por sistema público e, no ponto de consumo (torneira, jarra, pote, etc.), não for verificada presença de cloro na quantidade recomendada (maior que 0,5 mg/l) ou se a água utilizada for proveniente de poço, cacimba, fonte, rio, riacho, açude, barreira, etc., deve-se proceder à cloração no local utilizado para armazenamento (reservatório, tanque, tonel, jarra, etc.). Indica-se o uso de hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária, numa das seguintes diluições:

- 1 mil litros 100ml 2 copinhos de café (descartáveis);
- 200 litros 15ml 1 colher de sopa;
- 20 litros 2ml 1 colher de chá;
- 1 litro 0,0045ml 2 gotas.

Obs.: Aguardar 30 minutos para consumir

Limpeza da lama residual das enchentes nas casas, prédios e ruas.

A lama das enchentes tem alto poder infectante e nestas ocasiões fica aderida a móveis, paredes e chão. Recomenda-se retirar essa lama (sempre se protegendo com luvas e botas de borracha) e lavar o local, desinfetando-o a seguir com solução de água sanitária (hipoclorito de sódio a 2,5%) na seguinte proporção:

Para um balde de 20 litros de água: adicionar 1 copo (200 ml) de água sanitária.

Limpeza de reservatórios domésticos de água (caixa d'água).

Nas enchentes, o sistema doméstico de armazenamento de água pode ser contaminado, mesmo quando não diretamente atingido pela água da enchente, pois a rede de distribuição pode apresentar vazamentos que permitem a entrada de água poluída. Para limpar e desinfetar o reservatório (caixa d'água) recomenda-se:

- Esvaziar a caixa d'água completamente e lavá-la esfregando bem as paredes e o fundo, retirando toda a sujeira utilizando pá, balde e panos. Não se esquecer de usar botas e luvas de borracha;
- Depois de concluída a limpeza, colocar 1 litro de água sanitária (hipoclorito de sódio a 2,5%) para cada 1 mil litros de água do reservatório;
- Abrir a entrada (registro ou torneira) para encher a caixa com água limpa;
- Após 30 minutos, abrir as torneiras da casa por alguns segundos, com vistas à entrada da água clorada na tubulação doméstica;
- Aguardar 1 hora e 30 minutos para que ocorra a desinfecção do reservatório e das canalizações;
- Abrir as torneiras, podendo aproveitar a água para limpeza em geral de chão e paredes.



Acidentes com animais peçonhentos

Depois de uma enchente, a limpeza dos locais afetados deve ser feita sempre com botas de cano alto ou botinas com perneiras, bem como luvas de raspa de couro ou mangas de proteção. Os animais peçonhentos podem estar escondidos ao redor ou mesmo no interior das casas, próximos a entulho, lixo e alimentos espalhados pelo ambiente. Devem-se tomar medidas para evitar a aproximação e proliferação de ratos, que são o principal alimento das cobras, e de baratas e outros insetos, os quais servem de alimento para escorpiões e aranhas.

A população colocada em alojamentos (escolas, ginásios e igrejas) deve ser orientada a sacudir roupas e sapatos antes de usá-los, bem como vistoriar e sacudir roupas de cama e colchões antes de deitar-se.

Sempre que for necessário remexer em buracos, vãos de pedras e ocos de troncos deve-se usar um pedaço de pau ou graveto.

Os vãos de portas e muros devem ser tapados e as soleiras devem ser vedadas. Não se deve tentar segurar as cobras com as mãos. Mesmo quando mortas, suas presas continuam representando risco de acidente.

Medidas a serem tomadas em caso de picada de cobra, escorpião ou aranha:

- Manter o acidentado deitado, em repouso, na medida do possível, evitando andar ou correr, para retardar a absorção do veneno.
- O acidentado deve ser levado imediatamente a um serviço de saúde que disponha de soro, para que seja devidamente atendido. O tratamento deve ser sempre administrado por profissional habilitado e, de preferência, em ambiente hospitalar.
- Quando indicado, o soro deve ser aplicado o mais breve possível, na quantidade adequada para a gravidade do acidente e de acordo com os sinais e sintomas típicos de cada tipo de animal agressor.
- Retirar anéis, pulseiras ou qualquer outro objeto que possa prejudicar a circulação do sangue.
- É contraindicado chupar o local da picada. Não é possível retirar o veneno do corpo, o qual é absorvido pela corrente sanguínea.
- Não amarrar o membro picado. O torniquete ou garrote dificulta a circulação do sangue, podendo produzir necrose ou gangrena, além de não impedir que o veneno seja absorvido.
- Não cortar o local da picada. Alguns venenos produzem hemorragia e o corte aumentará a perda de sangue.
- Não colocar folhas, querosene, pó de café, terra, fezes ou outras substâncias no local da picada, pois elas não impedem que o veneno vá para a corrente sanguínea e podem provocar uma infecção.
- Evitar que a vítima beba querosene, álcool ou outras substâncias que, além de não neutralizarem a ação do veneno, podem causar intoxicações graves.



ANEXO H

Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10) INTOXICAÇÃO EXÓGENA T 65.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação			
	32 Ocupação			
Antecedentes Epidemiológicos	33 Situação no Mercado de Trabalho			
	34 Local de ocorrência da exposição			
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência		36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP
	46 (DDD) Telefone	47 Zona de exposição	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS 09/06/2005



Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral 01.Medicamento 02.Agotóxico:uso agrícola 03.Agotóxico/uso doméstico 04.Agotóxico/uso saúde pública 05.Raticida 06.Produto veterinário 07.Produto de uso Domiciliar 08.Cosmético/higiene pessoal 09.Produto químico de uso industrial 10.metal 11.Drogas de abuso 12.Planta tóxica 13.Alimento e bebida 14.Outro 99.Ignorado
	50 Agente tóxico (Informar até três agentes) Nome Comercial/popular Princípio Ativo 1 - _____ 1 - _____ 2 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 3 - _____
	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carrapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro _____ 8. Não se aplica 9. Ignorado
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01- Diluição 05-Colheita 09-Outros 1ªOpção: <input type="checkbox"/> 02-Pulverização 06- Transporte 10-Não se aplica 2ªOpção: <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes 07-Desinsetização 99-Ignorado 3ªOpção: <input type="checkbox"/> 04- Armazenagem 08-Produção/formulação
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____
	54 Via de exposição/contaminação 1- Digestiva 4-Ocular 7-Transplacentária 1ªOpção: <input type="checkbox"/> 2-Cutânea 5-Parenteral 8-Outra 2ªOpção: <input type="checkbox"/> 3-Respiratória 6-Vaginal 9-Ignorada 3ªOpção: <input type="checkbox"/>
Dados do Atendimento	55 Circunstância da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 01-Uso Habitual 02-Acidental 03-Ambiental 04-Uso terapêutico 05-Prescrição médica inadequada 06-Erro de administração 07-Automedicação 08-Abuso 09-Ingestão de alimento ou bebida 10-Tentativa de suicídio 11-Tentativa de aborto 12-Violência/homicídio 13-Outra: _____ 99-Ignorado
	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	57 Tipo de Exposição 1 -Aguda - única 2 -Aguda - repetida 3 - Crônica <input type="checkbox"/> 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado
	58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento _____ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado
	59 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1 -Hospitalar 2 -Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 -Nenhum 9 - Ignorado
	60 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado
Conclusão do Caso	61 Data da internação _____ 62 UF _____
	63 Município de hospitalização _____ 64 Unidade de saúde _____ Código (IBGE) _____ Código _____
	65 Classificação final 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 -Reação Adversa 4 -Outro Diagnóstico 5 -Síndrome de abstinência 9 -Ignorado
66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____	
67 Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico	
68 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5-Perda de seguimento 9-Ignorado	
69 Data do óbito _____ 70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
71 Data do Encerramento _____	
Informações complementares e observações	
Observações: _____ _____ _____	
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS 09/06/2005



ANEXO I

SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS À INTOXICAÇÃO POR PETRÓLEO:

Os efeitos decorrentes da exposição a este produto pode se dá de forma aguda ou crônica em virtude dos compostos tóxicos que podem estar presentes, alertamos principalmente para crianças e gestantes. A inalação (respiração de gases) pode causar em curto e longo prazo: dificuldade de respirar, dor de cabeça, náuseas, confusão mental e pneumonite química. No contato dérmico (pele) os sintomas são irritações na pele, rash cutâneo, queimação e inchaço, podendo causar danos sistêmicos. A ingestão do óleo pode causar dor abdominal, diarreia e vômito.

RECOMENDAÇÕES AOS VOLUNTÁRIOS E DEMAIS TRABALHADORES

- ✓ Sempre procurar orientação dos órgãos municipal (Defesa Civil; Secretaria de Saúde; Secretaria de Meio Ambiente e entre outros)
- ✓ Evitar contato direto com a substância (Petróleo)
- ✓ Luvas longas de PVC
- ✓ Máscaras descartáveis para vapores orgânicos
- ✓ Não tomar banho em águas com a presença de óleo visível

RECOMENDAÇÕES À POPULAÇÃO:

- ✓ Não entrar contato direto com o óleo, areia, água ou qualquer outro tipo de material contaminado (não reutilizar tonners com manchas de óleo)
- ✓ No caso de contaminação da pele com o petróleo: lavar a pele com água e sabão
- ✓ NUNCA usar solventes (querosene, acetona, gasolina, álcool) para a remoção
- ✓ UTILIZAR óleo de cozinha (óleos vegetais)

- ✓ Sinais e sintomas (respiratório e contato com pele) relacionados ao contato com petróleo deve procurar o serviço de saúde



RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- ✓ Ficar em alerta quanto aos sinais e sintomas (dificuldade de respiração, dores de cabeça, náusea, vômito, diarreia, irritação nos olhos e pele, coceira, queimação, edema, dores abdominais) e entre outros relacionadas a intoxicação exógena.
- ✓ Notificar os casos suspeitos ou confirmados de intoxicação exógena relacionados ao contato com petróleo na ficha do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).
- ✓ Em caso de adoecimento entre trabalhadores referir que a exposição pode ser decorrente do trabalho/ocupação (registrar no campo específico da ficha do Sinan).
- ✓ Todo o caso notificado deve ser encaminhado ao e-mail do CIEVS (cievs.pe.saude@gmail.com) em até 24h. Descrever o evento com as características dos sinais e sintomas (intoxicação relacionada ao petróleo).
- ✓ Em caso de dúvida quanto à conduta e manejo clínico entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas - CEATOX (telefone de contato: 0800 722 6001).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Presidência da República. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Abordagens espaciais na saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M.Santos, Christovam Barcellos, organizadores. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1)

Barros, André Paulo de et al. Plano de gestão integrada de resíduos sólidos do Cabo de Santo Agostinho. Secretaria Executiva de Meio Ambiente e Planejamento, 2008.

Bratschi G. Comunicando el desastre. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza; 1995. Ferreira, A.B.H. Novo dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Nova Fronteira. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ. 1988.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. Lei Orgânica do Município do Cabo de Santo Agostinho, de 03 de abril de 1990.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. Lei Municipal 1.758, de 10 janeiro de 1997. Cria as Secretarias de Desenvolvimento Econômico e Turismo; Trabalho, Promoção Social, Criança e Adolescente; Meio Ambiente, Habitação e Saneamento; define a estrutura e organização do Poder Executivo Municipal e dá outras providências.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. Lei Municipal 1.773, de 25 de agosto de 1997. Dispõe sobre as Áreas Político-Administrativas do Município do Cabo de Santo Agostinho, e dá outras providências.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. Lei Municipal 1.796, de 26 de dezembro de 1997. Altera a Lei Municipal 1.210/1978, que criou o Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente – COMDEMA, e dá outras providências.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. Lei Municipal 2.360, de 29 de dezembro de 2006. Institui a Política Urbana e Ambiental e o Plano Diretor de

Desenvolvimento Urbano e Ambiental do Cabo de Santo Agostinho, tendo como horizonte temporal o ano 2015, quando deverá ser revisado.



EIRD ONU. Estratégia Internacional para a Redução de Desastres das Nações Unidas. Marco de Ação de Hyogo 2005-2015: Aumento da resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres. Versão resumida. Genebra, Suíça, 2007. Disponível em: <http://www.defesacivil.pr.gov.br/arquivos/File/Marco/MarcodeHyogoPortugues20052015.Pdf>

IBGE (2014). Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, v. 74, p. 18-54.

Narváez L, Lavell A, Ortega GP. La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. San Isidro: Secretaría General de la Comunidad Andina; 2009.

Quarantelli E.L. Introdução: Principais critérios para avaliar o planejamento de emergência e a gestão de desastres e sua aplicabilidade nas sociedades em desenvolvimento. In: Qualidade de vida & riscos ambientais. Herculano, Selene; Freitas, Carlos M. de; Porto, Marcelo F. de S. (orgs.) Rio de Janeiro: Eduff, 2000.