

AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DESASTRES NATURAIS

Gisele Cristina Manfrini¹ 
Raiza Santos Treich¹
Pamela Camila Fernandes Rumor¹
Adriana Bitencourt Magagnin¹
María Arcaya Moncada² 
Janaina Rocha Furtado¹

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru.

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura nacional e internacional as ações de atenção primária à saúde em desastres naturais.

Método: revisão integrativa de literatura, em que foram incluídas 24 pesquisas originais entre 2006 e 2018 sobre desastres de origem natural.

Resultados: a análise qualitativa dos estudos contemplou ações de atenção primária nas fases de prevenção e mitigação, preparação, resposta, recuperação em desastres.

Conclusão: ações de atenção primária à saúde envolvem equipes multiprofissionais, comunidade e famílias do território de atuação das equipes, articulação em rede de serviços, intersetoriais, em dimensões gerenciais e de educação para operacionalização de planos efetivos às situações de desastres.

DESCRITORES: Desastres. Desastres naturais. Gestão de risco. Gestão em saúde. Atenção primária de saúde.

COMO CITAR: MANFRINI GS, TREICH, RS, RUMOR PCF, MAGAGNIN AB, MONCADA MA, FURTADO JR. AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DESASTRES NATURAIS. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20180256. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0256>.

PRIMARY HEALTH CARE ACTIONS IN NATURAL DISASTERS

ABSTRACT

Objective: to identify in the national and international literature Primary Health Care actions in natural disasters.

Method: an integrative literature review, which included 24 original surveys between 2006 and 2018 on natural disasters.

Results: a qualitative analysis of the studies included primary care actions in the prevention and mitigation, preparation, response, and disaster recovery phases.

Conclusion: Primary Health Care actions involve multidisciplinary teams, the community and families in the territory in which the teams operate, articulation in a network of intersectoral services, in managerial and educational dimensions to implement effective plans for disaster situations.

DESCRIPTORS: Disasters. Natural disasters. Risk management. Health management. Primary health care.

ACCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN DESASTRES NATURALES

RESUMEN

Objetivo: identificar en la literatura nacional e internacional las acciones de la atención primaria de salud en desastres naturales.

Método: revisión integradora de la literatura, que incluyó 24 investigaciones originales entre 2006 y 2018 sobre desastres de origen natural.

Resultados: el análisis cualitativo de los estudios contempló acciones de atención primaria en las fases de prevención y mitigación, preparación, respuesta, recuperación ante desastres.

Conclusión: las acciones de atención primaria de salud involucran a los equipos multiprofesionales, la comunidad y las familias en el territorio donde operan los equipos, articulación en una red de servicios, intersectorial, en dimensiones gerenciales y educativas para la implementación de planes efectivos para situaciones de desastre.

DESCRIPTORES: Desastres. Desastres naturales. Gestión de riesgo. Gestión en salud. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Desastres se caracterizam por um agravo que interfere nas atividades de uma comunidade ou sociedade, podendo provocar prejuízos econômicos, ambientais e/ou materiais. Estes impactos negativos demandam um enfrentamento que transcende aos recursos próprios das pessoas afetadas, dada a situação de vulnerabilidade, ameaça e incapacidade de sintetizar as consequências do evento.¹

Desastres de origem natural são ainda pouco estudados quanto à participação do setor saúde e, no Brasil, esse campo de interesse é incipiente quanto ao conhecimento produzido. Ao longo de 20 anos, aproximadamente 96 milhões de pessoas foram afetadas pelos desastres naturais no Brasil² e, no mundo, em torno de 1,35 milhões de indivíduos.³ Além disso, é importante considerar a probabilidade desta mesma população ter sofrido mais de uma ocasião pelo mesmo tipo de tragédia no decorrer dos anos. Isso potencializa os efeitos relacionados às questões habitacionais e de infraestrutura, atingindo indiretamente a condição de saúde das pessoas.⁴ Esse histórico remete à necessidade de preparo urgente e planejamento estratégico no enfrentamento de inesperadas catástrofes, incluindo a articulação dos serviços de saúde e o envolvimento intersetorial, inclusive o da saúde pública.⁵

Ações para a Redução do Risco de Desastres em nível global estão estabelecidas pelo Marco de Hyogo 2005-2015 e pelo Marco de Sendai 2015-2030, a partir dos quais diversos países têm relatado esforços para diminuir a mortalidade e perdas em catástrofes. A redução do risco de desastres é um investimento para a prevenção de perdas futuras em desastres que são cada vez mais presentes no mundo, e também, contribui para o desenvolvimento sustentável. Destaca a importância da integração do sistema de saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária, com base na capacitação dos profissionais acerca dos riscos de desastre e na implantação de abordagens com foco na atuação. Ressalta, ainda, a necessidade de mobilizar as comunidades para engajar-se conjuntamente nestas ações em todas as etapas do ciclo dos desastres.⁶

Os desastres estabelecem um desafio para os sistemas de saúde quando os efeitos se prolongam em decorrência de escassas medidas de recuperação, incluindo a atuação da atenção primária.⁷ Desta forma, dentre as Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP), sistematizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), são destacados o desenvolvimento de políticas, o planejamento, a realização de ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação para reduzir o impacto dos desastres sobre a saúde da população.⁸

Estudos são necessários no contexto de risco de desastres e das práticas em saúde na atenção primária, considerado a dinâmica de ações de planejamento efetivas para minimizar os danos na saúde da população.⁹ Explorar o papel das equipes pode contribuir no enfrentamento das dificuldades encontradas nas práticas profissionais em eventos como desastres, identificando e replicando ações que foram vantajosas e criando uma cultura de preparação.¹⁰ Diante deste contexto, o presente estudo de revisão teve por objetivo identificar na literatura nacional e internacional as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) em desastres naturais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura de estudos científicos publicados no período de 2006 a 2018. As etapas desta revisão seguiram um protocolo previamente estabelecido, constando de: 1. pergunta de pesquisa, a saber: Quais ações (de prevenção, de preparo, de resposta, de recuperação) caracterizam a atuação da APS nos desastres naturais? 2. Definição dos critérios de inclusão de estudos e definição de estratégia de busca com descritores para seleção da amostra da literatura; 3. Representação dos estudos selecionados em formato de tabela, identificando dados e características em comum; 4. Análise crítica dos estudos incluídos, considerando as semelhanças

e distinções das contribuições dos estudos para responder à pergunta e contemplar as etapas do ciclo dos desastres; 5. Interpretação/discussão dos resultados.

Realizou-se a busca bibliográfica das publicações indexadas nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (Pubmed/Medline), *Web of Science*, Scopus, Cinahl (EBSCO), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (Lilacs), Paho, BVS e Desastres. A seleção dos descritores se procedeu a partir do Ciências da Saúde (DEsCS) e *Medical SubjectHeadings* (MeSH). Há diversos descritores específicos na área de desastres, muitos dos quais não são aplicados a estudos na área da saúde, trazendo à amostra estudos que não interessam a esta revisão, ou que restringem os resultados das buscas quando associados ao planejado. Dessa maneira, a estratégia de busca com resultados mais amplos utilizou como descritores: “alagamento”; “desastre”; “enchente”; “furacão”; “incêndio”; “inundações”; “terremoto”; “atenção básica”; “atenção primária”; “atenção primária à saúde”; “atendimento básico”; “atendimento primário”; “cuidado básico”; “cuidados básicos”; “cuidado de saúde básico”; “cuidados de saúde básicos”; “cuidado de saúde primário”; “cuidados de saúde primários”; “cuidado primário”; “cuidados primários”; “cuidados primários à saúde”; “cuidados primários de saúde”, foram combinados entre si, por meio dos termos booleanos “AND” e “OR”, sem o uso de filtros.

Os critérios de inclusão dos estudos se restringiram às publicações nacionais e internacionais na modalidade de pesquisa original, de métodos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês e espanhol, que enfocassem desastres de origem natural. Excluíram-se a duplicidade dos artigos, revisões, editoriais, anais de congresso, estudos de casos e artigos de reflexão. As etapas de seleção da amostragem da literatura foram organizadas utilizando o gerenciador Endnote Web e colaboração ao trabalho da equipe de revisores. A seleção dos estudos foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Os pesquisadores se dividiram em duas duplas. Uma dupla foi responsável por realizar a busca nas bases de dados, utilizando os descritores e palavras-chave selecionados e em fazer a leitura dos resumos para primeira seleção conforme os critérios. Nesta etapa foram encontrados 2.093 artigos. Após a busca e seleção dos estudos, a partir da leitura dos resumos, fez-se o compartilhamento com a outra dupla que participou da etapa de seleção dos estudos para leitura na íntegra e demais etapas da revisão simultaneamente. Esta revisão foi um estudo de iniciação científica (IC) com bolsa CNPq que teve vigência no ano de 2017. Após o término do período do projeto de IC esta revisão passou por uma atualização das buscas nas bases, tendo em vista o período de 2017 e 2018, cuja síntese das etapas é apresentada na Figura 1. Na etapa de atualização das buscas para os anos de 2017 e 2018 foram encontrados ao total 1.073 artigos, conforme complementado no fluxo da figura 1.

A leitura científica dos textos na íntegra foi adotada para realizar a análise dos dados. Elaborou-se um instrumento para a coleta e análise dos dados dos estudos incluídos, no qual se registraram as seguintes informações: título do estudo, periódico, ano de publicação, procedência dos autores (país/universidade), objetivo(s) da pesquisa, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, local do estudo, tipo de desastre, principais resultados sobre as ações de atenção primária à saúde e demais contribuições relevantes para a saúde e/ou enfermagem. Posteriormente, os dados foram analisados seguindo as etapas de redução, visualização e comparação dos dados; esboço da conclusão; e, verificação.¹¹

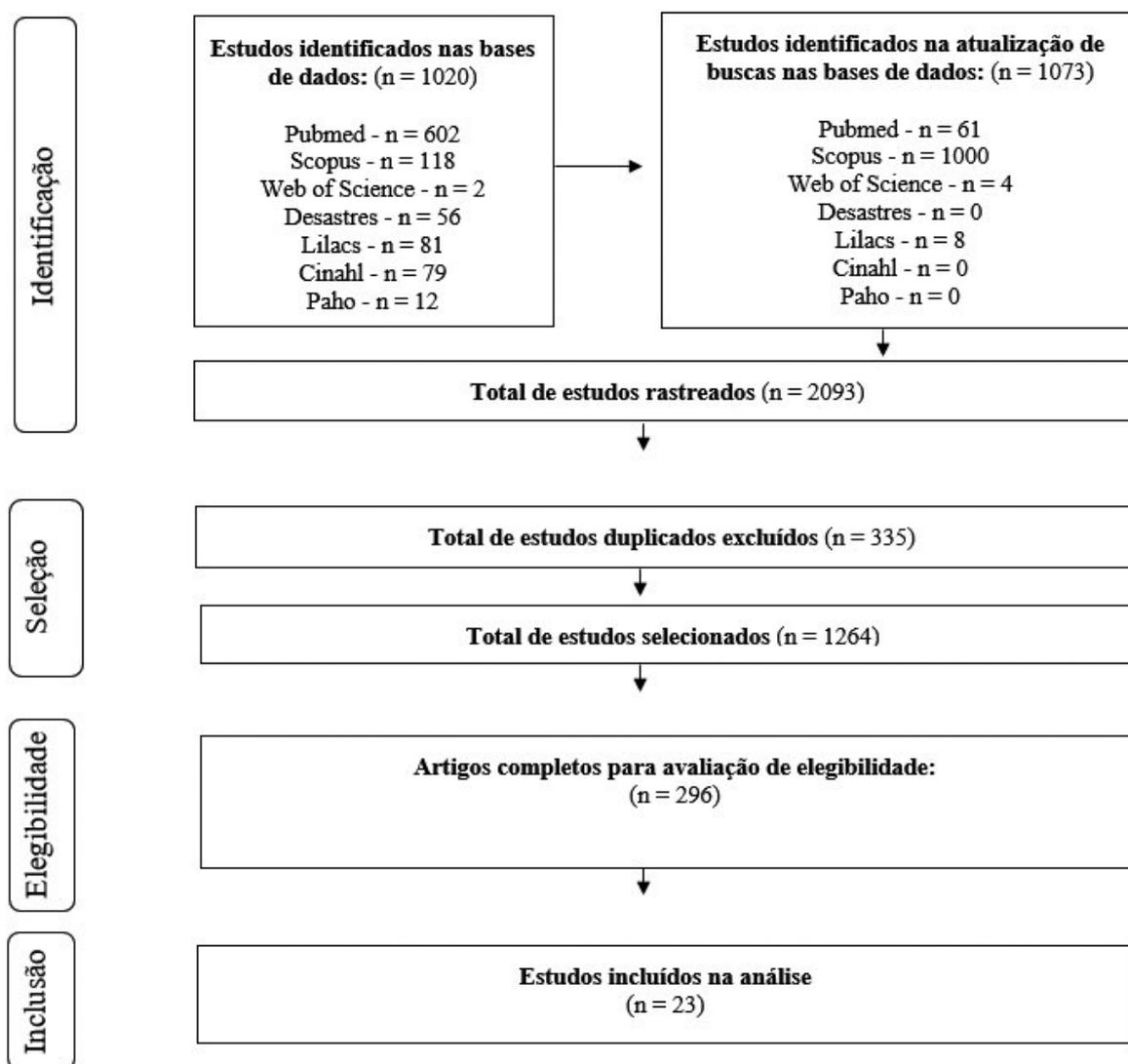


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos a partir da metodologia PRISMA. Florianópolis, SC, 2018.

RESULTADOS

Descrição das características dos estudos

O Quadro 1 apresenta os 23 estudos selecionados quanto à autoria, aos periódicos e ano de publicação.

Quanto ao ano de publicação, 21,72% foram editados entre 2006 e 2009; 26,07%, entre os anos de 2011 e 2014; 30,42, de 2015 a 2018. As nacionalidades dos artigos são diversificadas, predominando estudos dos Estados Unidos da América (EUA) (26,08%), subsequentes, Austrália (13,04%), Chile (8,64%), Canadá (4,34%), Irã (4,34%), Reino Unido (4,34%), Japão (4,34%), Paquistão (4,34%), Brasil (4,34%), Indonésia (4,34%), Índia (4,34%), Vietnã (4,34%), Bangladesh (4,34%), Sri Lanka (4,34%), Nepal (4,34%). Identificaram-se os seguintes tipos de desastres de origem natural: inundações e terremotos (20,83%); furacão, ciclone, terremoto e tsunami (4,16). Em 41,66% dos estudos não há especificação do tipo de evento, correspondendo às publicações que tratam sobre intervenções de APS e suas avaliações em contextos de desastre. Os métodos utilizados nas pesquisas analisadas foram 47,82% do tipo qualitativas e 52,17% do tipo quantitativas.

Quadro 1 – Estudos selecionados pela pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

Autores	Título	Periódico	Ano
Looman WS. ³²	<i>A developmental approach to understanding drawings and narratives from children displaced by hurricane Katrina.</i>	J Ped Health Care	2006
Blashki G, McMichael T, Karoly DJ ³⁰	<i>Climate change and primary health care.</i>	Aust Family Physician	2007
Lalonde C. ²¹	<i>Primary healthcare organizations facing a disaster: the Quebec experience.</i>	Disaster Prev Manag An Int J	2007
Ablah E, Tinius AM, Horn L, et al. ²²	<i>Community health centers and emergency preparedness: an assessment of competencies and training needs.</i>	J Commy Health	2008
Olympia RP, Rivera R, Heverley S, et al. ¹⁸	<i>Natural disasters and mass-casualty events affecting children and families: a description of emergency preparedness and the role of the primary care physician.</i>	Clin Ped (Phila).	2008
Walker R. ¹⁴	<i>Climate change and primary health care intervention framework.</i>	Aust J Prim Health	2009
Fuady A, Pakasi TA, Mansyur M. ²⁴	<i>Primary health centre disaster preparedness after the earthquake in Padang Pariaman, West Sumatra, Indonesia.</i>	BMC Res Notes	2011
Gulzar SA, Faheem ZA, Somani RK. ³⁵	<i>Role of community health nurse in earthquake affected areas.</i>	J Pak Med Assoc	2012
Bassilios B, Reifels L, Pirkis J. ³¹	<i>Enhanced primary mental health services in response to disaster.</i>	Psychiatr Serv	2012
Phalkey R, Dah SR, Mukhopadhyay A, et al. ²⁵	<i>Prepared to react? Assessing the functional capacity of the primary health care system in rural Orissa, India to respond to the devastating flood of September 2008.</i>	Glob Health Action	2012
Ardalan A, Mowafi H, Malekafzali AH, et al. ¹⁶	<i>Effectiveness of a primary health care program on urban and rural community disaster preparedness, islamic republic of Iran: a community intervention trial.</i>	Disaster Med Public Health Prep	2013
Ishiura Y, Fujimura M, Yamamoto H, et al. ²⁷	<i>Asthma exacerbations after the East Japan Disaster</i>	J Med Invest	2013
Adams RE, Laraque D, Chemtob CM, et al. ²⁹	<i>Does a one-day educational training session influence primary care pediatricians' mental health practice procedures in response to a community disaster? Results from there a ching children initiative (RCI).</i>	Int J Emerg Ment Health.	2013
Van Minh H, Anh TT, Rocklov J, et al. ²⁸	<i>Primary healthcare system capacities for responding to storm and flood-related health problems: a case study from a rural district in central Vietnam.</i>	Glob Health Action	2014
Vitriol V, Minoletti A, Alvarado R, et al. ¹²	<i>Respuesta de los centros de atención primaria ensalud mental después del terremoto y tsunami del 2010 em la Región del Maule.</i>	Rev Med Chile	2014
Uddin J, Mazur RE. ¹⁷	<i>Socioeconomic factors differentiating health-care utilization of cyclone survivors in rural Bangladesh: a case study of cyclone Sidr.</i>	Health Policy Plan	2015
Claver ML, Wyte-Lake T, Dobalian A. ²⁰	<i>Disaster preparedness in home-based Primary Care: Policy and Training.</i>	Prehosp Disaster Med	2015

Quadro 1 – Cont.

Autores	Título	Periódico	Ano
Wyte-Lake T, Claver ML, Dobalian A. ¹³	<i>Assessing patients' disaster preparedness in home-based primary care.</i>	Gerontology	2016
Milojevic A, Armstrong B, Wilkinson P. ³⁶	<i>Mental health impacts of flooding: a controlled interrupted time series analysis of prescribing data in England.</i>	J Epidemiol Community Health	2017
Farley JM, Suraweera I, Perera WLSP, et al. ¹⁹	<i>Evaluation of flood preparedness in government healthcare facilities in eastern province, Sri Lanka.</i>	Glob Health Action	2017
Raven J, Baral S, Wurie H, et al. ³³	<i>What adaptation to research is needed following crises: a comparative, qualitative study of the health workforce in Sierra Leone and Nepal.</i>	Health Res Policy Syst	2018
Menegat RP, Witt RR. ³⁴	<i>Primary health care nurses' competencies in rural disasters caused by floods.</i>	Rural Remote Health	2018
Minoletti A, Alvarado R, Vitriol V, et al. ¹⁵	<i>Efecto de acciones de equipos de atención primaria de salud para proteger la salud mental después de desastres naturales.</i>	Cad Saúde Coletiva	2018

Ações de Atenção Primária à Saúde nas etapas do ciclo de desastres

A análise dos estudos revelou ações nas seguintes fases de gestão de riscos de desastres, as quais são apresentadas como categorias dos resultados desta revisão: prevenção e mitigação; preparação; resposta; e recuperação.

Ações de prevenção e de mitigação são medidas para reduzir a ocorrência e a intensidade dos desastres, por meio da identificação, mapeamento e monitoramento dos fatores de risco, ameaças, vulnerabilidades locais e da capacitação da sociedade para enfrentá-los.¹² A prevenção expressa a intenção de evitar e eliminar os impactos adversos dos desastres, através de intervenções planejadas antecipadamente como a realização de obras de contenção área em riscos de deslizamento, regulamentação do uso e ocupação do solo, entre outros.¹² A mitigação consiste em intervenções que visam limitar os impactos dos desastres, minimizando os riscos ainda que não possam ser eliminados. Inclui campanhas educativas, capacitações de profissionais, setores e comunidade para o reconhecimento dos riscos e para a prevenção, simulados de evacuação, entre outros.¹²

O planejamento de emergência é também ação de prevenção e deve se tornar parte da rotina diária dos profissionais de saúde pública, o que implica em um trabalho colaborativo, baseando-se em relações já existentes na comunidade.¹³

A literatura apontou como inovação na mitigação a compreensão das mudanças estruturais e individuais que determinam intervenções necessárias para minimizar as alterações climáticas em determinado local e evitar alguns dos impactos mais destrutivos. Ações integradas de promoção da saúde devem considerar a resiliência da comunidade para melhorar aspectos estruturais, por meio de estratégias educativas e dinâmicas de sensibilização, relacionamentos e respostas aos desafios nas comunidades.¹³⁻¹⁴ Para a mitigação, considerar os Determinantes Sociais de Saúde e a atuação intersetorial pode maximizar o potencial preventivo da APS, em situações de desastres¹⁵, conhecer aspectos socioeconômicos das famílias da comunidade influencia na escolha das estratégias de assistência nesta etapa das catástrofes.

Medidas de conscientização e de mobilização das famílias de comunidades para as situações de desastres aumentam significativamente o potencial de intervenção comunitária e a percepção de risco.¹⁶ O princípio da comunicação sobre o risco à saúde sugere que os gestores de saúde integrem ações de educação à saúde com as condições de escolaridade das pessoas que vivem em áreas

propensas a desastres naturais. A gerência deste cuidado diminui a possibilidade de resultados inapropriados das ações profissionais à cultura da comunidade e desenvolvam comportamentos protetores entre a população.¹⁷

Um interessante achado desta revisão diz respeito às ações de prevenção voltadas para a saúde mental em contextos de desastres. Neste sentido, maiores esforços devem ser dados às pessoas em tratamento de doenças mentais, previamente a desastres, e àquelas que apresentam crises emocionais após estes eventos. A vulnerabilidade psicológica para traumas e estresses tendo em vista a permanência em abrigos e o distanciamento de suas redes de apoio por longo período, depois destes eventos, implicam em ação intersectorial que inclui a APS.¹⁵

Ações de APS para preparação a desastres são identificadas para a dimensão multiprofissional da APS, como a responsabilidade das equipes de saúde na preparação das famílias mais vulneráveis para lidar com potenciais desastres^{14,18}; promover educação continuada aos profissionais da APS com o propósito de diminuir deficiências na prontidão aos eventos¹⁸⁻¹⁹; reconhecer as singularidades do território, baseando-se nos dados sociodemográficos para identificar e priorizar as necessidades e fornecer orientação às famílias da comunidade.^{13,14,18}

As recomendações específicas acerca dos riscos pelos quais a comunidade está exposta devem ser levantadas no território e com base no perfil populacional, uma vez que o diagnóstico de vulnerabilidade pode ajudar os gestores e profissionais para maior eficácia das intervenções organizacionais durante uma catástrofe. Além disso, é importante conhecer a dinâmica dos atores locais, principalmente aqueles que têm responsabilidades representativas cívicas e sociais, a fim de estabelecer uma relação à gestão de desastres.^{15,20}

A literatura enfatiza a prioridade das ações de preparação comunitária e das famílias aos desastres.^{16,19} O contato por diferentes vias de comunicação das equipes de APS com as famílias e a rápida mobilização para medidas de proteção são ações fundamentais nas primeiras 24 horas do alerta ao evento.²¹ Autores enfatizam que estratégias proativas de divulgação prévia ao evento podem ser úteis na identificação das necessidades de saúde e facilitar o acesso aos serviços pela população em um desastre.²²⁻²³

Nos EUA, recomenda-se que as famílias saibam dos riscos específicos que ameaçam sua comunidade (tornados, inundações, desmoronamento, terremotos etc.), conheçam e disseminem os planos de resposta da comunidade, reconheçam os sistemas de alerta e estabeleçam o seu próprio plano familiar que inclui treinamento de seus membros. Dentre as orientações fornecidas pelos profissionais da APS, estão o reconhecimento do mapa de risco da comunidade, da sua casa e a elaboração do seu plano de contingência.¹⁸ Assim, as famílias são encorajadas a realizar tarefas de planejamento com a contribuição de todos os membros da família e colocá-lo em um lugar visível no domicílio.^{16,24} Outras recomendações trabalhadas pelos profissionais da APS com as famílias incluem a discussão de melhores rotas de fuga a busca por lugares “seguros” para cada tipo de desastre, a comunicação entre os membros da família durante os eventos e a definição de referências de contato fora da cidade quando em situação de separação da família durante as catástrofes. Os membros adultos da família devem ser certificados em uma das classes de ressuscitação cardiopulmonar (CPR) da Cruz Vermelha Americana.¹⁸ Além disso, cada família é orientada a montar um *kit* de mantimentos essenciais (água e comida não perecíveis, roupas e cobertores apropriados para o clima, artigos de higiene, ferramentas e acessórios de cozinha), um *kit* de primeiros socorros (lenços de mão germicidas, ataduras, luvas de látex, fita adesiva, soro fisiológico, compressas, tesouras, pinças), incluindo um cartão de informações pessoais de emergência contendo dados, tais como grupo sanguíneo, doenças importantes e considerações médicas, e equipar suas casas com extintores de incêndio, alarmes de fumaça, rádio portátil à bateria e lanternas.^{16,18}

Organizar planos de preparação para comunidades e famílias, planos de treinamento, planos de consulta local e plano de atuação multiprofissional refletem em melhor desempenho de resposta aos desastres. Entretanto, ter planos de desastre por escrito não equivale, por si só, a uma adequada preparação. Precisa de articulação de trabalho em rede com outras equipes e serviços e treinamentos regulares da equipe multiprofissional, a cada seis meses.²⁵

Destaca-se nos estudos^{21,25-27} a necessidade de investir na formação continuada das equipes multiprofissionais em APS, qualificando para atuação em situações de emergência¹⁹, estimulando as boas relações interpessoais, o sincronismo nas ações de cuidado em saúde com funções por nível de domínio, além da definição de responsabilidades e de posições que contribuam para que as habilidades e expertises técnicas se apliquem adequadamente, refletidas na conjectura dos planos. Um estudo com serviços de saúde que foram atingidos por inundações no Sri Lanka referem falta de educação profissional promovida pelo governo, para atuação nas situações de desastres. Os profissionais de saúde participantes do estudo relataram buscar conhecimentos e preparo na internet ou em cursos particulares, o que para equipes em áreas rurais há maior desvantagem devido ao isolamento geográfico e dificuldade no acesso às informações.¹⁹

Além do investimento na formação profissional como ação de preparação para desastres, apontam que a atenção sobre a saúde mental dos trabalhadores minimiza os prejuízos e consequências ao rendimento no trabalho em vários momentos e após desastres.¹²

Há recomendações de políticas e diretrizes para desenvolver mais plenamente a APS como um recurso de preparação a desastres. É requerida a capacidade para responder de modo eficaz e operacional aos planos para eventos característicos do território²⁸, ampliando com o tempo o preparo para outros tipos de desastres que não os de origem natural.²⁹ Quando na ausência de políticas para preparo de desastres na APS, profissionais mencionaram que a aprendizagem com equipes veteranas que participam de preparações para estes eventos motiva as equipes a implementar ações que envolvem conjuntamente a comunidade, nos exercícios de evacuação de áreas e de pessoas com maior risco ou vulnerabilidade, por exemplo.²⁰ Ações de capacitação voltadas à APS com uso de ferramentas ensino à distância têm maior abrangência de profissionais, economia, criatividade, melhor uso do tempo, resultando em resposta positiva das equipes ao treinamento interativo e online.^{23,24}

Ações de APS na resposta a emergências e desastres envolvem o atendimento aos sobreviventes que tiveram algum tipo de doença, cuja demanda pode superar a capacidade do sistema de saúde formal de saúde.¹⁷ A capacidade dos serviços de atenção primária em responder às demandas de cuidados preventivos (imunizações, prevenção de agravos) e de tratamentos para problemas de saúde decorrentes de tempestades e enchentes (como procedimentos cirúrgicos, atendimentos emergenciais), em especial no contexto rural, fortalecem-se se há planos de preparação de instalações com procedimentos e a identificação de descrições de funções, disponibilidade de fundos de contingência, protocolos de tratamento de emergências acessíveis e sistema informatizado para processamento de informações e dados relevantes à prestação dos serviços de saúde.²⁸

A melhoria da vigilância e de indicadores de risco também se caracteriza como resposta em um cenário de desastre. Destaca-se a importância da orientação acerca de segurança alimentar, programas de vacinação, tratamento para lesões, atenção aos transtornos de estresse pós-traumático, transtornos depressivos ou transtornos de ansiedade.³⁰ O acréscimo de ocorrências e de complicações com relação a vetores aumenta a incidência de óbitos por doenças infecciosas e crônicas.^{30,31}

A experiência de equipes que viajaram ao oeste da Louisiana, EUA para fornecer cuidados primários e oferta de serviços de saúde pública para população alojada em abrigos após o furacão Katrina, destacou dificuldades no momento da resposta com relação às abordagens em diferentes faixas etárias. Embora os atingidos pelo furacão estivessem fisicamente ilesos, as crianças expressaram um enfrentamento para compreender a vida após desastre, o que denota a especial atenção das

equipes de APS ao acolhimento das histórias e na resposta às demandas emocionais de forma a minimizar impactos que interfiram na saúde mental dessas pessoas.³² O cuidado em resposta aos impactos psicossociais implica abordagem diferenciada nesta fase do desastre e o desenho parece ajudar na interpretação sobre o que as crianças comunicam e expressam sobre suas experiências traumáticas em associação aos seus pensamentos e percepções da realidade.²⁹

Em estudo realizado em meio a um grande terremoto no Nepal em 2015, os profissionais de saúde relataram diversas estratégias de enfrentamento que os auxiliaram a lidar com o trabalho de resposta ao evento: a virtude ética, o dever profissional e o senso de responsabilidade com a comunidade na prestação de cuidados imediatos aos feridos; o apoio comunitário e da gestão no transporte dos pacientes, medicamentos e suprimentos às instalações de saúde; o alinhamento dos papéis e liderança das gestões central e distritais no monitoramento e resposta às necessidades dos profissionais de saúde, como apoio psicossocial; suporte às famílias onde os trabalhadores ou voluntários de saúde morreram ou foram feridos, bem como, a valorização e o reconhecimento público pelos esforços da equipe de saúde.³³

No Brasil, um estudo abordou as competências profissionais de enfermeiros atuantes na APS, que traduzem ações em resposta em desastres. Tais competências estão relacionadas à capacidade de liderança e gestão, como: a articulação e integração de serviços e organizações de saúde e intersetoriais; atualização contínua do planejamento durante a resposta e a recuperação de desastres; provisão de suprimentos e recursos humanos; trabalho em equipe no gerenciamento do processo de trabalho dos trabalhadores e voluntários; atenção à saúde para a realização de cuidados diretos e indiretos às vítimas; orientação para a comunidade pelo mapeamento e avaliação das áreas de risco e para construção de redes de parceria com a população e instituições da região; comunicação, pois exige o uso de ferramentas para o relacionamento interpessoal e divulgação das informações; suporte psicológico, na identificação e apoio às necessidades psicológicas de todos os envolvidos; vigilância em saúde, para determinar os principais riscos de doenças, colaborar no desenvolvimento de planos para reduzir e identificar os riscos; e educação, para implementação de treinamento programas para enfermeiros e outros profissionais de saúde.³⁴

Ações de APS na recuperação em desastres de origem natural foram menos encontradas na literatura analisada. Desastres podem causar impactos duradouros à saúde da população e abalar as condições de assistência dos serviços de saúde pública. Desse modo, para a manutenção da assistência de APS pós-desastre é necessário que gestores de saúde garantam financiamentos para a prestação de serviços que assegurem tratamento de qualidade, gratuito e/ou de baixo custo às pessoas afetadas, atenção às famílias afetadas, com sintomas psicológicos persistentes ou outros danos decorrentes do desastre.³¹

Em outro estudo após um terremoto no Paquistão, identificou-se que a experiência de trabalho de equipe de atenção primária e de profissionais de enfermagem enfocou na prestação de cuidados à comunidade, garantindo a recuperação das áreas afetadas e a promoção da saúde comunitária no terremoto. Dentre as ações imediatas do projeto de participação das equipes, incluem-se medidas de segurança dos profissionais e das famílias, imunização e controle de infecções, registros de informação, visitas domiciliares, reorganização de atendimentos básicos e prioritários como os acompanhamentos de pré-natal e perinatais.³⁵

Destaca-se a necessidade de ações de saúde em consequência ao impacto na saúde mental pós-desastre. Em um estudo realizado na Inglaterra, os resultados demonstraram que houve um aumento na prescrição de medicamentos antidepressivos em serviços de atenção primária nas regiões próximas à ocorrência de inundações, com alta prevalência de transtornos e sobrecargas mentais, sugerindo implicações importantes para as práticas de saúde pública.³⁶

DISCUSSÃO

Os estudos analisados abrangem ações para a APS nas diferentes fases do ciclo dos desastres, evidenciando o potencial desta área para a atuação na redução e gestão de riscos e desastres. A atuação da atenção primária à saúde na prevenção e mitigação está voltada para o desenvolvimento de planos que tomam por base o reconhecimento dos territórios, construção dos mapas de riscos, diagnósticos de vulnerabilidade da população, e treinamentos ao nível de equipes profissionais e comunitárias.²⁵ Com formação e planejamento insuficiente das equipes, o impacto sobre as ações a longo prazo após uma catástrofe aumenta.¹² A literatura estudada destaca que experiências anteriores com desastres se correlacionaram significativamente com as mudanças relativas à conscientização, o que influencia positivamente na resiliência da comunidade. Em comparações entre famílias urbanas e rurais sobre as áreas de intervenção educativa das equipes de APS, destaca-se que ambas as famílias apresentaram melhora na conscientização. Entretanto, as famílias rurais foram mais propícias a desenvolverem atividades de prontidão ou alerta e a citar os treinamentos para resposta. Tendo em vista os resultados dos estudos sobre preparação, as intervenções familiares podem incluir temáticas relativamente novas aos contextos de cuidado primário de saúde, como as mudanças climáticas.¹⁶

A educação é uma estratégia chave para a atuação em desastres e está diretamente relacionada à resiliência para lidar com estes eventos. Torna-se investimento futuro à formação profissional a inclusão da temática de gestão de riscos e desastres nos currículos, formando profissionais preparados e resilientes para ser suporte no aprendizado e desenvolvimento de habilidades de preparo das comunidades.³⁷

Em desastres que devastaram significativamente comunidades houve enorme pressão sobre os sistemas existentes de serviços de saúde e de apoio.³⁸ Isso deve ser previsto pelas equipes e considerado nos treinamentos e planos de contingência, inclusive abarcando aos componentes estruturais dos serviços de saúde os cuidados de saúde mental, pois minimizam as consequências no momento de resposta para os profissionais e famílias afetadas.^{12,15} Estudos em diferentes países apresentam resultados significativos relacionados à prevalência de transtornos à saúde mental em sobreviventes após desastres de origem natural.^{39,40} Este é um importante indicador para ações de APS voltadas à promoção da saúde, prevenção, recuperação em comunidades afetadas ou sob riscos de desastres.⁴¹

As ações de resposta na APS são transversais à existência da organização de ações de preparo a desastres, bem como, refletem as condições de saúde e as demandas de cuidados imediatas e de médio a longo prazo na fase de recuperação. Há recomendações de políticas e diretrizes para desenvolver mais plenamente a APS como um recurso de preparação a desastres, capaz de responder de modo eficaz e operacional os planos para eventos característicos do território, e com o tempo, também ampliem preparos para outros tipos de desastres que não de origem natural.^{30,42} A resposta à crise geralmente é voltada para os sobreviventes de um desastre, porém, a longo prazo, a aflição e o estresse vividos pelos não diretamente afetados igualmente precisam de atenção. Divulgar os serviços ofertados pelas equipes de atenção primária, garantir o acesso e dar atenção às complexidades dos impactos do desastre são ações proativas para o atendimento da crise.⁴³

A fase de recuperação das catástrofes, por sua vez, deve ser vista como uma oportunidade para ampliar e melhorar os serviços e instalações, tomando a análise sobre os impactos como indicadores para o planejamento de mudanças comportamentais e de infraestrutura.¹⁷ Por conta disso, a manutenção do acesso aos serviços de atenção primária pós-desastres, ao mesmo tempo, em que dinamiza a demanda e a oferta de cuidados devido à evacuação de áreas e deslocamento de famílias do território sob risco ou atingido, torna-se medida fundamental para o gerenciamento da saúde da comunidade e resposta às demandas consequentes.⁴⁴

No Brasil, os planos de contingência municipais e geral definem os espaços de abrigo, para os quais as famílias são realocadas provisoriamente, como exemplo, em escolas, ginásios desportivos e centros de exposição, que comumente fornecem espaço com capacidade de comportar muitas pessoas.⁴⁵ O conhecimento destes mapeamentos e planos é essencial para APS, uma vez que as famílias desabrigadas sofrem com a perda do seu território privado, muitas vezes por longo período no pós-desastre.⁴⁶ São significativas as estatísticas de problemas de saúde mental em pessoas desalojadas após desastres, independente do *status* socioeconômico.⁴⁷ Nestes termos, o apoio psicológico na urgência do desastre deve se estender às fases subsequentes, considerando a importância de compreender o sofrimento social implícito nesse processo de desterritorialização das vítimas, que consiste para as famílias elemento de reconstrução da sua realidade com profundas implicações para a sua saúde e da perspectiva de vida comunitária.

Experiências que orientaram o trabalho de equipes de saúde com base na estratégia de atenção primária à saúde, concebida como um modelo de atenção e vigilância de base comunitária, oportunizou a organização específica em cada área de abrigo e assentamento temporário após a catástrofe, no caso, pós-terremoto na Colômbia. Foram observadas condições inadequadas dos assentamentos, propícios à transmissão de doenças, necessitando de ações para a participação social dos grupos comunitários para a execução de intervenções adequadas à realidade daquela população e úteis ao momento do desastre.⁴⁸

CONCLUSÃO

O resultado deste estudo de revisão destaca a importância do planejamento para desastres e a educação para prevenir, preparar, responder, mitigar e recuperar dos impactos, uma vez que a APS envolve ações em todas estas etapas para reduzir riscos de desastres. O trabalho multiprofissional e o intersetorial são evidenciados, assim como a articulação de gestores em diferentes níveis de atuação colabora para a atuação em rede de maneira a atender às demandas consequentes.

Embora os países disponham de um marco regulatório e de um esquema adequado de gestão de desastres, a capacidade decisória do órgão responsável implica um trabalho articulado com todos os setores envolvidos, como habitação, meio ambiente, educação, sistema de saúde e município. Para as autoridades e equipes de trabalho, combinam-se os esforços para mitigar os danos e controlar o risco, executar as ações da APS dentro do prazo em todas as etapas do ciclo do desastre, concentrando-se na prevenção como parte do planejamento que necessita ser sustentável.

Menção especial é feita à participação do enfermeiro competente em emergências e desastres, formando equipes de trabalho, demonstrando seu conhecimento e experiência no cuidado à pessoa, família e comunidade, liderando equipes de trabalho, promovendo o voluntariado, promovendo ações comunitárias e demonstrando comportamento altruísta e solidariedade. O impacto psicossocial dos desastres foi um indicador para incentivar ações que atendam à promoção da saúde mental e assistência adequada a sobreviventes e trabalhadores nestes contextos.

Considera-se a restrição de estudos de pesquisa acerca de desastres do tipo natural uma limitação que impossibilita generalizações acerca de ações da APS em desastres de outras tipologias. Entretanto, acredita-se que os achados desta revisão corroboram com as metas traçadas para redução de riscos e desastres pelo Marco de Sendai 2015-2030, oferecendo contribuições já existentes em pesquisas desenvolvidas no mundo.

A presente revisão da literatura contribui para a aproximação do tema dos desastres naturais ao contexto da APS, com vistas ao planejamento de ações para equipes multiprofissionais e que integram a gestão de riscos e desastres, especialmente em nível comunitário. Recomenda-se que as ações identificadas possam ser levadas às pautas de discussão, em fóruns do setor saúde, nos centros de formação profissional e outros, considerando a necessidade de articular a APS em territórios

vulneráveis a desastres. São também essenciais aprofundamentos sobre o conhecimento, já produzido nesta temática, e de outros estudos que contribuam para a melhoria da saúde das populações desde a prevenção à recuperação do conjunto de circunstâncias que envolvem os desastres.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR). Terminology on Disaster Risk Reduction. Geneva (CH):UNISDR; 2009.
2. Ministério da Integração (BR). Proteção e Defesa Civil. Situação de emergência ou estado de calamidade pública. Reconhecimentos realizados em 2016 [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 18]. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/web/guest/reconhecimentos-realizados>
3. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR). Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Poverty & death: disaster mortality 1996-2015. Geneva (CH):UNISDR; Brussels (BE):CRED; 2016.
4. Freitas CM, Silva DRX, Sena ARM, Silva EL, Sales LBF, Carvalho ML et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 19];19(9):3645-56. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>
5. Castro CF, Simões DCM, Delamarque EV, Pepe VLE. Eventos de massa, desastres e Saúde Pública. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 Set [acesso 2017 Set 19]; 19(9):3717-30. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014199.02282014>
6. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño, bases para la acción. Washington, DC (US):OPAS; 2002. (Publicación Científica y Técnica n. 589).
7. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde (BR). Desastres naturais e saúde no Brasil. Brasília (BR):OPAS; Ministério da Saúde; 2015. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2).
8. United Nations. United nations office for disaster risk reduction (UNISDR). Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030. Geneva (CH):UNISDR; 2015.
9. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Evaluation of health planning activities by family health teams. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 19]; 28(3):537-48. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300014>
10. Al-Ali NM, Ibaid AHA. Health-care providers' perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan. East Mediterr Health J [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 19]; 21(10):713-21. Disponível em: <https://doi.org/10.26719/2015.21.10.713>
11. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs [Internet]. 2005 [acesso 2017 Set 19];52(5):543-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
12. Vitriol V, Minoletti A, Alvarado R, Sierralta P, Cancino A. Respuesta de los centros de atención primaria en salud mental después del terremoto y tsunami del 2010 en la Región del Maule. Rev Med Chil [Internet]. 2014 Set [acesso 2017 Set 19];142(9):1120-7. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000900005>
13. Tamar WI, Claver M, Dobalian A. Assessing patients' disaster preparedness in home-based primary care. Gerontology [Internet]. 2016 [acesso 2018 Mai 15];62(3):263-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000439168>

14. Walker R, South East healthy communities partnership (SEHCP). Climate change and primary health care intervention framework. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Set 19];15(4):276. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/py/Fulltext/PY09041>
15. Minoletti A, Alvarado R, Vitriol V, Sierralta P, Bass C, Calvo J. Efecto de acciones de equipos de atención primaria de salud para proteger la salud mental después de desastres naturales. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Dez 20];26(3):336-42. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1414-462x201800030005>
16. Ardalan A, Mowafi H, Malekafzali Ardakani H, Abolhasanai F, Zanganeh AM, Safizadeh H et al. Effectiveness of a primary health care program on urban and rural community disaster preparedness, Islamic Republic of Iran: a community intervention trial. *Disaster Med Public Health Prep* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 19];7(5):481-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.93>
17. Uddin J, Mazur RE. Socioeconomic factors differentiating healthcare utilization of cyclone survivors in rural Bangladesh: a case study of cyclone Sidr. *Health Policy Plan* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 19];30(6):782-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu057>
18. Olympia RP, Rivera R, Heverley S, Anyanwu U, Gregorits M. Natural disasters and mass-casualty events affecting children and families: a description of emergency preparedness and the role of the primary care physician. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2010 [acesso 2017 Set 19]; 49(7):686-98. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0009922810364657>
19. Farley JM, Suraweera I, Perera WLSP, Hess J, Ebi KL. Evaluation of flood preparedness in government healthcare facilities in Eastern Province, Sri Lanka. *Glob Health Action* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 27];10(1):1331539. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1331539>
20. Claver ML, Wyte-Lake T, Dobalian A. Disaster preparedness in home-based primary care: policy and training. *Prehosp Disaster Med* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 19]; 30(4):337-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1049023X15004847>
21. Lalonde C. Primary healthcare organizations facing a disaster: the Quebec experience. *Disaster Prev Manag An Int J* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Set 19];16(1):42-55. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/09653560710729802>
22. Ablah E, Tinius AM, Horn L, Williams C, Gebbie KM. Community health centers and emergency preparedness: an assessment of competencies and training needs. *J Community Health* [Internet]. 2008 [acesso 2017 Set 19]; 33(4):241-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10900-008-9093-9>
23. Kim TJ, Arrieta MI, Eastburn SL, Icenogle ML, Slagle M, Nuriddin AH et al. Post-disaster gulf coast recovery using telehealth. *Telemed J E Health* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 19];19(3):200-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0100>
24. Fuady A, Pakasi TA, Mansyur M. Primary health centre disaster preparedness after the earthquake in Padang Pariaman, West Sumatra, Indonesia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2011 [acesso 2017 Set 19];4:81. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-81>
25. Phalkey R, Dash SR, Mukhopadhyay A, Runge-Ranzinger S, Marx M. Prepared to react? Assessing the functional capacity of the primary health care system in rural Orissa, India to respond to the devastating flood of September 2008. *Glob Health Action* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 19]; 5(1):10964. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/gha.v5i0.10964>
26. Pooransingh S, Hawker J. Are we prepared for a deliberate release of a biological agent? *Public Health* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Set 19];120(7):613-7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350606000795>

27. Ishiura Y, Fujimura M, Yamamoto H, Shiba Y, Ohkura N, Kasahara K, et al. Asthma exacerbations after the East Japan disaster. *J Med Invest* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 19]; 60(1–2):61-5. Disponível em: <https://doi.org/10.2152/jmi.60.61>
28. Van Minh H, Tuan Anh T, Rocklöv J, Bao Giang K, Trang LQ, Sahlen K-G, et al. Primary healthcare system capacities for responding to storm and flood-related health problems: a case study from a rural district in central Vietnam. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 19]; 7:23007. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23007>
29. Adams RE, Laraque D, Chemtob CM, Jensen PS, Boscarino JA. Does a one-day educational training session influence primary care pediatricians' mental health practice procedures in response to a community disaster? Results from the reaching children initiative (RCI). *Int J Emerg Ment Health* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 19]; 15(1):3-14. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/258279788>
30. Blashki G, McMichael T, Karoly DJ. Climate change and primary health care. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Set 19]; 36(12):986-9. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afpbackissues/2007/200712/200712Blashki.pdf>
31. Bassilios B, Reifels L, Pirkis J. Enhanced primary mental health services in response to disaster. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 19]; 63(9):868-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100534>
32. Looman WS. A developmental approach to understanding drawings and narratives from children displaced by hurricane Katrina. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Set 19]; 20(3):158-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.01.008>
33. Raven J, Baral S, Wurie H, Witter S, Samai M, Paudel P, Theobald S. What adaptation to research is needed following crises: a comparative, qualitative study of the health workforce in Sierra Leone and Nepal. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Dez 17]; 16(1):6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0285-1>
34. Menegat RP, Witt RR. Primary health care nurses' competencies in rural disasters caused by floods. *Rural Remote Health* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Dez 17]; 18(3):4450. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH4450>
35. Gulzar SA, Faheem ZA, Somani RK. Role of community health nurse in earthquake affected areas. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 19]; 62(10):1083-6. Disponível em: <http://jpma.org.pk/PdfDownload/3720.pdf>
36. Milojevic A, Armstrong B, Wilkinson P. Mental health impacts of flooding: a controlled interrupted time series analysis of prescribing data in England. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 19]; 71:970-3. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/jech-2017-208899>
37. Nanda R, Raina SK. Integrating disaster risk reduction in school curriculum: A vision statement by a joint working group of university and medical teachers. *International Journal of Disaster Risk Reduction* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 10]; 33:495-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2018.09.011>
38. Cubillas JJ, Ramos MI, Feito FR, González JM, Gersol R, Ramos MB. Importancia de los customer relationship management (CRM) sanitarios en las pandemias y alertas sanitarias. *Atención Primaria* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 19]; 47(5):267-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.013>
39. Waite TD, Chaintarli K, Beck CR, Bone A, Amlôt R, et al. The english national cohort study of flooding and health: cross-sectional analysis of mental health outcomes at year one. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 28]; 17(1):129. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-4000-2>

40. Dai W, Atipatsa CK, Hongzhuan T, Jieru W, Zhiwei L, et al. Long-term psychological outcomes of flood survivors of hard-hit areas of the 1998 Dongting Lake flood in China: Prevalence and risk factors. *PLoS One* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 28];12(2):e0171557. Disponível em: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0171557>.
41. Mitchell WC, James LE, Khanal SN, James AS. An integrated approach to mental health and disaster preparedness: a cluster comparison with earthquake affected communities in Nepal *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Dez 17];18:296. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1863-z>
42. Clawson A, Menachemi N, Beitsch L, Brooks RG. Are Community health centers prepared for bioterrorism? *Biosecurity Bioterrorism Biodefense Strateg Pract Sci* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Set 19];4(1):55-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bsp.2006.4.55>
43. Haga JM, Stene LE, Wentzel-Larsen T, Thoresen S, Dyb G. Early postdisaster health outreach to modern families: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 19];5(12):e009402. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009402>
44. Sood RK, Bocour A, Kumar S, Guclu H, Potter M, Shah TB. Impact on primary care access post-disaster: a case study from the rockaway Peninsula. *Disaster Med Public Health Prep* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 19]; 10(3):492–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.80>
45. Marchezini V. Campos de desabrigados – a continuidade do desastre. São Carlos, SP(BR):RiMa; 2014.
46. Fernandes GCM, Boehs AE, Heidemann ITSB. Social support during the family transition following a natural disaster. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 19]; 22(4):1098-105. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400028>
47. Munro A, SariKovats R, Rubin GJ, Waite TD, Bone A, et al. Effect of evacuation and displacement on the association between flooding and mental health outcomes: a cross-sectional analysis of UK survey data. *Lancet Planet Health* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 29];1(4):e134-41. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30047-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30047-5)
48. Terry BB, Rodríguez SA. Una estrategia de atención primaria de salud en situaciones de desastres. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [acesso 2019 Jan 31];19(1):76-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000100015&lng=es

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Manfrini GC, Furtado JR.

Coleta de dados: Manfrini GC, Treich RS, Rumor PCF, Magagnin AB.

Análise e interpretação dos dados: Manfrini GC, Treich RS, Rumor PCF, Magagnin AB.

Discussão dos resultados: Manfrini GC, Treich RS, Rumor PCF, Magagnin AB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Manfrini GC, Treich RS, Rumor PCF, Magagnin AB.

Revisão e aprovação final da versão final: Manfrini GC, Moncada MA.

AGRADECIMENTO

À Profª Drª Astrid Eggert Boehs pelas relevantes contribuições na redação do artigo.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina - FAPESC (Edital N° 010/2015 - Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde - PPSUS) e Programa de Iniciação Científica do CNPq (Edital Pibic/Pibit UFSC 2016).

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 6 de julho de 2018.

Aprovado: 28 de fevereiro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Gisele Cristina Manfrini

gisele.manfrini@ufsc.br