

A atenção primária no enfrentamento aos desastres socioambientais: a experiência de Petrópolis – RJ

The role of primary health care in coping with socio-environmental disasters: a case study in Petrópolis – RJ

La atención primaria en el enfrentamiento a los desastres socioambientales: la experiencia de Petrópolis – RJ

Amanda Vieira dos Santos¹ , Maria Gabriela Campos Gomes Terra¹ , Rafael Aragão Ribeiro¹ , Julia Barban Morelli Rosas¹ 

¹Faculdade de Medicina de Petrópolis – Petrópolis (RJ), Brasil.

Resumo

O município de Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro, enfrentou, em fevereiro de 2022, o maior desastre socioambiental de sua história, resultando em 244 mortes e milhares de desabrigados. Desastres como esse são definidos como sérias interrupções que excedem a capacidade da comunidade afetada de lidar com a situação utilizando seus próprios recursos. A vulnerabilidade a desastres resulta de processos sociais precários e mudanças ambientais que tornam certas populações e áreas mais suscetíveis. Os efeitos na saúde pública incluem danos materiais e humanos, com demandas de saúde emergindo ao longo do tempo, desde atendimentos de urgência até problemas de saúde mental. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial em todas as fases de resposta a desastres. Este artigo visa relatar as ações das equipes de saúde da família ligadas ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade em resposta ao desastre de 2022, seja imediatamente atendendo feridos, fornecendo medicamentos, realizando curativos, vacinações e gerenciando condições crônicas, seja nas semanas subsequentes marcadas pelo acolhimento às vítimas, pela coordenação de doações e os cuidados nos abrigos. A atuação coordenada da APS foi essencial para fornecer cuidados de saúde adequados e organizar as ações nos abrigos. A experiência destacou a importância da preparação das equipes de saúde para lidar com desastres e a necessidade de incluir esse tema na formação profissional em APS.

Palavras-chaves: Resposta em desastres; Atenção Primária à Saúde; Residência médica.

Autor correspondente:

Julia Barban Morelli Rosas
E-mail: jubmrosas@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e
Marcello Dala Bernardina Dalla

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 03/04/2022.

Aprovado em: 24/05/2024.

Como citar: Santos AV, Terra MGCG, Ribeiro RA, Rosas JBM. A atenção primária no enfrentamento aos desastres socioambientais: a experiência de Petrópolis – RJ. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4204. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4204](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4204)



Abstract

The municipality of Petrópolis, in the state of Rio de Janeiro, faced its largest socio-environmental disaster in February 2022, resulting in 244 deaths and thousands displaced people. Such disasters are defined as serious disruptions that exceed the affected community's capacity to cope with the situation using its own resources. Vulnerability to disasters results from precarious social processes and environmental changes that make certain populations and areas more susceptible. The effects on public health include both material and human damages, with health demands emerging over time, ranging from emergency care to mental health issues. Primary Health Care (PHC) plays a crucial role in all phases of disaster response. This article aimed to report the actions of the family health teams linked to the Family and Community Medicine Residency Program in response to the 2022 disaster, whether immediately attending to the injured, providing medications, conducting wound care procedures, vaccinations, and managing chronic conditions, or in the subsequent weeks marked by victim support, coordination of donations, and care in shelters. The coordinated action of PHC was essential for providing adequate health care and organizing actions in shelters. The experience highlighted the importance of preparing health teams to deal with disasters and the need to include this topic in professional training in PHC.

Keywords: Disaster response; Primary Health Care; Medical residency.

Resumen

El municipio de Petrópolis, en el estado de Río de Janeiro, enfrentó su mayor desastre socioambiental en febrero de 2022, lo que resultó en 244 muertes y miles de personas desplazadas. Desastres como este se definen como interrupciones graves que exceden la capacidad de la comunidad afectada para hacer frente a la situación utilizando sus propios recursos. La vulnerabilidad a los desastres resulta de procesos sociales precarios y cambios ambientales que hacen que ciertas poblaciones y áreas sean más susceptibles. Los efectos en la salud pública incluyen tanto daños materiales como humanos, con demandas de salud que surgen con el tiempo, desde la atención de emergencia hasta problemas de salud mental. La Atención Primaria de Salud (APS) desempeña un papel crucial en todas las fases de la respuesta a desastres. Este artículo tiene como objetivo informar sobre las acciones de los equipos de salud familiar vinculados al Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en respuesta al desastre de 2022, ya sea atendiendo inmediatamente a los heridos, proporcionando medicamentos, realizando vendajes, vacunaciones y el manejo de enfermedades crónicas, o en las semanas posteriores marcadas por el apoyo a las víctimas, la coordinación de donaciones y la atención en refugios. La acción coordinada de la APS fue esencial para proporcionar atención médica adecuada y organizar acciones en refugios. La experiencia destacó la importancia de preparar a los equipos de salud para hacer frente a desastres y la necesidad de incluir este tema en la formación profesional en APS.

Palabras clave: Respuesta a los desastres; Atención Primaria de Salud; Residencia médica.

INTRODUÇÃO

O município de Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro, possui uma população aproximada de 278.881 pessoas. Sua área urbana se localiza no conjunto montanhoso da serra dos Órgãos. Apresenta relevo extremamente acidentado, com ocorrência de grandes desníveis, com montanhas densamente povoadas. Durante o verão, tradicionalmente ocorrem alagamentos e deslizamentos pontuais em várias regiões, com alguns episódios de eventos mais graves ao longo da história da cidade.¹ Em fevereiro de 2022, ocorreu o maior desastre da história de Petrópolis, deixando o saldo de 244 vítimas fatais e milhares de desabrigados.

Um desastre é definido como séria interrupção do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que causa perdas humanas e(ou) importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais, que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada de lidar com a situação utilizando seus próprios recursos. Um desastre é uma função do processo de risco. Resulta da combinação de ameaças, condições de vulnerabilidade e insuficiente capacidade ou medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais do risco.²

A vulnerabilidade é um conceito-chave tratando-se de desastres e pode ser explicada pela combinação de dois principais fatores:

- a) os processos sociais que resultam na precariedade das condições de vida e proteção social (trabalho, renda, saúde e educação, assim como aspectos ligados a infraestrutura, como habitações saudáveis

e seguras, estradas, saneamento, entre outros) que tornam determinados grupos populacionais (por exemplo, idosos e crianças), principalmente entre os mais pobres, vulneráveis aos desastres;

b) as mudanças ambientais resultantes da degradação ambiental (áreas de proteção ambiental ocupadas, desmatamento de encostas e leitos de rios, poluição de águas, solos e atmosfera, entre outros) que tornam determinadas áreas mais vulneráveis perante a ocorrência de ameaças e seus eventos subsequentes. Os desastres socioambientais são causados por eventos climáticos extremos com forte impacto na população humana. A extensão desse impacto está relacionada com a preparação e vulnerabilidade da comunidade, bem como com a intensidade do evento causador do desastre.³

Os efeitos dos desastres na saúde pública estão relacionados aos danos materiais da estrutura de atendimento do setor e aos danos humanos sofridos pela população. As demandas de saúde geradas pelo desastre variam com o tempo após o evento, tendo os atendimentos de urgência como demanda imediata, leves ou graves, bem como os óbitos. Após, segue o período de emergência de doenças relacionadas a vetores ou de veiculação hídrica, acompanhada da agudização de doenças crônicas. Por fim, todas as demandas relacionadas à saúde mental e sofrimento advindos das perdas sofridas pela comunidade.

Em emergências humanitárias, as pessoas sofrem diversas combinações de perdas e eventos potencialmente traumáticos, portanto podem apresentar tanto estresse agudo quanto luto,⁴ e aqueles que já sofriam de perturbações mentais muitas vezes precisam de ainda mais ajuda do que antes.⁵ Depois de um evento potencialmente traumático recente, os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar esses e outros transtornos de saúde mental.⁴ Uma situação de emergência ou desastre representa e produz um estresse de magnitude extrema que geram diversas reações psicológicas e biológicas, tanto individualmente quanto coletivamente, criando um período de desorganização individual e social.⁶

A atenção primária à saúde (APS) pode estar envolvida em todas as fases do enfrentamento a um desastre pela saúde pública. Nossa experiência reforça o aforismo “a atenção primária é a primeira a entrar e a última a sair”.⁷ A revisão integrativa da literatura realizada por Manfrini et al. em 2020⁸ revelou ações nas seguintes fases da gestão do risco de desastres: prevenção e mitigação; preparação; resposta; recuperação. Este trabalho objetiva descrever a experiência da APS na fase de resposta imediata ao desastre socioambiental de 2022 em Petrópolis. Isso posto, o artigo objetiva descrever como se deu a resposta por parte das equipes de saúde da família atuantes nos territórios afetados (Figura 1).

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da vivência das três equipes envolvidas com o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e com o internato em saúde da família da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP/Unifase), no período de 15 de fevereiro de 2022 a abril de 2022. Este relato será descrito em três etapas, a saber: os primeiros momentos após o desastre; as primeiras duas semanas após o desastre; e, por último, a partir de três semanas após o desastre.

Os primeiros momentos após o desastre

Em 15 de fevereiro de 2022, chuvas intensas causaram enchentes e deslizamentos no município. As equipes de saúde da família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto da Serra não haviam deixado o



Fonte: acervo próprio.

Figura 1. UBS Alto da Serra (prédio azul) e a lama nas ruas no dia seguinte após o desastre de 15 de fevereiro de 2022.

local devido à enchente, ficaram abrigadas em uma parte da unidade que fica elevada e mais protegida. O deslizamento, por volta de 18 horas, do morro da Oficina, localizado ao lado da UBS Alto da Serra, foi percebido como um estrondo e, a partir daquele momento, a unidade passou a receber pessoas desesperadas, cobertas de lama, feridas ou não, muitos em estado de choque. Com pouca consciência do papel que a unidade teria, os profissionais se organizaram para acolher feridos (apesar da escassez de material de emergência como fios de sutura, anestésicos e instrumental, muito foi adaptado do estoque da equipe de odontologia), pessoas com picos hipertensivos e pessoas em sofrimento psíquico. A unidade de urgência que fica a menos 500 metros da unidade estava em estado de superlotação acolhendo as vítimas do deslizamento. Muitas vezes, após estabilização da vítima, ela era carregada pelos bombeiros a pé até a UBS e lá aguardava a chegada da ambulância para transferência à referência de trauma. A unidade também passou a acolher equipes de resgate e voluntários, que precisavam de um espaço para descanso e intervalo das buscas (Figura 2).

No dia seguinte, a coordenação do PRMFC assumiu a equipe para liberar os residentes e os preceptores, e profissionais de outras equipes de saúde da família de outros territórios acorreram para revezar com as equipes do território, dando continuidade ao acesso das pessoas aos cuidados na atenção primária. A UBS seguia recebendo pessoas feridas que extrapolaram a capacidade de atendimento da unidade de urgência vizinha e muitas pessoas em sofrimento agudo pela perda de pertences, familiares e conhecidos. Ao final das primeiras 24 horas após o desastre, a unidade estava sem abastecimento de água e suja da enchente que adentrou a estrutura. Foi o momento que a gestão tomou a decisão de manter a unidade aberta e viabilizou carro-pipa e equipes de limpeza para retorno das condições de trabalho na unidade. Desde esse primeiro momento até o dia 25 de fevereiro a unidade permaneceu aberta e funcionou em sistema de plantão 24 horas, sempre com profissionais da atenção primária. As notícias sobre pessoas resgatadas já minguavam. A maioria das ambulâncias que deixavam o local do deslizamento do morro da Oficina, já no final do dia 16 de fevereiro (dia seguinte ao desastre), levava vítimas fatais, e não mais pessoas que necessitavam de socorro. Apesar da existência da unidade de urgência vizinha à UBS, a gestão da secretaria de saúde e as próprias equipes perceberam a necessidade aguda de cuidados de atenção primária. As ações empreendidas nas primeiras semanas após o desastre estão listadas a seguir:



Fonte: acervo próprio.

Figura 2. Cenário de destruição devido ao deslizamento do Morro da Oficina a 200 metros da UBS Alto da Serra no dia seguinte ao desastre.

- acolhimento/escuta;
- renovação de receitas/dispensação de medicamentos;
- curativos;
- vacinação (tétano e covid);
- manejo de descompensações de condições crônicas.

Tanto os profissionais das equipes do território quanto aqueles que foram deslocados para o revezamento no período em que a unidade esteve aberta ininterruptamente (11 dias) receberam orientações superficiais acerca dos objetivos do cuidado diante de um cenário de ampla desorganização (do serviço, das famílias e dos indivíduos) própria de um desastre.

Nesse primeiro momento, as perdas de profissionais ou de familiares deles geraram grande impacto nas equipes, com grande sofrimento psíquico consequente também da escuta e acolhimento dos pacientes. Frases com o seguinte conteúdo ou semelhantes foram ouvidas por todos os profissionais da UBS Alto da Serra: “Tia, eu não tenho mais casa. A casa que eu tinha não existe mais”; “Tentei segurar ele, mas não consegui, ele morreu”; “Perdi 15 vizinhos, não sei porque estou vivo, preferia não estar”; “Não tenho ideia de como seguir em frente depois de ter visto o que eu vi”.

Por outro lado, a sociedade civil agregou doações e tentativas de auxílio à comunidade atingida. Esse fato gerou nova demanda para os profissionais de saúde que atuaram organizando doações, especialmente as de remédios na unidade e nos abrigos.

As primeiras duas semanas após o desastre

Desde a primeira noite, ocorreu a abertura de escolas/abrigos para acolher a população desalojada. Inicialmente, instalou-se um grande abrigo na Paróquia Santo Antônio, local com estrutura física e de localização segura. Esse ponto sozinho acolheu mais de 200 pessoas e foi epicentro de recebimento de doações. Inicialmente, nesse abrigo, o atendimento em saúde foi levado à frente por uma equipe de voluntários, que organizou, inclusive, prontuários improvisados para as pessoas abrigadas que apresentavam maiores demandas de saúde, bem como para minimizar os problemas de comunicação entre diversos voluntários que passavam pelo local (Figura 3).



Fonte: acervo próprio.

Figura 3. Prontuários do abrigo da paróquia Santo Antônio, local de acolhimento do maior número de pessoas desabrigadas.

Nos dias subsequentes, novos abrigos eram criados dia a dia. No final da primeira semana após o desastre, o número de pessoas nesses abrigos chegou a mil, pois a defesa civil e bombeiros continuavam a evacuar áreas sob risco. Equipes formadas essencialmente pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), médicos e enfermeiros voluntários realizavam senso sanitário nos abrigos com levantamento das necessidades imediatas em saúde, como evidencia a relação a seguir:

- renovação de receitas e fornecimento de medicamentos perdidos nas chuvas;
- manejo de descompensações agudas;
- manejo de crises de pânico;
- identificação de pacientes que não poderiam permanecer na escola/abrigo (síndromes gripais, idosos frágeis, acamados, pacientes de saúde mental);
- organização do espaço para acomodar com segurança as famílias (covid);
- organização da farmácia de doações e garantia de uso seguro dos medicamentos.

Após alguns dias do desastre era possível perceber uma rotina de cuidados em saúde a se estabelecer nos abrigos, que incluía a ida dos profissionais em cada sala/quarto, organização da farmácia de doações e, por fim, permanecer em um local estratégico (geralmente a diretoria da escola) de prontidão para intercorrências. O objetivo da “passagem de visita em cada quarto” era o de fechar um certo senso sanitário, que posteriormente foi aprimorado pela gestão, pois a população do abrigo era extremamente flutuante, com novas famílias entrando e saindo inclusive durante as madrugadas. Inicialmente, os profissionais de saúde foram as principais fontes de informação para toda a gestão municipal, inclusive para a Secretaria de Assistência Social (Figura 4).



Fonte: acervo próprio.

Figura 4. Profissionais de saúde na organização da farmácia de doações no abrigo da Escola Santo Antônio cerca de uma semana após o desastre.

A gestão da atenção básica constituiu um gabinete de crise. Realizavam-se reuniões diárias, com a presença dos gerentes da atenção primária, equipes de voluntários que traziam os dados sanitários dos abrigos, representantes do PRMFC e da gestão. Diariamente as prioridades eram debatidas e o dia seguinte planejado. O papel do gabinete de crise da atenção básica ficou bastante claro quando foram identificados casos de covid-19 nos abrigos, e organizou-se a estratégia de transferência e criação de um abrigo para pessoas com teste positivo. Também, por meio desse gabinete de crise o voluntariado em saúde foi organizado. Neste momento, foi definido que os voluntários seriam prioritariamente profissionais da rede municipal de saúde e deveriam permanecer nas ações por, no mínimo, um dia, idealmente dois ou três seguidos, para que fossem bem incorporados ao processo de trabalho da atenção primária após o desastre.

A partir de três semanas após o desastre

As equipes de saúde da família do território tiveram seus atendimentos de rotina cancelados até início de março, ou seja, por duas semanas permaneceram em acolhimento à demanda. Logo, iniciaram os

atendimentos nos abrigos em substituição paulatina das equipes de voluntários e em parceria com o Nasf (uma equipe de saúde da família permanecia na unidade e as outras três realizavam atendimentos nos abrigos). As equipes de saúde da família da UBS Alto da Serra assumiram os cuidados de três dos principais e maiores abrigos da região afetada: Paróquia Santo Antônio, Colégio Rui Barbosa e Escola Santo Antônio.

Nos abrigos, os profissionais de saúde se deparavam com as mais diversas histórias de perdas e sofrimentos. Crianças que choravam diante da mínima ameaça de chuva (e adultos também), pessoas que relutavam em deixar seus animais (muitas vezes os familiares não conseguiam acolher também os animais de estimação e a família preferia permanecer no abrigo, deslocando-se diariamente na lama para cuidar e alimentar os animais), pessoas que não possuíam qualquer rede de apoio, pessoas que tinham de ir trabalhar diariamente mesmo tendo toda a sua vida desestruturada devido ao desastre. Nesse período, percebeu-se que o horário entre 18 horas e 24 horas era um momento crítico nos abrigos, pois as pessoas voltavam seja do trabalho, seja das tentativas de resgate de pertences, muitas se alcoolizavam e ocorriam brigas e desentendimentos. Tanto os profissionais de saúde quanto os administradores locais buscavam impor regras de convivência, porém com muita dificuldade.

A coordenação do Nasf direcionou todas as atividades das cinco equipes de Nasf do município para as necessidades da população atingida diretamente pelo desastre. Os profissionais foram divididos entre os abrigos e fizeram as vezes da equipe de rotina, pois permaneciam diariamente no mesmo local, conhecendo mais a fundo as pessoas lá abrigadas e suas necessidades. Há de se recordar que havia população desalojada e abrigos abertos em diversos bairros, chegando a totalizar mais de mil pessoas em 27 abrigos. O olhar longitudinal da equipe no Nasf gerou resolutividade e, por vezes, desmedicalizou o cuidado, pois organizava o que era demanda real de saúde e o que necessitava de outro tipo de abordagem, além da própria resolutividade do núcleo em inúmeras demandas.

Nesse momento, a gestão municipal e as equipes de APS vinham buscando ter uma ação mais coordenada e pragmática nos abrigos, tanto devido à experiências de voluntários que não cooperavam com a gestão ou com as equipes quanto por uma percepção que se assomava entre os profissionais da rede de que os abrigos estavam sendo transformados em enfermarias hospitalares, tamanha a estrutura de saúde que estava sendo provida, talvez como uma reação do setor saúde, mais bem estruturado diante da insuficiência de outras pastas.

No dia 20 de março de 2022, um novo evento climático, com chuvas intensas acometeu a cidade. Esse novo evento ocorreu quando os abrigos estavam em processo de esvaziamento quase completo, diante da resolução da situação de cada família, seja através de aluguel social, seja via apoio de familiares. As chuvas ocorreram em um domingo de tarde e levaram novamente à lotação dos abrigos. Por sorte, a estrutura de apoio da saúde não havia sido totalmente desmobilizada (essencialmente a atuação das equipes do Nasf, bem como as visitas das equipes de saúde da família do território). Esse segundo evento teve seu epicentro em outros bairros diferentes do Alto da Serra, então as equipes aqui abordadas puderam seguir o processo de cuidado de sua população como vinha se dando, sem um grande retrocesso naquele local.

A Tabela 1 mostra a linha do tempo do processo de trabalho das equipes de saúde da família do Alto da Serra.

RESULTADOS

Diante do exposto, percebe-se que a APS cumpriu um papel central no que diz respeito às demandas de saúde da população atingida pelo desastre. Em menos de 24 horas após o evento de 15 de fevereiro

Tabela 1. Linha do tempo do processo de trabalho das equipes.

| Período | De 15/2 a 20/2 | De 21/2 a 3/3 | De 4/3 a 1/4 | De abril em diante |
|---|---|---|--|---|
| Processo de trabalho das equipes de saúde da família do Alto da Serra | USF aberta acolhendo apenas demandas + equipes de voluntários nas escolas/abrigos | USF aberta acolhendo demandas + equipes de saúde da família assumindo o cuidado de sua população abrigada | USF aberta acolhendo demandas e consultas programadas + realizando VDs nos abrigos | USF aberta acolhendo demandas e consultas programadas + retorno do Nasf ao território (após fechamento dos abrigos) |

Fonte: elaboração própria.

USF: Unidade de Saúde da Família; VD: visita domiciliar; Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

de 2022, as demandas em saúde já não se configuravam urgências com necessidade de atendimento hospitalar, mas sim atendimentos relativos a cuidados primários e de saúde mental. A postura proativa das equipes da UBS Alto da Serra contribuiu para organizar a resposta do setor saúde ao desastre, ao colocar a APS como serviço essencial no enfrentamento das consequências dele na saúde da população. A gestão de saúde foi facilitadora do processo, ao viabilizar a manutenção da unidade de saúde aberta e funcionante, bem como ao acolher as sugestões das equipes do território.

Com base nessa experiência, percebe-se que a APS provê um cuidado essencial diante das demandas em saúde impostas por um desastre socioambiental, assim como evidenciado por López et al.,⁹ que destacaram a importância da atuação da Medicina de Família no apoio a saúde integral de pessoas que enfrentam situações de estresse na vida diária e também em situações de emergências e desastres naturais. O Plano de Contingência para Emergências e desastres Socioambientais,¹⁰ atualizado após a experiência aqui descrita, reflete esse entendimento, elencando a APS como responsável por diversas atividades na matriz de responsabilidades da saúde. Além disso, o mesmo plano estabelece que as UBSs compõem a rede de enfrentamento a desastres, devendo ser “prontamente abertas para prestar assistência médica, medicamentos, vacinação se necessário, orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças”.

DISCUSSÃO

A atenção primária organizada via saúde da família, é capaz de prover o cuidado essencial em resposta a um desastre socioambiental, pois há o vínculo com a população adscrita e o conhecimento do território. Locais em que a APS não é organizada por território, e sim por listas de pacientes ou através de atenção básica tradicional podem não encontrar o mesmo desempenho das equipes de saúde da família em contextos semelhantes.

Destaque-se também a atuação das equipes do Nasf, pois o apoio psicossocial busca aliviar ou controlar os efeitos do trauma e restaurar o equilíbrio, evitando a revitimização. O objetivo central é facilitar e apoiar processos de recuperação natural e evitar que os sintomas persistam ou piorem, ou surjam doenças.⁶ Apesar da situação trágica, bem como do sofrimento humano gerado, situações de emergência também são oportunidades para implementar melhores cuidados de saúde mental. O aumento repentino de ajuda, com a súbita atenção voltada para a saúde mental da população, cria oportunidades incomparáveis para transformar o cuidado saúde mental em longo prazo.⁵

Outro aspecto importante na capacidade de responder às demandas da população é a qualificação das equipes envolvidas, pois a ação aqui descrita envolve equipes de saúde da família engajadas na

formação de médicos e médicas especializados em atenção primária. Espera-se que os currículos de formação de profissionais em APS possam incluir o enfrentamento de desastres socioambientais e que os futuros profissionais tenham preparação sobre o tema.⁹

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AVS: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. MGCG: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. RAR: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. JBMR: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Freitas CM, Carvalho ML, Ximenes EF, Arraes EF, Gomes JO. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1577-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600021>
2. Glossário da estratégia internacional para redução do risco de desastres (EIRD) [Internet]. 2009 [acessado em 23 fev. 2023]. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/868/mod_folder/content/0/Glossario_EIRD_em_portugues.pdf?forcedownload=1
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Desastres naturais e saúde no Brasil [Internet]. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2014 [acessado em 07 fev. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7678>
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Manejo clínico de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em emergências humanitárias. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias [Internet]. Brasília: OPAS; 2020 [acessado em 26 fev. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51948/9789275722121-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organización Mundial de la Salud. Volver a construir mejor. Atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general [Internet]. Ginebra; OMS; 2013 [acessado em 14 mar. 2023]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85619/WHO_MSD_MER_13.1_spa.pdf?sequence=1
6. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Manual para la protección y cuidado de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2015 [acessado em 20 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Manual-para-la-proteccion-y-cuidado-de-la-Salud-Mental-en-situaciones-de-Emergencias-y-Desastres.pdf>
7. Li DKT Challenges and responsibilities of family doctors in the new global coronavirus outbreak. *Fam Med Community Health*. 2020;8(1):e000333. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000333>
8. Manfrini GC, Treich RS, Rumor PCF, Magagnin AB, Moncada MA, Furtado JR. Primary health care actions in natural disasters. *Texto & Contexto Enferm*. 2020;29:e20180256. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0256>
9. López MM, Mohrbach DY, Puyana CR, Anderson MIP, Mejía PAC, Fortes S, et al. Medicina Familiar e Comunitária como fonte de cuidados em Saúde Mental. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(1):54-68. [https://doi.org/10.5712/rbmf13\(1\)1856](https://doi.org/10.5712/rbmf13(1)1856)
10. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. Plano de contingência para emergências e desastres socioambientais. Revisão 20/02/2024. Documento interno. 2024