



# GESTÃO LOCAL DE DESASTRES NATURAIS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

São Paulo | 2016

PRESIDENTA DA REPÚBLICA

**Dilma Vana Roussef**

VICE-PRESIDENTE

**Michel Miguel Elias Temer Lulia**

MINISTRO DA SAÚDE

**Marcelo Castro**

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

**ALOIZIO MERCADANTE**

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

SECRETÁRIO: HEIDER AURÉLIO PINTO

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
(DEGES)

DIRETOR: ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA  
PROVISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (DEPREPS)

DIRETOR: FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

DIRETORA: CARISSA FAUSTINA ETIENNE

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)

Secretário Executivo: **Francisco Eduardo de Campos**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

Reitora: **Soraya Shoubi Smaili**

Vice-Reitora: **Valeria Petri**

Pró-Reitora de Extensão: **Florianita Coelho Braga Campos**

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO (FAPUNIFESP)

Diretora Presidente: **Jane Zveiter de Moraes**

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO UNA-SUS  
(UNIFESP)

JUAREZ PEREIRA FURTADO

COORDENAÇÃO DE CURSOS LIVRES E DE CURTA  
DURAÇÃO

**Felipe Vieira Pacheco**

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

**Marlene Sakumoto Akiya**

COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO

**Felipe Vieira Pacheco**

PRODUÇÃO

**Davi Bagnatori Tavares** - Revisão

**Fabrcio Sawczen** - Identidade Visual e Design

**João Gaspar** - Webdesign

**Margeci Alves** - Desenho Educacional e Gestão

**Rita Maria de Lino Tarcia** - Planejamento Pedagógico

**Suelen Magalhães** - Design e Diagramação

**Tiago Paes de Lira** - Design

COORDENAÇÃO TEMÁTICA

**Carlos Machado de Freitas (FIOCRUZ)**

AUTORES

**Debora da Silva Noal (UnB)**

**Simone Santos Oliveira (FIOCRUZ)**

**Taís de Moura Ariza Alpino (FIOCRUZ)**

**Vânia Rocha (FIOCRUZ)**

REVISORES ESPECIALISTAS

**Aderita Ricarda Martins Sena (FIOCRUZ)**

**Alexandre Barbosa de Oliveira (UFRJ)**

**Elaine Silva Miranda (UFF)**

**Eliane Lima e Silva (Ministério da Saúde)**

**Gisele Manfrini Cristina Fernandes (UFSC)**

**Maíra Lopes Mazoto (FIOCRUZ)**

ESTE MATERIAL É PARTE INTEGRANTE DO CURSO LIVRE DE GESTÃO LOCAL DE DESASTRES NATURAIS PARA A ATENÇÃO BÁSICA,  
OFERECIDO PELA UNASUS UNIFESP NO ENDEREÇO: [HTTP://MOODLE.UNASUS.UNIFESP.BR](http://MOODLE.UNASUS.UNIFESP.BR)

EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

RUA SENA MADUREIRA, 1500 - VILA MARIANA - CEP 04021-001 - SP

FALE CONOSCO: 011 3385.4126 (SECRETARIA)

(ATENDIMENTO TELEFÔNICO DO SUPORTE DAS 8H ÀS 12H E DE 13H ÀS 17H)

[HTTP://WWW.UNASUS.UNIFESP.BR](http://WWW.UNASUS.UNIFESP.BR)

COPYRIGHT 2016

TODOS OS DIREITOS DE REPRODUÇÃO SÃO RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.  
É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE



# SUMÁRIO

<b>CENÁRIOS .....</b>	<b>7</b>
Cenário 1   Seca.....	8
Cenário 2   Inundação com deslizamentos .....	9
<b>UNIDADE 1   ASPECTOS BÁSICOS EM DESASTRES NATURAIS.....</b>	<b>11</b>
Introdução .....	12
1   Conceitos Básicos .....	13
1.1   O que são desastres naturais.....	14
Mas o que são desastres naturais?.....	14
1.2   Vulnerabilidade socioambiental e os desastres naturais .....	14
1.3   Fatores de risco de desastres naturais.....	17
1.5   Situação dos desastres naturais no mundo e no Brasil.....	23
1.6   Desastres naturais no Brasil .....	26
Decretos de situação de emergência e de calamidade pública por município, entre 2003 e 2012: .....	29
Chuvas e inundações na região sul do país - 2015 .....	31
Secas (2005 e 2010) e cheias (2009 e 2012) no Amazonas.....	31
Chuvas e deslizamentos na Região Serrana (2011) .....	32
1.7   O território e os desastres naturais .....	33
1.8   Desastres naturais e seus efeitos sobre à saúde.....	34
Referências Bibliográficas.....	44
<b>UNIDADE 2  A ATENÇÃO BÁSICA E O PROCESSO DE GESTÃO DE RISCO DE DESASTRES.....</b>	<b>46</b>
Introdução .....	47
1   Gestão de Risco de Desastres.....	48
1.1   Gestão de risco de desastre por processo: etapas e exemplos de ação .....	49
2   Atenção Básica .....	52
2.1   Estrutura e organização .....	52
2.2   A Atenção Básica no contexto dos desastres .....	56
3   Gestão do risco de desastres e o papel da atenção básica .....	57
3.1   Etapa: Redução de risco.....	57

Fase de Prevenção.....	58
Fase de Mitigação .....	61
Fase de Preparação .....	62
3.2   Etapa: Manejo do desastre .....	66
Fase de Alerta .....	67
Fase de Resposta.....	68
3.3   Etapa: Recuperação.....	72
Fase de Reabilitação .....	73
Fase de Reconstrução.....	74
Referências Bibliográficas.....	79
<b>ANEXO 1   DESASTRES E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>80</b>
Atribuições da Atenção Básica .....	80
Ações a serem desenvolvidas.....	80
<b>UNIDADE EXTRA 3   ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÃO DE DESASTRES NA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>83</b>
Introdução .....	84
1   Intervenções .....	88
1.1   Intervenções psicossociais das equipes de atenção básica pré-desastre ....	88
1.2   Primeiras intervenções psicossociais das equipes de atenção básica pós-desastre.....	92
Considerações Finais.....	96
Referências .....	97
<b>UNIDADE EXTRA 4   RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO EM SITUAÇÕES DE DESASTRE .....</b>	<b>98</b>
Referências Bibliográficas .....	103
1   Saúde do Trabalhador .....	104
1.1   Trabalhar, ato de gerir defasagens: o ponto de vista da atividade.....	106
2   O Trabalho em Saúde .....	108
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>114</b>

Nos últimos anos, várias regiões do planeta vêm sendo atingidas por desastres naturais que afetam, sobretudo, grupos populacionais e territórios mais vulneráveis. No Brasil, essa realidade não tem sido diferente. Diversas cidades foram acometidas por ameaças naturais, principalmente por inundações bruscas e cenários de seca, que, associadas às vulnerabilidades locais, desencadeiam o desastre.

Diante desse fato, é necessário agir com medidas estruturais, como viabilizar obras de infraestrutura, desenvolver tecnologias de alerta, e não estruturais, como capacitar profissionais de diferentes áreas para preparação e resposta aos desastres.

Em contexto de desastres, o setor saúde é um dos mais demandados, porém nem sempre está devidamente preparado para agir em situações adversas, que podem durar meses ou até anos em uma cidade ou região. Portanto **profissionais de saúde de todos os setores e níveis de atuação devem estar qualificados para agir antes, durante e após o desastre**. Investir na qualificação, mais do que uma obrigação, é um direito desses profissionais, pois todos serão de alguma forma demandados em caso de desastre.

Assim sendo, este material educativo foi elaborado com o objetivo de contribuir na qualificação dos profissionais da saúde, em especial daqueles que atuam na Atenção Básica (AB). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem características essenciais na gestão de risco e de desastres, como a responsabilidade de atuação em territórios e populações adscritos, conhecendo os problemas e necessidades de saúde onde os desastres ocorrem. Portanto, muitas atribuições cabem aos profissionais da AB em contexto de desastres e que estão em consonância com a PNAB.

No início, logo após um texto introdutório, apresentamos duas situações-problema, uma relacionada à seca e outra à inundação e deslizamentos, como cenários hipotéticos, mas baseados em casos reais ocorridos no Brasil, que usamos como exemplo ao longo do texto para facilitar a compreensão dos conteúdos abordados.

***Na Unidade 1 – Aspectos básicos em desastres naturais***, apresentamos conceitos, terminologias, dados, situações de desastres no Brasil e no mundo e seus impactos na saúde.

***Na Unidade 2 – A Atenção Básica e o processo de gestão do risco de desastres***, abordamos o conceito de gestão de risco de desastre por processos, suas etapas e fases, a organização da AB e o seu papel na gestão de risco.

***Nas Unidades Extras 3 e 4 – Atenção psicossocial e saúde mental em situação de desastres na Atenção Básica e Relação saúde-trabalho em situações de desastres*** trazem aspectos relevantes de duas áreas de atuação em saúde, em geral negligenciadas em contexto de desastre – a saúde psicossocial da população atingida e a saúde dos trabalhadores da saúde que atuam em desastres, que mereceram capítulos exclusivos neste material.

Esperamos que ao final do curso os profissionais estejam capacitados a desenvolver competências para gerir as ações locais que cabem à AB em todas as etapas da gestão de risco de desastres naturais. Desejamos um ótimo curso a todos e que esse aprendizado resulte em melhores condições de trabalho e de saúde aos profissionais da AB.



# CENÁRIOS



## Cenário 1 | Seca

O município de São João Milagroso pertence ao semiárido brasileiro, área geográfica do país com 1.135 municípios em que vivem 11,8% da população brasileira, superior às das regiões Norte e Centro-Oeste. O semiárido brasileiro, ao ser comparado com o restante do Brasil, apresenta maior situação de pobreza; maior índice de mortalidade infantil; menor nível educacional (analfabetismo); menor expectativa de vida; e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentando uma situação de vulnerabilidade social.

São João Milagroso tem um clima semiárido, recursos hídricos provenientes de dois açudes, Rosa de ouro e Alta vista, cobertura vegetal de caatinga, solo arenoargiloso e terras agricultáveis de potencial regular a bom que se destinam preferencialmente à agricultura de subsistência. O município tem uma população em torno de 13 mil habitantes, sendo 52% predominantemente urbana. Com relação às características socioeconômicas, o município apresenta 32,76% e 23,82% da população de pobres e extremamente pobres, respectivamente, e, além disso, 70% da população não tem nível de instrução de educação ou tem fundamental incompleto. Tais dados refletem a situação do município no que se refere à falta de acesso, oportunidade de renda e trabalho mais qualificado, o que aumenta, conseqüentemente, as vulnerabilidades sociais da população. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São João Milagroso é 0,592, o que reafirma tal situação de vulnerabilidade social e torna mais intensos os efeitos da seca nas condições de vida e saúde da população. Dados ambientais e sanitários também refletem a situação de vulnerabilidade do município, onde somente 55% e 60 % dos domicílios têm rede de abastecimento de água e esgotamento sanitário adequados, respectivamente, assim como os acumulados de pluviometria, que demonstram a redução de chuvas ao longo dos últimos quatro anos (2012-2015).

Nos últimos quatro anos, o município vem passando por episódios de seca intensos causados pela ausência de chuvas, acarretando falta de água potável, que deve ser comprada ou obtida exclusivamente em carros-pipas do exército e do governo, poços perfurados ou cisternas nas zonas rurais. Essa situação não está causando somente danos econômicos, como perda das lavouras e de animais, mas também doenças transmitidas pela água e por vetores, como diarreia e dengue. No ano de 2013, foram registrados 1.169 casos de dengue no município (em torno de 9% da população), sendo um dos municípios com maior índice de infestação do mosquito pelo armazenamento de água inadequado. No ano seguinte, foi registrado um aumento no número de casos de diarreia, com uma média de 400 casos entre os meses de janeiro e julho, e 20 mortes, como principal impacto da seca na saúde devido à qualidade de água oferecida pelos carros-pipas e consumidas pela população.

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL	
Nº de habitantes	13.000
População urbana	6.760 (52%)
População rural	6.240 (48%)
Pobres	4.258 (32,76%)
Extremamente pobres	3.096 (23,82%)
Fundamental incompleto	9.100 (70%)
IDHM	0,592
Domicílios com rede de abastecimento de água	7.150 (55%)
Domicílios com esgotamento sanitário adequado	7.800 (60%)



## Cenário 2 | Inundação com deslizamentos

A cidade do Vale do Figueira, situada na região Sudeste do Brasil, sofreu, em 2012, um dos mais graves desastres naturais registrados em sua história. Banhada pelo rio Figueira, a cidade sofre há anos com inundações abruptas, que nos últimos 30 anos se tornaram intensas e frequentes em consequência de um processo de urbanização acelerado e da ocupação desordenada do solo. A inundação afetou a área central da cidade, que ficou praticamente inundada por 24 horas consecutivas. Bairros inteiros foram alagados e, em alguns pontos, as fortes e constantes chuvas provocaram enxurradas e deslizamento de solo, causando mortes e destruição.

Nesse cenário, muitas áreas ficaram sem água, luz, sinal de telefone, e duas importantes vias de acesso aos bairros foram interditadas pelos deslizamentos. Na zona rural, a situação se agravou por causa do vazamento de um estoque de agrotóxico, que, além de poluir o ambiente, provocou intoxicação em muitas pessoas. Ao todo foram contabilizados nesse desastre 18.430 afetados (em torno de 10% da população), entre os quais havia 3.840 desalojados, 2.031 desabrigados e 162 vítimas fatais.

Nas primeiras horas da inundação, registraram-se 1.252 pessoas à procura de algum tipo de atendimento emergencial nos dois maiores hospitais da cidade. Esse número chegou a 2.367 algumas horas depois, contando com o atendimento nas Unidades de Saúde dos bairros mais afetados. Os principais problemas de saúde causados diretamente pela inundação, enxurradas e deslizamentos foram escoriações, lesões físicas e alguns casos de afogamento. Um número expressivo de agravos à saúde provocados pelo contexto do desastre foi registrado, como atendimento a hipertensos e cardíacos, assim como aos intoxicados, que começaram a chegar no dia seguinte às unidades de saúde, mesmo antes de o acidente ter sido detectado pelos órgãos da Vigilância Ambiental local.

Um dos hospitais teve que interromper o atendimento 36 horas depois do alerta de inundação, pois o prédio começou a apresentar rachaduras. A Defesa Civil interditou parte do edifício, que, 16 horas depois, foi atingido por um deslizamento. Alguns pacientes que ocupavam leitos, internados mesmo antes do desastre, tiveram que ser deslocados para unidades de municípios vizinhos. As consequências do desastre superaram a capacidade de suporte das unidades de saúde. Além disso, dez Clínicas da Família sofreram inundação total ou parcial. Os transtornos no trânsito também impediram o deslocamento de pacientes e dificultaram o atendimento dos casos de emergências.

Os danos econômicos, ambientais e sociais foram tantos que, mesmo três anos depois de iniciada a fase de recuperação ao desastre, a cidade ainda não se encontra completamente reabilitada e reconstruída, mesmo sendo um município com bom padrão de desenvolvimento socioeconômico, quando comparado a outros do país. Os serviços de saúde sofrem as consequências da falta de infraestrutura e há grande dificuldade em lidar com todos os tipos de problemas de saúde, principalmente os psicossociais da população após o desastre.

### CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

Nº de habitantes	182.082
População urbana	159.372 (87,5%)
População rural	22.710 (12,5%)
Pobres	7.428 (4,08%)
Extremamente pobres	1.037 (0,57%)
Fundamental incompleto	56.445 (31%)
IDHM	0,745
Domicílios com rede de abastecimento de água	172.977 (95%)
Domicílios com esgotamento sanitário adequado	165.694 (91%)



# UNIDADE 1

## ASPECTOS BÁSICOS EM DESASTRES NATURAIS

Vânia Rocha (FIOCRUZ)

Taís de Moura Ariza Alpino (FIOCRUZ)

# Introdução

A redução de riscos de desastres constitui uma das funções essenciais da saúde pública. No marco de proposição das Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP), sistematizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, a redução do impacto das emergências e desastres em Saúde envolve:

1. O desenvolvimento de políticas, o planejamento e a realização de ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação para reduzir o impacto dos desastres sobre a saúde pública;
2. Um enfoque integral sobre os danos e a origem de todas ou cada uma das emergências ou desastres possíveis na realidade do país; a participação de todo o sistema de saúde e a mais ampla colaboração intersectorial e interinstitucional na redução do impacto de emergências ou desastres (OPAS, 2002).

Dez anos após o desastre na Região Serrana, em abril de 2012 foi aprovada a Lei no 12.608, instituindo a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, que deve integrar-se a outras políticas nacionais, entre as quais estão as de saúde na redução de riscos de desastres.

E, mais recentemente, em março de 2015, foi aprovado o Marco de Sendai para a Redução de Risco de Desastres para o período 2015-2030. O Marco corresponde ao compromisso dos diversos países e do Brasil em trabalhar com quatro prioridades de ações, que envolvem também o setor saúde. Destacamos a primeira e a última pois apontam diretamente para aspectos considerados fundamentais na gestão de risco de desastres:

A primeira prioridade é a compreensão de risco de desastres que envolva todas as suas dimensões de vulnerabilidade, capacidade de resposta, nível de exposição das populações, tipos de ameaças e características do ambiente. Envolver essas dimensões indica uma compreensão mais ampla do território e população adscrita, portanto é preciso produzir o conhecimento necessário para que o setor saúde atue em conjunto com os outros setores nas ações de prevenção e mitigação de desastres, bem como no desenvolvimento e implementação de medidas de preparação adequadas para uma resposta eficaz do setor saúde aos desastres.

A última prioridade é aperfeiçoar a preparação em casos de desastres a fim de dar uma resposta eficaz e contribuir para uma “reconstrução melhor” nos âmbitos da recuperação, reabilitação e reconstrução, tanto das vidas e da saúde das populações adscritas, como das unidades e profissionais de saúde que muitas vezes podem se encontrar em situações de vulnerabilidade. **A compreensão dos riscos de desastres a que se encontra exposta a população adscrita nos territórios de atuação da AB é fundamental para melhor preparar as equipes de saúde e suas unidades com antecedência aos eventos.**

Entre os marcos da OPAS para as Américas e de Sendai para o mundo, assim como a na Lei no 12.608/2012, houve diversas outras iniciativas no setor saúde que se relacionam diretamente com o tema, das quais destacamos algumas:

- Em âmbito global, o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, que define as emergências em saúde pública;
- Em âmbito nacional, a estruturação: da vigilância em saúde ambiental dos desastres naturais (Vigilância em Saúde Ambiental em Desastres) – em 2005; do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), com

a função de detectar surtos e emergências em saúde pública para disseminar informações essenciais para as respostas em saúde – em 2006; da Força Nacional do SUS, com o objetivo de atuar em situações de emergências ou desastres de importância nacional – em 2011.

A AB possui um papel fundamental em todas essas iniciativas do setor de saúde, tanto na resposta como nos processos de recuperação e reabilitação da saúde das populações.

Este curso tem como objetivo contribuir para que a AB possa se preparar melhor para as situações de desastres. Para tanto, tomamos como referência os desastres que mais afetam os territórios e as populações de nosso país, que são as inundações e deslizamentos de terra (grande parte relacionados às chuvas fortes), assim como a seca. Esses tipos de desastres foram responsáveis por mais de 90% dos cerca de 32 mil desastres que afetaram mais de 96 milhões de pessoas no país no período entre 1991 e 2010, constituindo os tipos de eventos que mais envolvem, direta e indiretamente, a AB. Ao mesmo tempo, considerando as mudanças ambientais em curso, há uma tendência de que as mudanças do clima provoquem o aumento da frequência e gravidade desses desastres, tornando ainda mais necessária a preparação do setor saúde para novos cenários de riscos.

## 1 | Conceitos Básicos

Para iniciarmos nossos estudos, é fundamental o conhecimento de alguns conceitos básicos utilizados no processo de Gestão do Risco de Desastres. O capítulo 1 irá apresentar essas terminologias e os aspectos gerais acerca dos desastres naturais: conceitos, fatores de riscos de desastres, tipos de desastres, situação dos desastres naturais no mundo e no Brasil, os desastres e seus efeitos à saúde. É importante lembrar que abordaremos conceitos harmonizados internacionalmente.

Dessa forma, ao final deste capítulo, o aluno deverá ser capaz de:

- Reconhecer os conceitos básicos acerca do tema “desastres”;
- Caracterizar os principais tipos de desastres;
- Explicar a interface saúde-desastres;
- Caracterizar os efeitos gerais dos desastres para a saúde.

Para isso, o capítulo 1 foi organizado da seguinte forma:

- O que são desastres naturais;
- Vulnerabilidade socioambiental e os desastres naturais;
- Fatores de risco de desastres naturais;
- Tipos de desastres naturais;
- Situação dos desastres naturais no mundo e no Brasil;
- Território e desastres naturais;
- Desastres naturais e seus efeitos sobre a saúde.

## 1.1 | O que são desastres naturais

O tema dos desastres naturais não é novo, porém cada vez mais vem ganhando destaque na mídia e no cotidiano da população, à proporção que sua frequência vem aumentando ao longo dos anos e trazendo inúmeras consequências para a vida e saúde das populações (perdas e danos materiais, ambientais ou humanos e a interrupção nos sistemas e serviços). O aumento na frequência de ocorrências desses eventos pode ser explicado, em parte, pelo crescimento das cidades e intenso processo de urbanização, responsáveis pela ocupação desordenada do solo, degradação ambiental e mudanças climáticas, e, em parte, pelas condições sociais, econômicas, políticas, geográficas e ambientais particulares de cada território.

### Mas o que são desastres naturais?

No âmbito da saúde pública, para que um evento se constitua em um desastre, é necessário que combine alguns fatores, os quais devem ser bem compreendidos. Primeiro, é necessário um evento detonador, conceituado como ameaça ou perigo, relacionado com a qualidade dos eventos físicos, que podem ser gerados pela dinâmica da natureza (geológicos, hidrológicos, meteorológicos, biológicos) ou da sociedade (degradação ambiental ou ameaças tecnológicas, como rompimentos de barragens, acidentes químicos e nucleares). Esse evento deve desencadear a exposição de populações humanas, gerando o potencial de danos e agravos à saúde, que serão mais ou menos graves, a depender das condições de vulnerabilidade, as quais resultam tanto na propensão de uma comunidade ou sociedade a sofrer de modo mais intenso e grave os efeitos dos desastres, como nas limitações das capacidades de redução de riscos e de resiliência ante esses eventos.

O que levará à ocorrência de um desastre não é somente o evento físico em si, mas as condições ou grau de vulnerabilidade das localidades ou comunidades onde esses eventos acontecem. Para entender melhor esse processo, é imprescindível considerar as vulnerabilidades, conforme demonstrado nos tópicos a seguir.

#### ▣▣▣ IMPORTANTE

Portanto, estes são os fatores que constituem um desastre:  
Evento detonador – ameaça ou perigo;  
Vulnerabilidade da população.

## 1.2 | Vulnerabilidade socioambiental e os desastres naturais

Como vimos anteriormente, o desastre é o resultado dos eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, ocorridos em um território ou ecossistema, causando danos humanos, materiais, ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais. Esses eventos adversos chamados de ameaças ou perigos são entendidos como os causadores dos desastres. Assim **a intensidade de um desastre natural depende da relação entre a magnitude do evento adverso (ameaça ou perigo) e o grau de vulnerabilidade do sistema afetado.**

Quanto às condições de vulnerabilidade, elas correspondem a expressões particulares de processos sociais, políticos, econômicos e ambientais mais gerais da sociedade. Tais fatores e

processos podem deteriorar as condições de vida de diferentes grupos da população em determinados territórios, sobrepondo ou criando novas situações de vulnerabilidade social e ambiental existentes. Desse modo, quando um grupo populacional, uma comunidade ou mesmo uma sociedade apresentam condições de vulnerabilidade, isso não é resultado de um processo natural. A vulnerabilidade é uma condição social resultante de inúmeros processos decisórios, que vão do âmbito global ao local.

Portanto, podemos dizer que os desastres naturais são fenômenos socialmente construídos, pois dependem não somente da ameaça física (como a chuva, o terremoto, o furacão), mas também das condições de vulnerabilidade próprias do território onde ocorrem.

### □□□ IMPORTANTE

Vulnerabilidade não é resultado de um processo natural, mas uma condição social.

Dessa forma, podemos dizer que a vulnerabilidade socioambiental é fruto de dois fatores:

Processos sociais que resultam na precariedade das condições de vida e proteção social (como falta de trabalho, renda, saúde, educação e acesso a serviços), assim como aspectos ligados à infraestrutura (como habitações precárias, falta de acesso ao saneamento e água, entre outros), o que torna determinados grupos populacionais (por exemplo, idosos, mulheres, gestantes e crianças, principalmente os mais pobres) mais vulneráveis aos desastres;

Mudanças ambientais resultantes da degradação ambiental (áreas de proteção ambiental ocupadas, desmatamento de encostas e leitos de rios, uso e tipo do solo, poluição de águas, solos e atmosfera, entre outros), que tornam determinadas áreas vulneráveis devido à ocorrência de ameaças e seus eventos subsequentes.

Pensando nessa combinação de fatores, vamos relembrar o cenário 1, apresentado no início do curso. O município de São João Milagroso apresenta uma situação de vulnerabilidade no que se refere aos fatores *climáticos*: clima semiárido, cobertura vegetal de caatinga, solo arenoargiloso; e aos fatores *sociais*: 32,76% e 23,82% da população é pobre e extremamente pobre, respectivamente, e 70% tem baixo nível de escolaridade (ou fundamental incompleto) e menor renda. Essas características se refletem no IDH do município, que é 0,592, e reafirmam a situação de vulnerabilidade social presente no território. Fatores *ambientais* também refletem a situação de vulnerabilidade do município, onde somente 55% e 60% dos domicílios têm rede de abastecimento de água e esgotamento sanitário adequados, respectivamente. O problema se intensifica devido aos acumulados de pluviometria, que demonstra a redução de chuvas ao longo dos últimos quatro anos (2012-2015). Todos esses fatores refletem a *situação de vulnerabilidade* do município São João Milagroso e se relacionam diretamente com a intensidade dos efeitos da seca nas condições de vida e saúde da população e com a menor resiliência local.



## GLOSSÁRIO

Mas afinal o que é resiliência?

Resiliência: resiliência a desastres é a capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade exposta a ameaças físicas (chuvas, terremotos, inundações) de se recuperar, retornando a um nível estrutural aceitável após o desastre (FREITAS; ROCHA, 2014).

Em síntese, a vulnerabilidade socioambiental, resultado de estruturas socioeconômicas que produzem, simultaneamente, condições de vida precárias e ambientes deteriorados, também é responsável por uma menor capacidade de gestão do risco de desastres e pela baixa resiliência local a esses eventos (Narváez; LAVELL; Pérez ORTEGA, 2009; Natenzon, 2002).



## SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre vulnerabilidade socioambiental? Leia o artigo Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência - lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil (FREITAS et al., 2012). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000600021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000600021&script=sci_arttext)>.

Os desastres que ocorrem em condições de vulnerabilidade socioambiental afetam em maior grau os países e populações mais pobres. Além disso, ameaçam a sobrevivência e os meios de vida da população, comprometendo os elementos básicos de sua dignidade e bem-estar (acesso aos alimentos, água de qualidade, habitação, bem como aos serviços, por exemplo educação e saúde) e trazendo riscos de inúmeros agravos e doenças. Assim, forma-se um ciclo vicioso de geração de desastres, agravamento de suas consequências, criação de novos cenários de riscos e vulnerabilidades; e fica prejudicado o desenvolvimento das capacidades de redução de riscos e construção da resiliência.



Figura 1: Transformação do cenário de risco atual em novo cenário após um desastre.  
Fonte: adaptado de Naváez, Lavell e Pérez Ortega, 2009.

As tempestades, enchentes e inundações constituem a grande maioria dos desastres naturais. Dados sobre enchentes e inundações no mundo revelam que há uma tendência de crescimento do número de pessoas expostas e afetadas por esses eventos. Porém, embora enchentes e inundações aconteçam em todo o planeta, 95% das pessoas que morrem em consequência desses eventos estão concentradas nos países com baixa renda per capita.



Situação similar ocorre com outros tipos de desastres naturais, como de origem geológica, caso dos terremotos. Para exemplificar como os desastres naturais atingem as populações de forma diferenciada, vamos analisar os casos dos terremotos que ocorreram recentemente no Haiti e no Chile.

Embora o terremoto de fevereiro de 2010 no Chile (maior renda per capita em relação ao Haiti) tenha sido mais forte do que o ocorrido em janeiro do mesmo ano no Haiti (menor renda per capita), o número de vítimas fatais foi de 385 a 519 vezes maior no Haiti (FREITAS et al., 2012).

O terremoto do Chile atingiu a magnitude de 8,8 na escala Richter, durou 3 minutos e liberou uma quantidade de energia 500 vezes maior que a do Haiti, deixando 577 vítimas fatais. O terremoto do Haiti teve magnitude de 7,0 a 7,3, durou 35 segundos e deixou 300 mil mortos. Embora o terremoto do Chile tenha sido mais intenso e tenha durado mais tempo, no Haiti, onde as condições de vida são mais precárias, o terremoto causou impactos maiores (FREITAS et al., 2012).

TERREMOTO - LOCAL	MAGNITUDE (ESCALA RICHTER)	VÍTIMAS FATAIS
Chile	8,8	577
Haiti	7,0 - 7,3	300.000

Compreendemos, portanto, que **reduzir os riscos de desastres necessariamente implica reduzir ou eliminar as condições de vulnerabilidade. Isso pode ser alcançado por meio de ações que melhorem as condições de vida e infraestrutura.** Além disso, são necessárias ações de preparações e respostas capazes de reduzir os impactos dos desastres.

Assim, a redução de riscos envolve medidas estruturais, como as de engenharia, por exemplo, relacionadas à proteção de estruturas e infraestruturas, para reduzir ou evitar o possível impacto dos perigos/ameaças. É necessário também atuar em medidas não estruturais, como as políticas públicas sociais, o planejamento territorial, a geração de informações, como mapas de riscos, que auxiliem nas tomadas de decisões preventivas, na conscientização tanto dos gestores quanto da população e no desenvolvimento de conhecimento científico.

Ao entendermos que as situações de vulnerabilidade estão diretamente relacionadas à magnitude e intensidade dos desastres e seus impactos nas condições de vida e saúde das populações, o conhecimento e a compreensão do território tornam-se essenciais para a orientação do trabalho preventivo e auxiliam nas tomadas de decisões diante da ocorrência de desastres naturais. Abordaremos o tema mais adiante neste capítulo.

## 1.3 | Fatores de risco de desastres naturais

### Por que os desastres ocorrem? Quais são os fatores de risco de desastres?

Todos os dias milhares de pessoas se encontram expostas a riscos de desastres (secas, inundações, terremotos, tsunamis), e esses riscos se relacionam diretamente com o meio ambiente, ameaças físicas e naturais e com as condições sociais em que essas pessoas vivem, como vimos nos tópicos anteriores que abordaram a situação de vulnerabilidade socioambiental presente no território.

Vamos tomar como exemplo o cenário 2, também apresentado no início do curso. Após sofrer com chuvas intensas e cheia do rio, o município que apresentava características de vulnerabilidade (presença de construções aglomeradas e irregulares, que geram a impermeabilização excessiva do solo, má drenagem e bueiros entupidos, o meio ambiente degradado, erosão e terrenos inclinados) pode vir a sofrer com uma inundação e/ou deslizamentos de terra, que, possivelmente, se tornarão um desastre, caso estes acontecimentos levem a perdas materiais, humanas e/ou causem colapsos no funcionamento da comunidade local. Se essa localidade ainda apresentar lixo acumulado, falta de acesso a água potável e esgoto a céu aberto, poderá sofrer também um desastre ampliado, com a ocorrência de doenças, contaminações e intoxicações. Dessa forma, condições como pobreza, violência, drogas, economia local frágil, infraestrutura inadequada, moradia em áreas de risco, falta de acesso a serviços de saúde, despreparo e falta de treinamento e competências adequadas para lidar com os eventos adversos são fatores de risco determinantes na ocorrência de desastres.

### III IMPORTANTE

O risco de desastres existe quando temos a combinação de eventos físicos potencialmente danosos e condições de vulnerabilidade.

Risco = Ameaça (evento físico) + Vulnerabilidade (condições, fatores ou características do local ou indivíduo).

## Seguindo essa linha de pensamento, quais fatores poderiam ser apontados como de riscos para a ocorrência de desastres?

A literatura disponível sobre o assunto aponta três principais fatores de riscos de desastres: o padrão de desenvolvimento, o crescimento e distribuição da população e degradação do meio ambiente. A seguir, vamos entender como cada um desses fatores pode gerar esse risco:

- **Padrão de desenvolvimento:** quanto mais baixo o padrão de desenvolvimento econômico e social, maiores as condições de vulnerabilidade e menor a capacidade de redução de riscos de desastres;
- **Crescimento e distribuição da população:** o crescimento da população em determinadas áreas (margens de rios, encostas de morros e montanhas) pode representar aumento de riscos de desastres, que podem ser agravados pelas precárias condições de infraestrutura e existência de assentamentos indevidos;
- **Degradação do meio ambiente:** o meio ambiente e os desastres estão intimamente ligados. A degradação ambiental afeta o equilíbrio natural da terra como um todo e de seus ciclos (como o ciclo da água), altera a base de recursos de que dispõe a humanidade, aumentando a instabilidade climática e a vulnerabilidade. Agrava também o impacto das ameaças naturais, reduz a capacidade de resposta a elas em geral e põe em dúvida as estratégias tradicionais para enfrentar a situação.

Compreendendo os fatores de risco e sua relação com a ocorrência dos desastres, pode-se conhecer e avaliar o risco real dos territórios para que sejam adotadas ações a fim de prevenir e reduzir os riscos. **O conhecimento do risco possibilita adotar políticas e ações para reduzir a ocorrência dos desastres e suas consequências.** A adoção dessas políticas e/ou medidas exige acurada

avaliação dos riscos, a identificação das ameaças e o reconhecimento das condições de vulnerabilidade do local. Para avaliar os riscos, devemos buscar informações sobre as condições físicas (ameaças da natureza ou da sociedade), ambientais e sociais (principais vulnerabilidades sociais e ambientais) do território.



Visita ao Reator 3 na Usina Nuclear Delichi em Fukushima/Japão pelos inspetores da ONU.

#### Condições Físicas

*A adoção dessas políticas e/ou medidas exige acurada avaliação dos riscos, a identificação das ameaças e o reconhecimento das condições de vulnerabilidade do local. Para avaliar os riscos, devemos buscar informações sobre as condições físicas (ameaças da natureza ou da sociedade), ambientais e sociais (principais vulnerabilidades sociais e ambientais) do território.*



Alicerces com suspensão para absorver o impacto gerado por terremotos.

#### Condições Sociais

*Quais as condições de vida das pessoas e do meio ambiente local? (Avaliar os fatores de risco) Em relação às condições sociais, a avaliação de riscos deve identificar os níveis de vulnerabilidade que se referem aos processos relacionados às condições de vida e infraestrutura que tornam determinadas populações em determinados territórios, mais expostas e propensas a sofrer perdas e danos ao serem afetadas por um evento físico em particular.*

Ainda pensando no município de Vale do Figueira, descrito no cenário 2: o município sofreu em 2012 um dos mais graves desastres naturais registrados em sua história, com bairros inteiros alagados, enxurradas e deslizamentos de solo, o que provocou mortes e destruição. Os fatores de risco que levaram a esse desastre foram: processo de urbanização acelerada e ocupação desordenada do solo.

## □□□ IMPORTANTE

Relembrando, o risco de desastres está relacionado à intensidade ou magnitude dos eventos físicos (chuvas, terremotos, ventos, etc.), combinado com o grau de exposição e de vulnerabilidade das populações de uma região. Essas ameaças e condições de vulnerabilidade são os fatores de risco de desastres, o resultado de práticas individuais e/ou coletivas em relação ao uso, ocupação e transformação do território e de seus recursos.

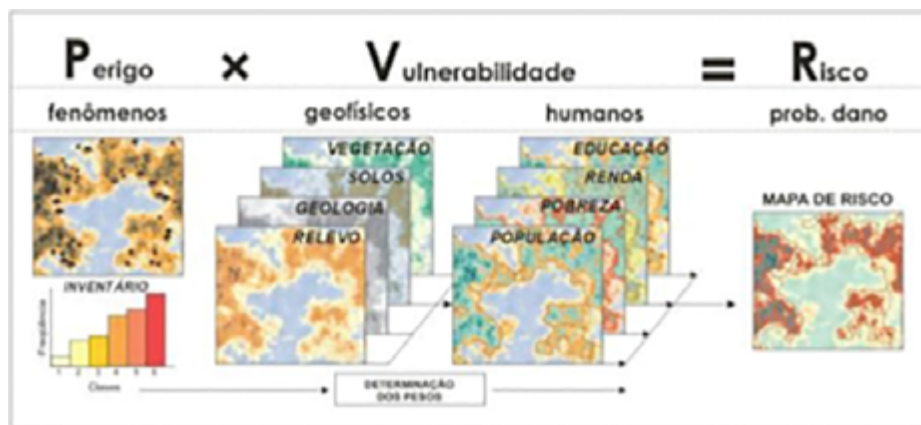


Figura 2: Aspectos que envolvem o risco. Fonte: Marcelino, 2008.

## 1.4 | Tipos de desastres naturais

O conhecimento da tipologia dos desastres é importante no processo de gestão do risco de desastres, visto que a atuação deve ser específica para o tipo de evento ocorrido.

Nesse curso, estudaremos apenas os desastres de origem natural.



Figura 3: Classificação de Desastres. Fonte: Adaptado de Freitas e Rocha, 2014.

Os desastres naturais são aqueles provocados por fenômenos e desequilíbrios da natureza e/ou pela ação do homem, causando inúmeras consequências na vida dos indivíduos. A classificação internacional de desastres do Centro de Pesquisa de Epidemiologia em Desastres (CRED) considera que os desastres são divididos em duas categorias: naturais ou tecnológicos. Segundo o CRED, os desastres naturais são divididos em cinco subgrupos: geofísicos, climatológicos, hidrológicos, meteorológicos e biológicos. Essa mesma classificação foi utilizada na revisão da codificação brasileira de desastres no ano de 2012.



## SAIBA MAIS

Nota: O CRED é um centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a pesquisa sobre epidemiologia dos desastres. Ele classifica os desastres em duas categorias: naturais e tecnológicos. Para saber mais, acesse: <<http://www.cred.be/>> .

Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil – SEDEC

Em 2012, a SEDEC estabeleceu a Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE) e passou a utilizar a mesma codificação do Centro para Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres (CRED), da Organização Mundial de Saúde (OMS/ONU). Quer saber mais? Acesse: <<http://www.mi.gov.br/web/guest/defesa-civil/legislacoes>> .

Para melhor compreensão, selecionamos fotos com os diferentes tipos de desastres naturais ocorridos no Brasil.



**Geofísico:** Erosão Marinha em Natal, RN, em outubro de 2012 (Foto Mauren Carvalho).



**Hidrológico:** Inundação no centro da cidade de Palmares, PE, em junho de 2010. Algumas casas ficaram completamente submersas (Foto cedida pela Defesa Civil estadual de Pernambuco).



**Hidrológico:** Inundação atingindo palafitas, Manaus, AM, em maio de 2012 (Foto Aderita Sena).



**Climatológico:** Açude seco no município de Mansidão, BA (Foto cedida pela Defesa Civil estadual da Bahia, 2012).



**Climatológico:** Convívio com a seca no município de Andaraí, BA (Foto cedida pela Defesa Civil estadual da Bahia, 2012).



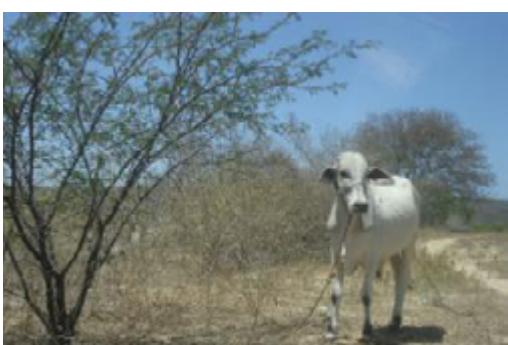
**Climatológico:** Incêndio na Chapada Diamantina, BA, em outubro de 2008 (Foto cedida pela Defesa Civil estadual da Bahia).

Além disso, os desastres naturais podem ser classificados em intensivos ou extensivos, a depender de como ocorrem, qual sua duração e sua intensidade.



**Desastres intensivos:** são caracterizados pela baixa frequência de eventos, porém são geograficamente concentrados e com grande potencial de perdas, danos e mortalidade. Exemplos: terremotos, tsunamis, erupções vulcânicas, furações, inundações abruptas.

Foto: Terremoto do Haiti – O Estadão – Jonne Roriz A/E (01/02/2010).



**Desastres extensivos:** correspondem a 96% dos eventos (alta frequência). Não causam grande número de óbitos, mas são responsáveis por extensos danos à infraestrutura local e às habitações, com forte impacto nas condições de vida das comunidades e sociedades de baixa renda. Exemplos: seca, inundações graduais, erosão.

Foto: Seca em Itapetim (PE) – Tais Alpino (18/09/2013).

Porém, é importante observar que riscos de desastres extensivos tendem a ocorrer regularmente e muitas vezes acabam sendo interpretados como uma situação normal e, conseqüentemente, negligenciados. Podemos citar como exemplos as chuvas fortes e os deslizamentos que atingiram a Região Serrana do Rio de Janeiro (Brasil) em janeiro de 2011 e a Seca na região Nordeste, que já dura quatro anos (2012-2015). A percepção de “normalidade” sobre os desastres extensivos se expressa como um comportamento cultural. Em decorrência disso, muitos desastres extensivos acabam sendo compreendidos como de responsabilidade de um “acaso”, que determina quando, onde e quem será atingido por uma “tragédia” relacionada a chuvas, estiagem ou outro evento de origem natural.



## PARA LEMBRAR

---

Um desastre não só atualiza uma situação de risco e vulnerabilidade, como também cria novos cenários de riscos e vulnerabilidades, portanto exige políticas contínuas para sua redução.

## 1.5 | Situação dos desastres naturais no mundo e no Brasil

Quais são os principais desastres naturais que acontecem no mundo? Atualmente, os desastres estão mais ou menos frequentes? Onde (continentes, regiões ou países) eles ocorrem com mais frequência? Quais são os países com maiores consequências quanto a danos humanos e com maiores impactos na economia?

Os desastres naturais ocorrem em todo o planeta e não são fenômenos recentes. Em 1332, na China, cerca de sete milhões de pessoas morreram afogadas e dez milhões pereceram por fome e doenças devido a uma devastadora inundação. Em 1755, ocorreu o famoso terremoto em Lisboa, Portugal, que atingiu 8,6 graus na escala Richter, vitimando cerca de 50 mil pessoas em decorrência dos tremores de terra, do tsunami e dos incêndios que devastaram a cidade.

Podemos lembrar de outros grandes desastres naturais mais recentes. Em 26 de dezembro de 2004, houve, por exemplo, um tsunami que atingiu o sul da Ásia, deixando mais de 170 mil mortos, 50 mil desaparecidos, mais de um milhão de desalojados e 500 mil desabrigados (EM-DAT, 2010). Santa Catarina, em dezembro de 2008, sofreu o pior desastre da história do estado. Chuvas intensas deixaram mais de 80 mil pessoas desalojadas e desabrigadas, 63 municípios em situação de emergência, 14 em estado de calamidade pública e 135 mortes, de acordo com a Defesa Civil de Santa Catarina. Em janeiro de 2010, houve o terremoto do Haiti, que atingiu a capital do país, Porto Príncipe, com magnitude entre 7,0 e 7,3 na escala Richter e teve duração de 35 segundos, deixando cerca de 300 mil pessoas mortas. Ao todo, mais de dois milhões de pessoas foram diretamente afetadas pelo terremoto, representando 15% da população do país. Exatamente um ano depois, em 12 de janeiro de 2011, ocorreram fortes chuvas na Região Serrana do Rio de Janeiro, que provocaram o que vem sendo considerado como o maior desastre climático ocorrido no Brasil. Foram cerca de mil pessoas mortas, 22 mil desalojados e oito mil desabrigados (Freitas et al., 2012; Defesa Civil de Santa Catarina).



### SAIBA MAIS

**Desaparecido:** Aquele que não foi localizado ou tem seu destino desconhecido em circunstâncias de desastres.

**Desalojado:** Aquele que foi obrigado a abandonar temporária ou definitivamente sua habitação, em decorrência do desastre, mas que não necessariamente carece de abrigo provido pelo sistema.

**Desabrigado:** Aquele cuja habitação foi afetada por dano ou ameaça de dano e necessita de abrigo provido pelo sistema.

**Afetado:** Aquele que tenha sido atingido ou prejudicado por desastres.

Segundo a Base Internacional de Dados de Desastres (EM-DAT), a ocorrência de desastres naturais vem aumentando drasticamente no mundo. Se em 1975 o número de registros de desastres naturais foi de 50, em 2005, 30 anos depois, foi dez vezes maior, passando para 500 apenas naquele ano, como pode ser visto no Gráfico 1.

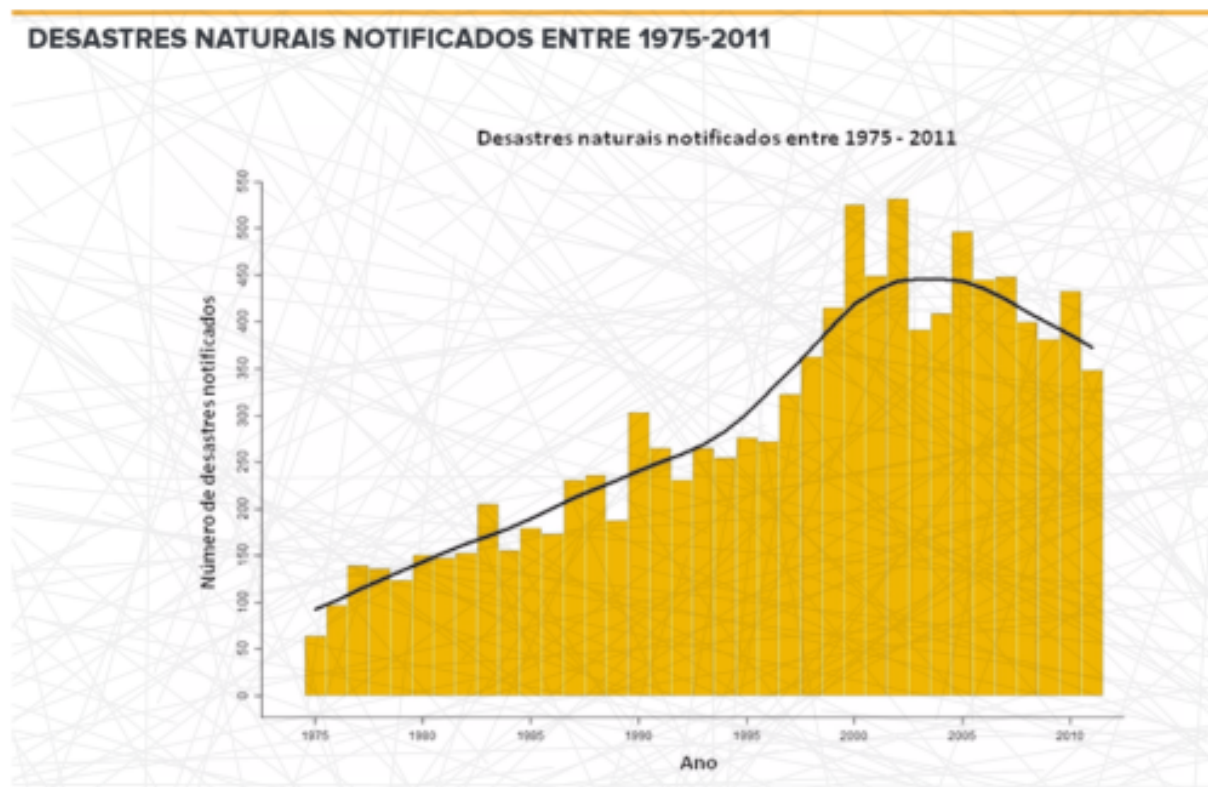


Gráfico 1: Desastres Naturais Notificados entre 1975-2011. Fonte: adaptado de EM-DAT

Os desastres naturais ocorrem tanto em países ricos (exemplo: Estados Unidos) como em países de mais baixa renda (exemplo: Haiti). Entre os cinco países mais frequentemente atingidos por desastres naturais, na última década, encontramos tanto as grandes potências quanto países em desenvolvimento. São eles: China, Estados Unidos, Filipinas, Índia e Indonésia.

Os desastres afetam os indivíduos de diversas maneiras: podem provocar desde lesões corporais até a morte e consequências psicossociais nas comunidades, além de terem o potencial de prejudicar o meio ambiente e causar perdas econômicas. Dependendo do tipo de desastre, ele pode causar mais perdas econômicas que danos diretos às pessoas ou causar mais mortes e menos danos econômicos.

Na Figura 4 abaixo, que mostra o ranking de desastres, vimos que, em 2011, os países que registraram maior número de óbitos por desastres foram o Japão, as Filipinas e o Brasil. Por outro lado, quando comparamos as perdas econômicas (Figura 5), os países mais afetados naquele mesmo ano foram o Japão, os Estados Unidos e a Tailândia. Os países mais ricos, em geral, apresentam as maiores perdas econômicas justamente por possuírem mais bens a perder.



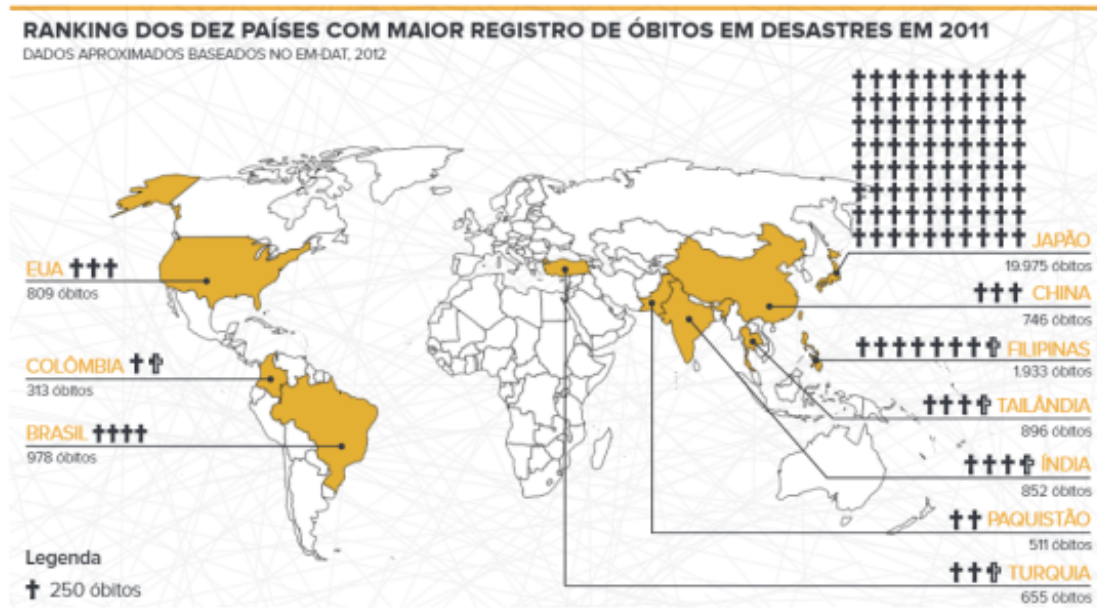


Figura 4: Ranking dos dez países com maior registro de óbitos em desastres em 2011 – Dados aproximados baseados no EM-DAT, 2012. Fonte: adaptado de EM-DAT.

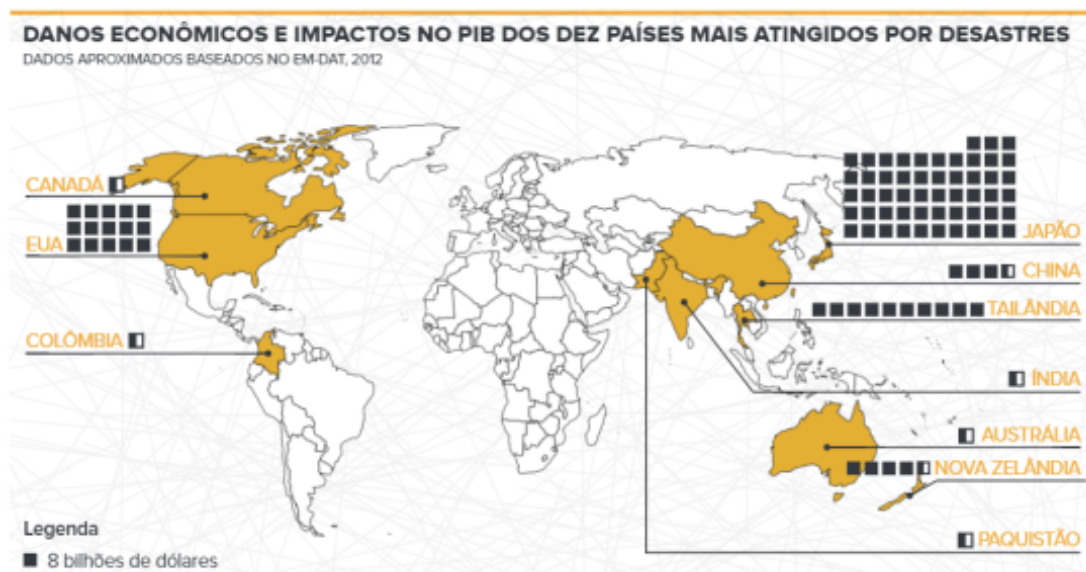


Figura 5: Ranking dos dez países com maiores danos econômicos e impactos do PIB por desastres. Fonte: adaptado de EM-DAT.

Repare que em 2011 o Brasil ficou em terceiro lugar em número de óbitos, porém nem aparece na lista dos dez países mais afetados em termos econômicos. Isso indica que os países são afetados de modo distinto pelos desastres naturais.

### □□ IMPORTANTE

Os desastres naturais ocorrem em todo o mundo e não constituem fenômeno recente. Eles estão se tornando cada vez mais frequentes e causam prejuízos diferenciados dependendo das condições econômicas e sociais de cada país.

## 1.6 | Desastres naturais no Brasil

Você sabe quais são os principais desastres naturais que ocorrem no Brasil? Quais as regiões do Brasil que mais sofrem com os desastres naturais? Quais tipos de desastres naturais mais afetam a nossa população? Existe um período de maior ocorrência desses eventos no país?

Segundo os dados da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (SEDEC) e do Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED/UFSC) publicados no Atlas Brasileiro de Desastres Naturais de 1991 a 2012, foram registrados no Brasil 38.996 desastres, que afetaram a vida de mais de 126 milhões de pessoas.

O Gráfico 2 mostra que os desastres naturais são cada vez mais frequentes no país, especialmente a partir de 2001, com aumento significativo a partir de 2009. O Atlas Brasileiro de Desastres Naturais de 1991 a 2012 (ATLAS, 2013) é baseado nos registros e notificações de desastres feitos pela Defesa Civil. Assim, é possível que o aumento observado a partir de 2001 seja fruto de uma ampliação na notificação ao longo dos anos.



Gráfico 2 - Evolução histórica dos desastres registrados no Brasil. Fonte: CEPED, UFSC (2013)

O Gráfico 3 a seguir faz o comparativo da ocorrência de desastres entre as décadas de 1990 e 2000, período durante o qual todos os tipos de desastres tiveram aumento ao longo dos anos, com destaque para o movimento em massa, que aumentou 21,7 vezes, em contraponto à média geral, que foi de seis vezes.

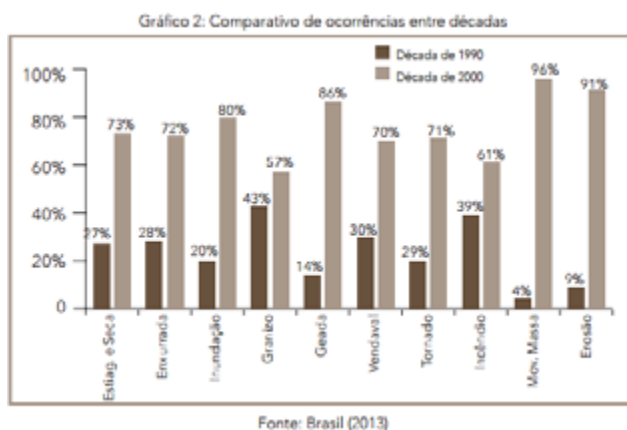


Gráfico 2 - Evolução histórica dos desastres registrados no Brasil. Fonte: CEPED, UFSC (2013)

Quanto aos tipos de desastres mais frequentes, a seca corresponde a 51,31% de todos os desastres naturais registrados (38.996) no Brasil entre 1991 e 2012 (Gráfico 4). Ela afeta grandes extensões territoriais e produz efeitos negativos na economia.

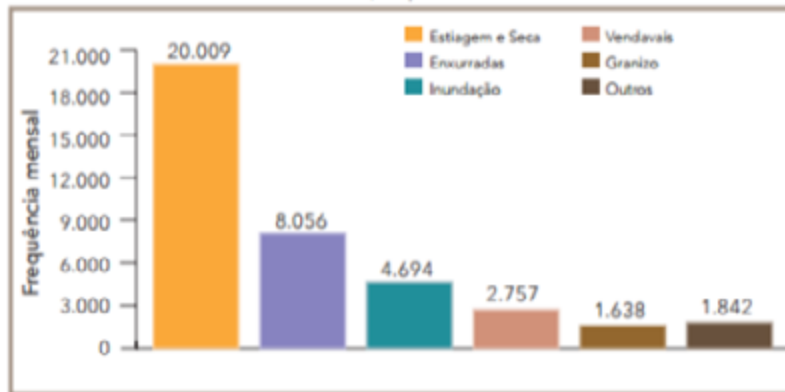


Gráfico 4: Totais de registros dos desastres naturais mais recorrentes no Brasil, no período de 1991 a 2012. Fonte: CEPED, UFSC (2013)

Com relação ao número de afetados pelos desastres, seca é o principal desastre, seguido de enxurrada (20,66%), inundação (12,04%), vendaval (7,07%), granizo (4,20%), movimento de massa (1,79%), alagamento (1,32), erosão (0,9%), incêndio (0,48%), tornado (0,12%) e geada (0,12%), conforme pode ser observado no Gráfico 5.

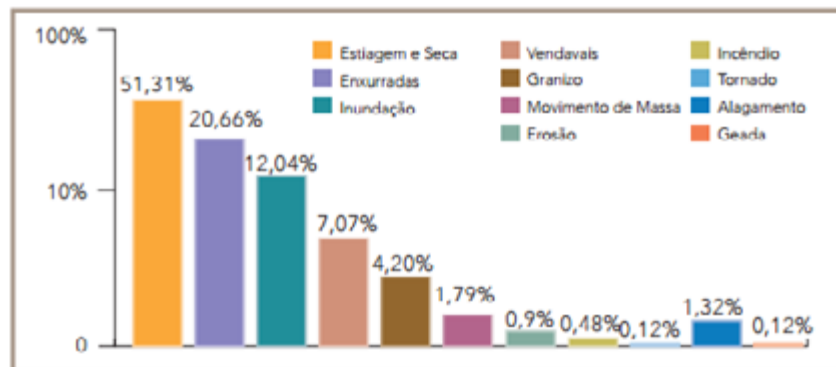


Gráfico 5: Afetados por tipos de desastres. Fonte: CEPED, UFSC (2013)

Como o Brasil é um país com dimensões continentais, ele apresenta características regionais distintas e por isso o padrão dos desastres naturais varia de região para região. Como mostra o Mapa 1 abaixo, há determinados tipos de desastres que atingem mais determinadas regiões que outras.

O relevo acidentado das regiões Sul e Sudeste também propiciam deslizamentos de terra, que em geral ocorrem em associação com as chuvas fortes e as inundações. O deslizamento de terra pode não ser um fenômeno tão frequente quanto outros tipos de desastres, mas provoca proporcionalmente um grande número de óbitos.

Além disso, dependendo da época do ano, uma região do país é mais atingida do que outras. Na região Norte, os desastres são mais frequentes nos meses de abril e outubro; na região Nordeste, nos meses de março, abril e maio; na região Centro-Oeste, nos meses de fevereiro e março; na região Sudeste, nos meses de agosto, novembro e dezembro; e na região Sul, nos meses de janeiro, fevereiro e de setembro a dezembro.



O Quadro 1 mostra que, dos 15 municípios que mais decretaram situação de emergência ou estado de calamidade (17 decretos ou mais), oito se encontram no Ceará (principalmente estiagem e seca), três em Alagoas, dois em Pernambuco e um nos estados do Rio Grande do Norte e Santa Catarina. De acordo com este quadro, quase todos (14 em 15) os municípios que mais decretaram situação de emergência e de calamidade se encontram na região Nordeste. Os mapas de 3 a 6 mostram os decretos de situação de emergência e decretos de calamidade pública por município, entre 2003 e 2012, considerando eventos hidrológicos, climatológicos, meteorológicos e geofísicos ou geológicos.

Quadro 1 - Municípios com maior número de decretos, 2003- 2012	
Município	Total de decretos
Irauçuba - CE	20
Tangará - CE	19
Parambu - CE	18
Pedra Branca - CE	18
Lagoa Grande - CE	18
Santa Cruz - PE	18
Água Branca - AL	18
Quixadá - CE	17
Itabira - CE	17
Bodó - RN	17
Tauá - CE	17
Penaforte - CE	17
Cacimbinhas - AL	17
Carneiros - AL	17

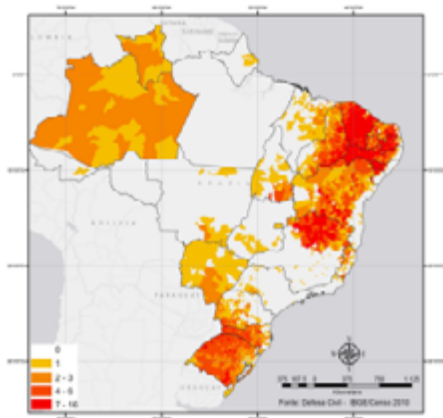
Fonte: Dados da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil – Avadan.

## Decretos de situação de emergência e de calamidade pública por município, entre 2003 e 2012:



Ao analisar os diferentes mapas para os diferentes tipos de desastres no país, é possível verificar que, no Mapa 3 (*hidrológico*), os estados das regiões Sul e Sudeste do país foram as que concentraram o maior número de municípios com o maior número de decretos, seguidos pelos municípios do estado do Nordeste.

Mapa 3: Eventos hidrológicos



De acordo com o Mapa 4 (*climatológico*), vet do Norte, Ceará, Sul da Bahia) e na região norte do estado de Minas Gerais. Embora menor, mas não menos importante, encontramos também uma concentração desses eventos em dois estados da região Sul: Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Mapa 4: Eventos climatológicos



No Mapa 5 (*meteorológico*), a maior parte desses eventos e decretos se concentrou na região Sul do país, principalmente Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Embora os mapas para as diferentes regiões identifiquem esse tipo de desastres em outros municípios e estados, o mapa da região Sul deixa claro que em Santa Catarina e Rio Grande do Sul encontram-se a maior parte desses eventos e populações expostas.

Mapa 5: Eventos meteorológicos



Por fim, podemos observar no Mapa 6 (*geofísico ou geológico*) que esses eventos se apresentaram de forma mais dispersa pelo país. Porém, a maior concentração de registros, de acordo com o mapa, foi na região Norte, principalmente no estado do Amazonas, e região Sudeste, principalmente nos estados de Espírito Santo e Rio de Janeiro.

Mapa 6: Eventos geofísicos ou geológicos

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2014 (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2).

Abaixo estão exemplos de alguns tipos de desastres naturais, para além dos cenários 1 e 2, já apresentados, que ocorreram no Brasil nos últimos anos e que causaram impactos diversos e intensos no território, nas condições de vida e na saúde das populações.

## CHUVAS E INUNDAÇÕES NA REGIÃO SUL DO PAÍS – 2015

**Inundação** – o mês de outubro de 2015 foi marcado por fortes chuvas na Região Sul do país. Porto Alegre teve de fechar as comportas do cais Mauá, porto e cartão postal da cidade, porque vários bairros que ficam abaixo do nível do Rio Guaíba estão sendo inundados. Ontem, o rio atingiu seu mais alto nível desde 1941, com 2,92 m, quando o normal é 1,80 m, segundo a Defesa Civil local. A medida evita que o Centro da capital gaúcha seja inundado. Muitas regiões próximas ao leito do rio estão sofrendo com as enchentes. Na cidade de Eldorado do Sul, por exemplo, que faz parte da Região metropolitana de Porto Alegre, um terço do seu território foi invadido pelas águas. Em todo o estado pelo menos sete mil pessoas foram obrigadas a deixar suas residências. Apesar de a medida ter afetado quatro mil casas, até o momento ninguém ficou ferido com maior gravidade. As chuvas na Região Sul também afetaram o estado de Santa Catarina. Já são mais de 4.300 pessoas fora de suas casas e duas rodovias com trechos interditados por conta de deslizamentos de terra.

No Rio Grande do Sul, 106 municípios gaúchos foram atingidos pelas chuvas. De acordo com a Defesa Civil do estado 147.558 pessoas foram atingidas e ainda há milhares fora de casa. São 5.503 famílias desalojadas e 1.346 famílias desabrigadas. A região das ilhas de Porto Alegre é uma das mais prejudicadas. As estimativas do Gabinete de Defesa Civil Municipal é de que 12 mil pessoas tenham sido atingidas pela enchente e pelo recente temporal. Ao todo, 1,5 mil pessoas estão desalojadas e 600 delas estão em abrigos

Fonte: Site do O Dia, 13 de outubro de 2015, e site Globo.com, 20 de outubro de 2015. Links: <<http://odia.ig.com.br/noticia/brasil/2015-10-13/porto-alegre-fecha-comportas-do-guaiba-para-evitar-inundacao.html>> e <[http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/10/sobe-para-106-cidades-e-147-mil-pessoas-atingidas-por-chuva-no-rs.html?utm\\_source=twitter&utm\\_medium=share-bar-desktop&utm\\_campaign=share-bar](http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/10/sobe-para-106-cidades-e-147-mil-pessoas-atingidas-por-chuva-no-rs.html?utm_source=twitter&utm_medium=share-bar-desktop&utm_campaign=share-bar)>.

## SECAS (2005 E 2010) E CHEIAS (2009 E 2012) NO AMAZONAS

**Seca** - No ano de 2005 ocorreu uma importante seca na bacia Amazônica entre os meses de setembro e outubro, na ocasião foi a pior seca desde o início dos registros de cota do Rio Negro, em 1905. Todos os 62 municípios do estado do Amazonas decretaram estado de calamidade pública, afetando de modo mais intenso 914 comunidades, cerca de 32 mil famílias e mais de 167 mil habitantes. Em 2010, uma seca ainda mais devastadora e considerada mais intensa dos últimos 100 anos atingiu a região amazônica. Cerca de 122,6 mil pessoas foram atingidas diretamente, 18 municípios declararam situação de emergência. Mais de 28 mil famílias encontravam-se isoladas, pois habitavam zonas rurais de municípios, à beira de lagos, nascentes de igarapés e trechos de cursos d'água onde o nível da água já não comportava navegação. Os danos à economia agrícola da região atingiram cerca de 250 mil pessoas que dependiam dessas atividades.

**Cheia** - Até o ano de 2009 a referência utilizada pelas comunidades ribeirinhas de Manaus para construção de palafitas era baseada na cota atingida em 1953, a maior cheia documentada até então. A cheia que terminou no dia 01 de julho de 2009, com um pico de 29,77 metros, apresentou um nível 1,97 metros acima da média e 0,08 acima do nível atingido em 1953. Em 2012 uma inundação ainda maior que a de 2009 atingiu a região da capital amazonense com

nível de 29,97 metros. Em ambos os eventos cerca de 20 mil famílias vivendo em habitações com condições precárias, próximas a igarapés, sofreram com o avanço das águas sobre suas casas. Doenças como diarreias, leptospirose, dermatites entre outras de veiculação hídrica apresentaram surtos em toda a cidade.

O curto intervalo de menos de uma década para registro das duas maiores secas e duas maiores cheias na região da bacia amazônica num período de cem anos de observação levantam questionamentos sobre as possíveis causas relacionadas às mudanças climáticas.

*Fonte: GEO Brasil: recursos hídricos: componente da série de relatórios sobre o estado e perspectivas do meio ambiente no Brasil. Ministério do Meio Ambiente; Agência Nacional de Águas; Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. Brasília: MMA; ANA, 2007. Xavier et al., 2011.*



## SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a situação dos desastres naturais no país, leia o artigo: Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil (FREITAS et al., 2014).  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3645.pdf>>.

## CHUVAS E DESLIZAMENTOS NA REGIÃO SERRANA (2011)

*Na madrugada do dia 12 de janeiro de 2011 ocorreram fortes chuvas na Região Serrana do Rio de Janeiro que resultaram no que vem sendo considerado como o maior desastre ocorrido no Brasil. Estas chuvas resultaram em enchentes e deslizamentos que atingiram áreas rurais e urbanas, comunidades de baixo e alto poder aquisitivo, algumas ficando totalmente isoladas, destruindo prédios e habitações, infraestrutura pública, estabelecimentos de saúde e escolas, comprometendo principalmente os serviços de abastecimento de água, energia elétrica e telefonia fixa. As principais atividades econômicas da região foram prejudicadas e em termos de consequências humanas foram registrados 918 óbitos, 8.795 desabrigados e 22.604 desalojados, resultando no impacto direto sobre a vida de mais de 32 mil habitantes, principalmente nos municípios de Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo, com o total de sete municípios decretando estado de calamidade pública.*

*O desastre revelou como a Região Serrana apresentava problemas crônicos de construções inadequadas em áreas de riscos (margens de rios e encostas), drenagem de águas, acúmulo de lixo nas encostas e desmatamentos, além da urbanização não planejada e a falta de terrenos próprios para moradias seguras, contribuindo para aumentar a vulnerabilidade socioambiental e converte-las em desastres, expondo e afetando de modo mais intenso os mais pobres.*

*Fontes: CEPED/UFSC, 2011; Freitas et al., 2012.*



## 1.7 | O território e os desastres naturais

### Por que relacionamos o território com desastres naturais?

Como vimos no início do capítulo, as condições do ambiente afetam diretamente a saúde das populações e as deixam suscetíveis aos eventos físicos extremos, como chuvas, terremotos, furacões. Dessa forma, as mudanças no ambiente resultantes da degradação ambiental tornam determinados territórios mais vulneráveis à ocorrência de desastres naturais.



### SAIBA MAIS

Para saber mais sobre esse tema, leia o artigo: O território no Programa de Saúde da Família (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). <[http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o\\_territorio\\_na\\_esf.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_na_esf.pdf)>.



### GLOSSÁRIO

**Território:** Espaço geográfico, com limites político-administrativos, onde vivemos. Esse espaço contém as relações entre seus habitantes e está sempre em transformação, tanto do ponto de vista físico, quanto das relações sociais que nele se estabelecem. Possui uma identidade construída ao longo de sua história, que é marcada por relações de poder exercidas entre os atores presentes nesse território. Fonte: Freitas e Rocha, 2014.

No Brasil, as situações ambientais, principalmente a de centros urbanos e periféricos, apresentam processos de construção parecidos, com rápido crescimento populacional e distribuição desordenada do território, fruto de uma histórica ocupação, com relações de poder próprias, como consequência do abandono social e da ausência do estado, transformando esses locais em áreas de risco. Essa realidade ocasiona a ocupação de áreas de proteção ambiental, como margens de rios e encostas. Apesar disso, há pouca ou nenhuma ação por parte do estado ou do município para conter tal processo. Não é raro vermos casas, escolas ou estabelecimentos de saúde, por exemplo, construídos em áreas de risco ou de proteção ambiental.

**Essa situação é ilustrada pela foto abaixo, que mostra o desabamento de uma encosta em Nova Friburgo, Rio de Janeiro.**



Fonte: Dados da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil – Avadan.

Quando falamos em território, consideramos o conceito utilizado na Vigilância em Saúde, que reconhece o território como algo para além da extensão geográfica, uma vez que apresenta um perfil epidemiológico, demográfico, tecnológico, político, social e cultural em permanente construção.



## PARA LEMBRAR

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

Tal reconhecimento é muito importante para caracterizar os problemas de saúde e do ambiente e para a compreensão das necessidades da população. Assim, os impactos das ações do setor saúde na gestão dos riscos de desastres naturais poderão ser mais bem avaliados. Ao considerarmos o território um espaço para além de suas dimensões físicas, tentando compreender os processos ocorridos em sua ocupação e o ambiente que se criou, estamos compreendendo melhor como as ações de Promoção, Vigilância e Atenção à Saúde podem ser realizadas de maneira mais realista.

Na Atenção à Saúde, a Estratégia de Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial com foco no território. É feita a delimitação das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento e caracterização do ambiente, população e dinâmica social existente no território, bem como avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

## 1.8 | Desastres naturais e seus efeitos sobre à saúde

**Você sabia que os desastres afetam a saúde da população? Como e por que isso acontece? Quais as principais doenças relacionadas a esses eventos?**

Como vimos nos tópicos anteriores, a intensidade dos impactos dos desastres naturais sobre a saúde da população está diretamente relacionada com as características dos eventos e situações de vulnerabilidades socioambientais do território. **Quanto mais vulnerável um território, maior poderá ser o impacto sobre a saúde**, que, de maneira geral, pode ser afetada pela alteração do perfil da morbidade e mortalidade, pelo aumento da demanda por serviços de saúde, pela redução da capacidade de atendimento ou interrupção da prestação dos serviços, pela superação da capacidade de resposta local, seja pelo impacto na infraestrutura ou nos profissionais que prestam o atendimento.

Os desastres podem afetar a saúde de forma direta e indireta, e esses impactos podem ser de curto, médio e longo prazo, constituindo-se em um desafio para a vigilância e atenção à saúde, que precisam atuar de forma oportuna para promover a redução da exposição da população de um território atingido pelo desastre aos riscos dele decorrentes.

Alguns efeitos são mais potenciais que reais e, em geral, podem ser reduzidos e até mesmo evitados mediante ações de prevenção e preparação eficazes que levem informação, educação e capacitação aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde e às comunidades.

É importante lembrar que os efeitos à saúde variam de acordo com os tipos de desastres. Abaixo ilustramos alguns efeitos específicos à saúde relacionados a determinados tipos de desastres.

## Efeitos diretos e indiretos dos desastres naturais na saúde das populações

O aumento da mortalidade decorrente de desastres naturais pode ser registrado, por exemplo, em consequência de traumas, lesões, queimaduras e asfixia (no caso de incêndios), hipotermia ou afogamentos (no caso de enchentes e tsunamis), desnutrição e fome (no caso da seca). Alguns estudos apontam para uma elevação nas taxas de mortalidade nos 12 meses após a ocorrência de enchentes. Algumas causas são: desnutrição, depressão e doenças cardiovasculares, demonstrando que os óbitos não se limitam àqueles relacionados diretamente com os eventos. Além dos óbitos de humanos, há também indicações de óbitos de animais, de modo que suas carcaças nas ruas e casas após o desastre também se convertem em fonte de doenças.

### Efeitos diretos



Danos materiais e de infraestrutura, traumas físicos e psicológicos, óbitos e doenças.

### Efeitos sobre os processos sociais



Migração de grupos populacionais (desencadeada por secas ou estiagens), redução da qualidade de vida (moradia, renda, etc).

### Efeitos sobre fatores determinantes da saúde



Produção de alimentos, qualidade da água e do ar, comportamento de vetores (por exemplo: mosquitos) e de agentes infecciosos.



Incêndios/Queimadas/Seca  
Doenças do aparelho respiratório.



**Inundações**  
Afogamentos e lesões; doenças transmissíveis, danos à infraestrutura; aspectos psicossociais.



**Deslizamentos**  
Óbitos e traumas, aspectos psicossociais, colapso da infraestrutura.



**Terremotos**  
Óbitos e traumas, aspectos psicossociais; colapso da infraestrutura.



**Ciclone/Furacão**  
Destruição e colapso da infraestrutura e serviços; impactos psicossociais; lesões e traumas.



**Geada/Granizo**  
Doenças do aparelho respiratório.

Fonte das Imagens:  
Efeitos dos diferentes tipos de desastres na saúde das populações. Fonte: Agência Brasil, Wikimedia Commons e Domínio Público (extraídas de Freitas e Rocha, 2014).  
Seca e potencial de poeiras – doenças respiratórias (Foto Acervo Pessoal de Tais Alpino, 2015).

Quanto à morbidade, existe risco de aumento na incidência de determinadas doenças nos períodos após deslizamentos de terra, tsunamis e enchentes. Há o aumento de doenças transmissíveis por meio da água e alimentos contaminados, assim como de doenças transmitidas por vetores e hospedeiros, como no caso das secas. Entre as doenças transmitidas pela água e alimentos contaminados estão: gastroenterites e infecções por protozoários (como a giardíase) e bactérias do gênero *Shigellas* E. Coli, que causam diarreias graves, cólera, febre tifoide, vírus varíola, hepatites A e E, poliomelite. Entre as doenças transmitidas por vetores e hospedeiros estão: malária, febre amarela, febre hemorrágica, dengue, encefalite (infecção aguda no cérebro), filariose linfática e leptospirose. Em 2013, Alagoas e Pernambuco tiveram surtos de diarreia, com 92 e cerca de 80 mil afetados, respectivamente. Além disso, Alagoas teve 165 mortes como consequência da contaminação da água no mesmo ano. Outro exemplo de impactos dos desastres na saúde ocorreu no Rio de Janeiro, onde houve aumento no número de casos de leptospirose a partir da ocorrência de inundações por chuvas no período de 2007 a 2012.

Isso nos leva a pensar novamente no cenário 1, que apresenta a situação do município de São João Milagroso. Nos últimos anos, a região vem passando por episódios de seca severa, com menor acesso e disponibilidade de água para a população. Essa situação resulta também em maiores impactos da seca na saúde da população, uma vez que a água recebida é proveniente exclusivamente de carros-pipas do exército e do governo, poços perfurados, cisternas nas zonas rurais e compra de água potável, que normalmente não estão em padrão de qualidade adequado para consumo (potabilidade, ph), propiciando a transmissão de doenças de veiculação hídrica e de vetores. No ano de 2013, o município registrou 1.169 casos de dengue (9% da população) devido ao armazenamento de água inadequado. No ano seguinte, foi registrado um aumento no número de ocorrências de diarreia, com uma média de 400 casos entre os meses de janeiro e julho, e 20 óbitos. Essa situação exemplifica alguns dos impactos dos desastres naturais na saúde da população; nesse caso, relacionados à seca.

Além dessas doenças, fortemente relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, há também o aumento da umidade nesse mesmo período, com rápido crescimento de micobactérias (por exemplo *Mycobacterium marinum*) e proliferação de fungos, agravando os problemas de saúde para as pessoas alérgicas e suscetíveis. Como resultado, foram registradas rinite alérgica, infecções respiratórias agudas, asma, sinusites severas, infecções pulmonares, síndrome tóxica da poeira orgânica, dermatites e conjuntivites, comuns também a partir de episódios de seca prolongados.

Outras doenças típicas do período após as enchentes e deslizamentos de terra são: laringite, pressão alta e infecções renais. Foram também relatados sintomas como: tosse, resfriados e gripes, dores de ouvido e garganta, dores abdominais, dores no peito e palpitações, dores de cabeça, náuseas, enjoos e febres.

Mudando o tipo de desastre, vamos pensar no cenário 2 e nos efeitos das inundações na saúde da população. Em 2012, o município de Vale do Figueira sofreu com inundações severas que afetaram 18.430 pessoas (em torno de 10% da população). Nas primeiras horas da inundação, registraram-se 1.252 pessoas a procura de algum tipo de atendimento emergencial nos dois maiores hospitais da cidade. Esse número chegou a 2.367 algumas horas depois, contando com o atendimento nas Unidades de Saúde dos bairros mais afetados. Os principais problemas de saúde causados diretamente pela inundação, enxurradas e deslizamentos foram escoriações, lesões físicas e alguns casos de afogamento. Outra consequência foi o aumento no atendimento a hipertensos e cardíacos, assim como a intoxicados por agrotóxicos.

Além das doenças envolvendo agentes biológicos, os relatos também apontam impactos sobre a saúde mental e emocional das populações expostas aos desastres. **Estados de estresse pós-traumático e transtornos de adaptação foram apontados como consequências de desastres, apresentando percentuais entre 10% e 25% de ocorrência nos expostos** e afetando mais intensamente determinados grupos sociais vulneráveis.

Foram também especificados transtornos e síndromes devido a fatores emocionais, como distúrbios no sono, insônia, pesadelos e memórias repetidas sobre o evento, amnésia, dificuldade de concentração, irritabilidade e raiva, ansiedade, fobias, pânico, depressão, perda de apetite, fadiga, tonteiras e casos de suicídio. Trata-se de manifestações durante ou posteriores à ocorrência dos desastres. Também há casos de violência familiar, abuso no consumo de álcool e

medicamentos entre adultos e distúrbios de comportamento e depressão em crianças e jovens expostos a assédio mental e sexual em abrigos temporários. Essas consequências mentais e emocionais podem durar meses ou anos após o desastre, reaparecendo sempre que houver indícios de novos eventos.

Há também consequências que podem ocorrer imediatamente após um desastre natural, como exposição ao risco de acidentes, lesões e doenças, decorrentes do deslocamento massivo de populações. As aglomerações, muitas vezes em abrigos, com precária infraestrutura encontram condições para a proliferação de doenças transmissíveis. A pouca previsibilidade nas rotinas familiares e as mudanças inesperadas com as perdas materiais, simbólicas e de vidas, assim como, as situações estressantes e conflitantes das evacuações forçadas do local pela necessidade de abandonar as moradias em risco, são situações que culminam com o aparecimento de manifestações agudas no adoecimento das pessoas nos abrigos, em especial das crianças, hospitalizações e episódios dramáticos, como as tentativas de suicídio de um membro da família (FERNANDES E BOEHS, 2013).

Nas áreas rurais, desastres naturais como a seca ou as enchentes podem afetar muito a vida das pessoas e a produtividade da terra, com estragos em plantações e na criação animal, afetando severamente a agricultura e a pecuária, e comprometendo ou impossibilitando a produção e a qualidade de alimentos produzidos. No desastre da Região Serrana em 2011, por exemplo, foram degradados cerca de 2.800 hectares nos sete municípios atingidos, e 2.096 hectares de lavouras ou pastagens foram afetados. Além da produção destruída nas diversas lavouras afetadas, os municípios perderam cabeças de gado, estradas, pontes, equipamentos e moradias na área rural.

**A consequência ampliada desses tipos de desastres é a escassez de alimentos e a quebra da economia local.** Além disso, se as consequências dos desastres permanecerem por muito tempo, poderão contribuir para o processo de desertificação, que, por sua vez, contribui para o êxodo rural, aumentando a vulnerabilidade socioambiental nos centros urbanos.

Ainda no intuito de reforçar que os impactos dos desastres sobre a saúde podem se dar também de forma indireta, no Quadro 2 são apresentadas, resumidamente, as consequências das inundações e da seca sobre o ambiente, a economia, a sociedade local do território afetado e sobre a infraestrutura de serviços essenciais. Nesse contexto, a exposição da população a fatores de risco aumenta porque a vulnerabilidade é ampliada, uma vez que condições ambientais e socioeconômicas são determinantes para a saúde humana.

	Consequências ambientais	Consequências socioeconômicas
Inundações/enxurradas/ alagamentos	<p>Contaminação biológica e química da água para o consumo humano, alimentos e solo</p> <p>Comprometimento da rede e fontes alternativas de abastecimento de água</p> <p>Comprometimento dos serviços de coleta e disposição do lixo</p> <p>Alteração nos ciclos dos vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças e nas formas de exposições ambientais dos humanos.</p>	<p>Interrupção total ou parcial de pontes, ruas e estradas por inundação ou destruição</p> <p>Rompimento de diques de contenção</p> <p>Rompimento de tanques de combustíveis</p> <p>Interrupção total ou parcial do fornecimento de serviços de água, eletricidade, gás, transporte e comunicação</p> <p>Interrupção total o parcial do funcionamento de escolas, comércio, serviços funerários, serviços de saúde e outros</p> <p>Comprometimento total ou parcial das atividades agrícolas e pecuárias</p> <p>Prejuízos econômicos pela destruição total ou parcial das fontes de renda e trabalho</p> <p>Perdas de bens pessoais e de valor sentimental</p> <p>Rompimento ou fortalecimento da amizade, cooperação e laços afetivos entre os membros de uma comunidade afetada.</p>
Seca/estiagem	<p>Contaminação da água para consumo humano, alimentos e solo</p> <p>Comprometimento da rede e fontes alternativas de abastecimento de água</p> <p>Intrusão de água salgada em suprimentos de água doce subterrânea</p> <p>Contaminação do ar por poeira e partículas oriundas de incêndio, de florações de cianobactérias e de toxinas acumuladas no solo</p> <p>Alteração nos ciclos dos vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças e nas formas de exposições ambientais dos humanos</p>	<p>Interrupção total ou parcial do fornecimento de água</p> <p>Comprometimento total ou parcial das atividades agrícolas, pecuárias e pesqueiras</p> <p>Comprometimento da quantidade e qualidade dos alimentos</p> <p>Prejuízos econômicos pela destruição total ou parcial das fontes de renda e trabalho</p> <p>Perdas de bens pessoais e de valor sentimental devido à necessidade de migrar e à incapacidade de suprir a família com elementos essenciais à vida</p>

Quadro 2: Consequências ambientais e socioeconômicas dos desastres provocados por inundações/ enxurradas/ alagamentos e seca/ estiagem. Fonte: adaptado de Freitas e Ximenes, 2012; CDC, 2010; WHO, 2012.



## SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os impactos dos desastres na saúde humana, leia os seguintes artigos: Enchentes e saúde pública – uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação (FREITAS; XIMENES, 2012). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a23.pdf>>;

Eventos climáticos extremos e consequências sobre a saúde: o desastre de 2008 em Santa Catarina segundo fontes de informação (XAVIER; BARCELLOS; FREITAS, 2014). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n4/a12v17n4.pdf>>;

Atuação do setor saúde frente a situações de seca (OPAS; 2015). <[http://www.paho.org/bra/images/stories/KMC/wpThumbnails/seca\\_web\\_2.pdf](http://www.paho.org/bra/images/stories/KMC/wpThumbnails/seca_web_2.pdf)>;

Número especial da Revista Ciência & Saúde Coletiva: Desastres Naturais – impactos, vulnerabilidade e organização do setor saúde. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320140009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320140009&lng=pt&nrm=iso)>.

Com relação às consequências ambientais, os desastres naturais podem causar danos ou modificações no ambiente e/ou ampliar situações de vulnerabilidades ambientais já existentes. Após uma enchente, por exemplo, a rede de distribuição de água para consumo humano é afetada, o que compromete o fornecimento de água para residências e serviços de saúde, resultando, entre outras coisas, na falta de água potável para uso da população. Além de a distribuição ser afetada, a água da rede utilizada pela população, bem como poços e nascentes, acaba sendo contaminada por agentes infecciosos, aumentando o risco de doenças transmitidas pela ingestão da água.

Você lembra das consequências causadas pelas inundações no município de Vale do Figueira citadas no cenário 2? Com as inundações, muitas áreas ficaram sem água, luz, sinal de telefone, e duas importantes vias de acesso aos bairros foram interditadas pelos deslizamentos.

Outra consequência ambiental provocada por eventos climáticos extremos é a alteração nos ciclos de reprodução dos vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças, principalmente durante os episódios de seca. Ocorre um aumento de locais com águas residuais, lixo e material em decomposição, que recobrem as ruas e solos após os desastres naturais. Com o ambiente alterado, há um considerável aumento na quantidade de mosquitos, moscas e ratos, assim como na contaminação fecal por parasitos. Mesmo em situações em que não se diagnostica aumento na população de vetores, hospedeiros e reservatórios, identifica-se o potencial aumento na exposição devido ao desalojamento da população. Como exemplo de reprodução de vetores e disseminação de doenças temos os municípios do semiárido brasileiro, como no estado de Pernambuco, que não sofrem somente com a falta de chuva e de água, mas também com os inúmeros casos de dengue clássica e hemorrágica ao longo dos últimos anos de seca (2012 a 2015).

Já no que se refere às consequências socioeconômicas, estas podem ser funcionais (como a interrupção dos serviços de saúde, de água, luz, telefone, internet, transporte público, coleta de resíduos, etc.) e/ou materiais (destruição ou danos de casas, prédios, estradas, pontes, escolas, comércio e hospitais), resultando em prejuízos para a sociedade local, uma vez que afetam serviços, economia e elementos básicos que dão suporte às condições de vida e à saúde. Por exemplo, a força dos ventos destruiu diques de contenção, ocasionando inundações, como no caso do Furacão Katrina em Nova Orleans, EUA, onde tanques que estocavam combustíveis foram rompidos, provocando incêndios por curto-circuito elétrico, danos nos sistemas de aquecimento e resfriamento. Ou, como já citamos anteriormente, diante de episódios de enchentes/deslizamentos e/ou seca/estiagem, muitas plantações e criações de animais são prejudicadas, afetando diretamente as formas de trabalho e renda das populações e consequentemente suas condições de vida.

**O setor saúde é fortemente demandado durante os desastres.** Porém, sua capacidade de atendimento pode ficar reduzida devido à destruição direta da infraestrutura ou aos impactos nas edificações dos hospitais, no fornecimento de serviços básicos, como água, eletricidade e coleta de lixo, comprometendo o bom funcionamento dos serviços. Muitos serviços de saúde (UBS, hospitais, centros de saúde) de municípios brasileiros são atingidos por seca ou inundação e ficam sem acesso a água durante tais episódios, afetando o seu funcionamento e a prestação dos serviços de saúde.

A alteração no cotidiano dos serviços de saúde provocada por desastres pode gerar múltiplos impactos. Exemplo disso é que as atividades de rotina podem ser alteradas ou interrompidas,



prejudicando o andamento de programas de imunização, a vigilância e o controle de doenças, como a tuberculose, assim como programas de combate a doenças transmitidas por vetores, como a dengue. Efeitos secundários incluem a alteração do calendário de vacinação, pondo em risco a saúde materna, de bebês e crianças. O aumento da procura e a redução da capacidade de atendimento dos serviços de saúde, quando há uma situação de desastre e/ou o prolongamento dos danos na infraestrutura das unidades de saúde, costuma trazer dificuldades no acesso ao serviço e ampliar o risco de aumento da morbidade e mortalidade.

Na cidade do Vale do Figueira (cenário 2), por exemplo, as inundações causaram impactos severos na infraestrutura de um dos hospitais, que interrompeu o atendimento 36 horas depois do alerta de inundação, pois o prédio começou a apresentar rachaduras. Agravando ainda mais a situação, 16 horas depois o mesmo edifício foi atingido por um deslizamento. Alguns pacientes que ocupavam leitos, internados mesmo antes do desastre, tiveram que ser deslocados para unidades de municípios vizinhos. As consequências do desastre superaram a capacidade de suporte das unidades de saúde. Além disso, dez Clínicas da Família sofreram inundação total ou parcial. Os transtornos no trânsito também impediram o deslocamento de pacientes e dificultou o atendimento dos casos de emergências.

Além das consequências que inundações, alagamentos, secas e estiagem podem causar no ambiente e na infraestrutura, serviços, economia e sociedade local, devem ser consideradas também as características próprias dos diferentes tipos de ameaças, que podem resultar em múltiplos efeitos, conforme demonstrados na Figura 6.

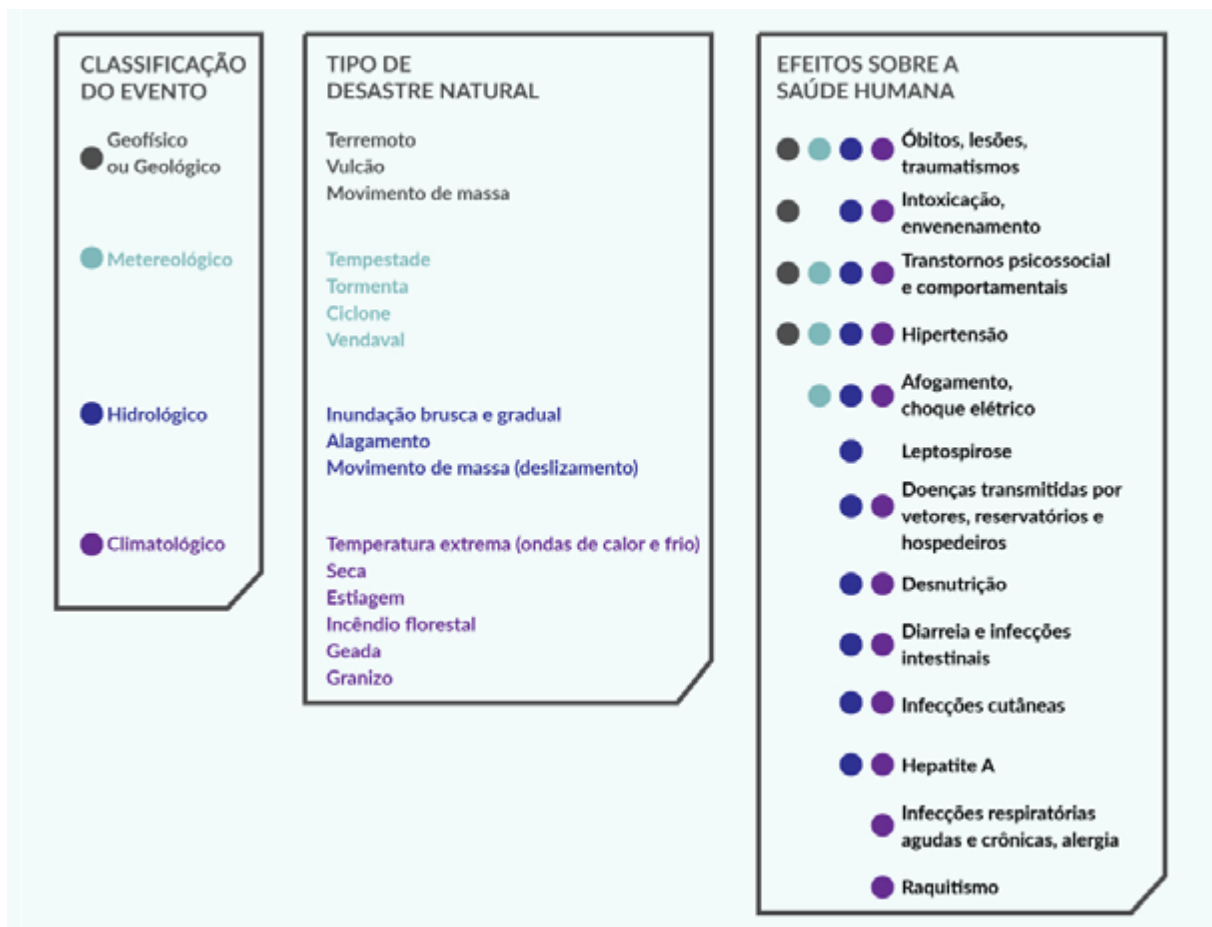


Figura 6. Tipos de desastres naturais e seus efeitos sobre a saúde humana. Fonte: OPAS, 2014.

Conforme demonstraram o quadro e figura, os múltiplos efeitos sobre a saúde humana decorrentes dos impactos pelos diferentes tipos de eventos e fenômenos naturais que resultam em desastres podem se manifestar no curto, médio e longo prazo, e, como podem estar inter-relacionados, constituem um grande desafio para os sistemas nacionais e locais de emergência, atenção e vigilância em saúde.

Considerando que a AB utiliza para seus sistemas de informação e tabulação a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, a seguir estão relacionados os tipos de agravos e doenças consequentes de desastres e sua tipologia.

<b>TIPOS DE AGRAVOS E DOENÇAS CONSEQUENTES DE DESASTRES</b>	
Segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10	
<b>DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ Diarreias e gastroenterites</li> <li>/ Cólera</li> <li>/ Febre tifoide</li> <li>/ Varíola</li> <li>/ Hepatite A</li> <li>/ Hepatite E</li> <li>/ Poliomielite</li> <li>/ Malária</li> <li>/ Febre amarela</li> <li>/ Dengue</li> <li>/ Encefalite de St Louis</li> <li>/ Filariose linfática</li> <li>/ Leptospirose</li> <li>/ Esquistossomose</li> <li>/ Shigelose</li> <li>/ Infecções intestinais por <i>Escherichia coli</i></li> <li>/ Giardíase</li> </ul>
<b>DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ Desnutrição</li> </ul>
<b>TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ Estados de estresse pós-traumático</li> <li>/ Transtornos de adaptação</li> <li>/ Transtornos não orgânicos do sono</li> <li>/ Insônia</li> <li>/ Pesadelos e memórias repetidas sobre o evento</li> <li>/ Amnésia</li> <li>/ Dificuldade de concentração</li> <li>/ Irritabilidade e raiva</li> <li>/ Fobias, ansiedade e pânico, depressão, perda do apetite, fadiga, dificuldade de concentração, tontura</li> <li>/ Abuso no consumo de álcool e medicamentos</li> <li>/ Transtornos do comportamento e emocionais durante a infância</li> <li>/ Úlceras</li> </ul>
<b>DOENÇAS DO OLHO E ANEXO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ Conjuntivites</li> </ul>
<b>DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ Pressão arterial alta</li> </ul>

Quadro 3: Tipos de agravos e doenças consequentes de desastres, segundo a Classificação Internacional de doenças. CID 10. Fonte: Freitas e Rocha, 2014.

## Você deve estar se perguntando: esses efeitos dos desastres sobre a saúde ocorrem todos ao mesmo tempo?

Não, os impactos dos desastres naturais sobre a saúde podem ocorrer em tempos diferentes, que variam de horas a anos. A Figura 7, retrata as ações do setor saúde em vista dos impactos sobre a saúde provocados pelos desastres naturais.

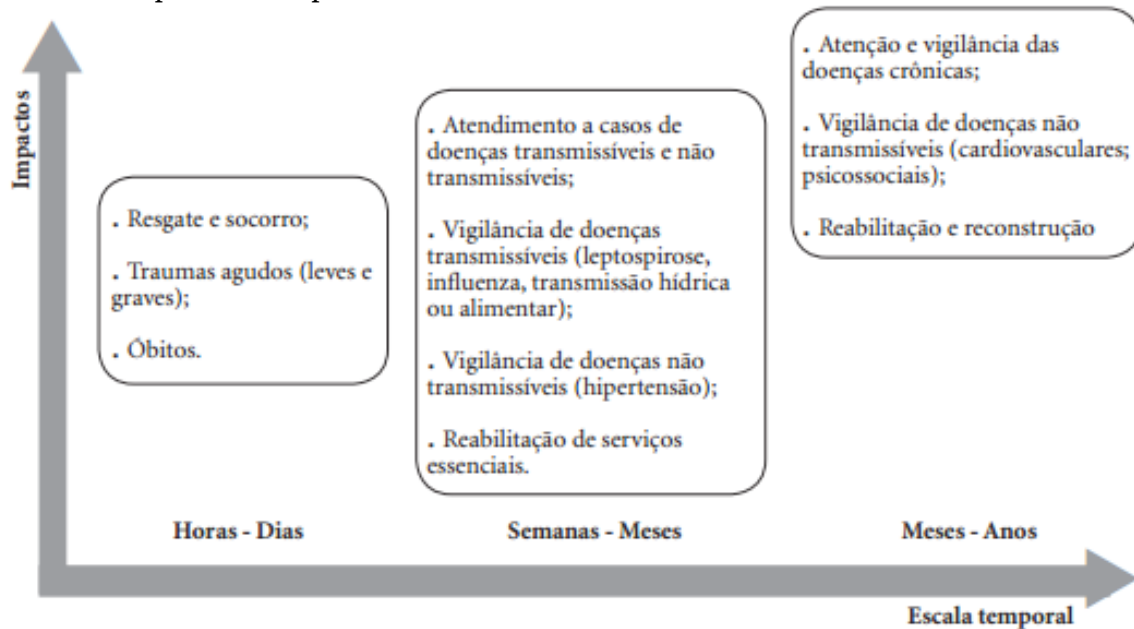


Figura 7: Ações do setor saúde diante dos desastres em diferentes tempos. Fonte: adaptada de Redmond (2005)



## PARA REFLETIR

Vamos recordar o que aprendemos no capítulo 1?

Os desastres naturais são eventos que combinam ameaças (naturais/tecnológicas), exposição e situações de vulnerabilidade existentes no local (expressões de processos sociais, econômicos e políticos gerais da sociedade).

Os principais fatores de riscos de desastres são: padrão de desenvolvimento; crescimento e distribuição da população; e degradação do ambiente.

Os desastres naturais são classificados em: geofísicos (terremoto, erosão), hidrológicos (inundação, enxurrada), biológicos (doenças infecciosas, infestação de insetos), meteorológicos (ciclone, tempestades tropicais) e climatológicos (secas e incêndios florestais). Podem, ainda, ser desastres intensivos (terremoto) ou extensivos (seca).

A magnitude e a frequência dos desastres naturais vêm aumentando ao longo dos anos em todo o mundo, causando prejuízos econômicos, sociais e ambientais. No Brasil, os principais tipos de desastres naturais são as secas, enxurradas e inundações, seguindo a tendência mundial de aumento no número de ocorrências nas últimas décadas.

Os desastres naturais afetam locais/comunidades de forma desigual e de maneiras diferentes, direta e indiretamente, com efeitos que variam de curto a longo prazo, a depender das características do evento e da vulnerabilidade socioeconômica e ambiental do território. Eles causam consequências sociais, ambientais e econômicas. Além disso, são responsáveis por efeitos na saúde da população, que vão de mortes, lesões e traumas até transtornos psicossociais e déficits nutricionais que podem perdurar por meses e anos.

## Referências Bibliográficas

ATLAS Brasileiro de Desastres Naturais – Volume Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Florianópolis: Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED) – UFSC, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). When every drop counts: protecting public health during drought conditions – a guide for public health professionals. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; CDC, 2010.

EM-DAT. The International Disaster Database. Center for Research on the Epidemiology of Disasters-CRED. Disponível em <http://www.emdat.be/database>.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Mudanças das rotinas familiares na transição inesperada por desastre natural. Esc. Anna Nery, v. 17, n. 1, p. 160-167, jan./mar. 2013.

FREITAS, C. M. et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência – lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 6, p. 1577-1586, 2012.

FREITAS, C. M.; ROCHA, V. (Org.). Agentes locais em desastres naturais: defesa civil e saúde na redução de riscos: livro do aluno. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FREITAS, C. M.; XIMENES, E. F. Enchentes e saúde pública – uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 6, p. 1601-1616, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a23.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

MARCELINO, E. V. Desastres Naturais e Geotecnologias: conceitos básicos. Santa Maria: CRS/INPE, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

NARVÁEZ, L.; LAVELL, A.; PÉREZ ORTEGA, G. La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. San Isidro: Secretaría General de la Comunidad Andina, 2009.


NATENZON, C. Vulnerabilidad, incertidumbre y planificación participativa de desastres: el caso de las inundaciones catastróficas en Argentina. In: PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. (Org.). Problemas ambientais e vulnerabilidade: abordagens integradoras para o campo da Saúde Pública. Rio de Janeiro: CESTE, ENSP, Fiocruz, 2002. p. 57-78.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. La Salud Pública en las Américas – Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño, Bases para la Acción. Washington DC: OPAS. 2002.

REDMOND, A. D. ABC of conflict and disaster. *BMJ*, v. 330, n. 7502, p. 1259-1261, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Atlas Brasileiro de Desastres Naturais – volume Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Florianópolis, SC, 2013.



# **UNIDADE 2**

# **A ATENÇÃO BÁSICA E O**

# **PROCESSO DE GESTÃO**

# **DE RISCO DE DESASTRES**

Vânia Rocha (FIOCRUZ)

Taís de Moura Ariza Alpino (FIOCRUZ)

# Introdução

No capítulo 1, aprendemos que os desastres naturais resultam da associação de ameaças naturais (como seca ou chuvas intensas), exposição ao risco e condições de vulnerabilidade de determinada região e de sua população. Vimos também que nos últimos anos tem se registrado um número expressivo de desastres naturais em diferentes regiões do planeta, afetando a vida de milhões de pessoas. No Brasil, as secas e inundações com enxurradas são as ocorrências com o maior número de registros. No entanto, os deslizamentos, embora não tão frequentes, acabam por fazer mais vítimas fatais.

As populações que se encontram em situações de maior vulnerabilidade são as principais vítimas de desastres. **Agir nas vulnerabilidades, reduzindo fatores de risco, é fundamental para minimizar seus impactos.** Como os desastres estão ligados às condições de risco da localidade e dependem das condições sociais, econômicas, políticas, geográficas e sanitárias particulares de cada região, faz-se necessário conhecer esses riscos e suas especificidades para priorizar políticas públicas com vistas a uma gestão de risco.

## Qual o papel do setor saúde nesse processo?

O setor saúde pouco pode contribuir nas questões estruturais, como distribuição de renda, condições de moradia, ocupação do solo, desenvolvimento socioeconômico e ambiental. Por outro lado, é na saúde das populações que se expressam os efeitos mais perversos dos desastres. Assim, cabe ao setor saúde assumir a responsabilidade por esses danos e buscar reduzi-los, além de atuar em todas as etapas da gestão de risco de desastres. Como os desastres estão ligados às condições de risco da localidade onde acontecem e dependem das condições sociais, econômicas, políticas, geográficas e sanitárias particulares de cada região, faz-se necessário conhecer esses riscos e suas especificidades para priorizar políticas públicas com vistas a uma gestão de risco.

Neste capítulo 2, vamos entender o que é e como se faz uma gestão de risco de desastre por processo (NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ ORTEGA, 2009) e associá-la à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) para melhor compreender o papel do setor saúde, em especial da Atenção Básica (AB), na gestão de risco de desastre.

Dessa forma, ao final deste capítulo, o aluno deverá ser capaz de:

- Reconhecer o processo de gestão de risco de desastres, suas etapas e ações;
- Reconhecer a estrutura da Atenção Básica, sua estrutura e organização;
- Identificar o papel da Atenção Básica em cada uma das etapas e fases do processo de gestão do risco de desastres.

# 1 | Gestão de Risco de Desastres

A gestão de risco abrange um conjunto de ações que têm como finalidade prevenir, reduzir e controlar ao máximo os fatores de risco presentes na sociedade para diminuir o impacto dos desastres.

A gestão do risco de desastres é um conjunto de decisões administrativas, organização e conhecimentos operacionais desenvolvidos por sociedades e comunidades para implementar políticas, estratégias e fortalecer suas capacidades a fim de reduzir os impactos de ameaças naturais e de desastres ambientais e tecnológicos consequentes. Isso envolve todo tipo de atividades, incluindo medidas estruturais e não estruturais para evitar (prevenção) ou limitar (mitigação e preparação) os efeitos adversos dos desastres (EIRD, 2005).

Trata-se de um processo destinado a colaborar com o desenvolvimento e uso sustentável dos recursos, reduzindo os fatores de riscos, em consonância com o desenvolvimento humano, econômico, ambiental e territorial, com vistas a reduzir a vulnerabilidade local e aumentar a resiliência a desastres.



## PARA LEMBRAR

Resiliência a desastres é a capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade exposta a ameaças físicas (chuvas, terremotos, inundações) de se recuperar, retornando a um nível estrutural aceitável após o desastre (FREITAS; ROCHA, 2014).

A gestão de risco, entendida como um processo contínuo e permanente, contempla três etapas com fases diferenciadas: etapa de Redução do Risco de Desastre, com as fases de prevenção, mitigação e preparação; etapa de Manejo do Desastre, com as fases de alerta e resposta; e a etapa de Recuperação, com as fases de reabilitação e reconstrução (NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ ORTEGA, 2009).



Figura 1: Etapas e fases da gestão do risco de desastres. Fonte: Freitas e Rocha, 2014, adaptado de Narváez, 2009.



No esquema, podemos perceber que a gestão de risco por processo configura-se como um ciclo de ações. Na iminência de um desastre, inicia-se o Alerta e, em seguida, as primeiras Respostas. Essas duas fases fazem parte da etapa de Manejo do desastre. Depois dessa etapa, há o período de Recuperação, com as fases de Reabilitação e Reconstrução, que devem ser desenvolvidas visando à outra etapa – a Redução de risco, ou seja, medidas de Prevenção, Mitigação e Preparação para um próximo evento.

É importante lembrar que essas etapas não acontecem de forma encadeada como o esquema sugere. Muitas fases acontecem simultaneamente, tornando difícil a identificação do momento de cada uma. Entretanto, a organização em etapas e fases ajuda a entender o processo na sua totalidade, facilita a elaboração de planos de ação e contribui para responder aos desastres de forma organizada, com maior segurança na tomada de decisão.

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, recuperar e antecipar a ocorrência de eventos subsequentes. Isso possibilita minimizar os danos por meio do desenvolvimento de ações no momento oportuno e com a capacidade necessária.



## SAIBA MAIS

Para saber mais, acesse o livro *La Gestión del Riesgo de Desastres: un enfoque basado en procesos*. Disponível em:  
[http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/PROCESOS\\_ok.pdf](http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/PROCESOS_ok.pdf)

É importante destacar que gestão de risco de desastre não é sinônimo de gestão de desastre. Quando trabalhamos na perspectiva da gestão do risco, estamos pensando num ciclo que envolve ações antes, durante e o depois do desastre. A gestão de risco envolve um processo contínuo de pensar e agir em busca da resiliência. Já a gestão do desastre contempla as ações no momento ou logo após o evento, somente para responder aos impactos iniciais ou restabelecer as condições locais em um nível aceitável de funcionalidade.

## 1.1 | Gestão de risco de desastre por processo: etapas e exemplos de ação

Uma das principais características da gestão de risco de desastre por processo é planejar e agir de forma intersetorial para no final do processo obter resultados mais satisfatórios. Cada setor tem suas responsabilidades, no entanto o processo de gestão somente será concluído quando todos cumprirem a contento seu papel (NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ ORTEGA, 2009).

Assim, as principais características da gestão de risco são:

**PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DE RISCO**  
Adaptado de Lavell (2004 e 2007) apud Apostila IESC, 2013

- / Ter relação com o processo de desenvolvimento.
- / Ser reconhecida como um processo e não um produto.
- / Contar com a participação ativa da população e organizações.
- / Existir através da criação de instituições e/ou organizações permanentes e sustentáveis para o seu desenvolvimento.
- / Estar integrada e articulada com atores sociais de diferentes níveis territoriais.
- / Ser transversal e integral.

Figura 2. Fonte: Freitas e Rocha, 2014, adaptado de Lavell (2004 e 2007) apud Apostila IESC, 2013.

### Você deve estar se perguntando: mas como isso ocorre? Quais ações devem ser desenvolvidas em cada etapa?

Para facilitar a compreensão, disponibilizamos a seguir um esquema com cada etapa do processo de gestão de risco de desastre, seus objetivos, quando devem ser realizadas (antes, durante ou depois do desastre), bem como as fases que compõem cada uma delas, com exemplos de ações.

MANEJO DE DESASTRE	RECUPERAÇÃO
<p>Esta etapa começa a partir do momento em que uma ameaça natural ou tecnológica pode se converter em um desastre. As atividades desta etapa têm como objetivo o enfrentamento do desastre para reduzir ao máximo suas consequências sobre a saúde, envolvendo também a execução das ações necessárias para uma resposta oportuna.</p>	<p>Importam-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 de forma transitória, e num 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 e de desastres futuros (EIRD, 2009)</p>

ALERTA	RESPOSTA	REABILITAÇÃO	RECONSTRUÇÃO
<p>Informação oportuna e eficaz, realizada por instituições definidas, que permite indivíduos e comunidades expostas aos perigos/ameaças (naturais e tecnológicas), realizar ações para reduzir os danos na iminência de um desastre.</p> <p>Os sistemas de alerta precoce são acionados quando ameaças constituem riscos de tornarem-se desastres. Possui caráter preventivo e de acionamento de respostas. Inclui três elementos básicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecimento e mapeamento dos perigos/ameaças (naturais e tecnológicos);</li> <li>2. Monitoramento e prognóstico de eventos eminentes (as ameaças identificadas podem ou não se converter em desastres a depender de sua intensidade extensão e características da população afetada);</li> <li>3. Processo de difusão de alertas compreensíveis às autoridades públicas e população, assim como adoção de medidas apropriadas e oportunas para a redução dos danos decorrentes dos desastres.</li> </ol>	<p>Compreende as ações que serão executadas após a ocorrência de um desastre, mas que foram preparadas antes do mesmo 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.</p>	<p>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.</p>	<p>É o processo de reparação da infraestrutura física e do funcionamento definitivo dos serviços da comunidade.</p>
EXEMPLO DE AÇÃO			
<p>Implantação de sistemas de monitoramento das ameaças (satélites, radares, etc.) conectados a sistemas de alerta para as diferentes instituições envolvidas nas respostas aos desastres, bem como a população.</p>	<p>Busca e resgate das pessoas afetadas; Assistência médica; Abrigo temporário; Distribuição da água, alimentos e roupas; Avaliação dos danos.</p>	<p>Busca de serviços de abastecimento de água potável, de coleta de lixo, de fornecimento de energia; Ações de vigilância em saúde.</p>	<p>Reparos e a reconstrução dos hospitais, postos de saúde, estradas, pontes de acesso e demais edificações.</p>

Fonte: Freitas e Rocha, 2014.

Existem muitas atribuições que cabem ao setor saúde distribuídas nas diferentes fases da gestão de risco. Na etapa de Manejo do desastre, faz parte da primeira resposta o atendimento emergencial das pessoas feridas ou com agravos decorrentes do desastre. Na Recuperação, cabem ao setor o acompanhamento dos afetados e a reabilitação da saúde da população atingida.



Figura 3. Fases da gestão de risco

Analisando o esquema acima, é possível identificar alguns exemplos de atuação do setor saúde nas diferentes etapas e fases do processo de gestão do risco de desastres.

Em linhas gerais, as ações do setor saúde encontram-se vinculadas à assistência pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial; atenção à saúde das populações afetadas; assistência farmacêutica; vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária; engenharia de saúde pública; e o trabalho em conjunto com assistência humanitária (voluntários do setor saúde), caso necessite.

Essas ações devem estar em consonância com a política do Sistema Único de Saúde, suas estratégias e forma de organização nos diferentes níveis de assistência e esferas de atuação (municipal, estadual e federal). Neste curso, iremos abordar o papel da AB no processo de gestão do risco de desastres.

## 2 | Atenção Básica

### 2.1 | Estrutura e organização

Para melhor compreendermos a importância da AB no contexto dos desastres, é fundamental ressaltar que o atendimento da população se desenvolve considerando três níveis de assistência, segundo Paim (2009):

- **Atenção Primária:** é o primeiro nível de acesso da população ao sistema de saúde. Envolve um conjunto de ações individuais e coletivas e engloba a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.
- **Atenção Secundária ou de Média Complexidade:** engloba os serviços que demandam profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, como atendimento por médicos especialistas, cirurgias ambulatoriais, traumas, terapias especializadas, odontologia especializada, entre outros.
- **Atenção Terciária ou de Alta Complexidade:** corresponde a procedimentos que envolvem alta tecnologia e altos custos, como cirurgias cardíacas, tratamento oncológico ou neurológico e demais casos complexos.

Para facilitar a compreensão sobre a atuação da AB em um contexto de desastre, vamos voltar ao cenário 2, apresentado no início do curso: a cidade do Vale do Figueira foi atingida por enxurradas e deslizamentos.

*Pensando na população afetada, como se daria a atuação do setor saúde nesse caso?*



Figura 1. Fonte IASC, 2007.

A primeira resposta do setor saúde seria por meio da Atenção Primária, realizando o atendimento dos afetados que apresentassem algum tipo de lesão ou agravos, como hipertensão, por exemplo. Os casos de fraturas, escoriações e lesões graves que necessitassem de emergência de média complexidade seriam acompanhados por especialistas da Atenção Secundária, como técnicos em radiologia, cirurgiões, fisioterapeutas. Alguns casos com sequelas mais graves, como lesões na coluna e paralisia de membros, dependeriam de cuidados da Atenção Terciária, como tratamento neurológico e cirurgias de alta complexidade.

## ▣▣▣ IMPORTANTE

Funções da AB:

- I. Ser base, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II. Ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde;
- III. Coordenar o cuidado mediante a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado;
- IV. Ordenar as redes, para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Fonte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012.

A Atenção Básica está inserida no contexto da Atenção Primária. Dela fazem parte as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 19):

“(...) a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.



## SAIBA MAIS

Ministério da Saúde (A PNAB) (2012) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Saiba mais em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

Uma das características do processo de trabalho das equipes de AB é “realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 41).

A PNAB prevê a descentralização e a abrangência das ações de saúde, que devem ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas, por isso os serviços estão organizados por territórios mapeados previamente. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários e porta de entrada de toda a rede de Atenção à Saúde, e seguir os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, previstos no SUS.

As UBS que compõem a organização da AB devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam, ou seja, onde vivem em seu cotidiano. É fundamental que essas unidades garantam à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Portanto, devem estar equipadas com recursos físicos, humanos e financeiros e dispor de infraestrutura necessária ao atendimento adequado à demanda local e de qualidade. Esse é o maior desafio de um sistema público de saúde em um país como o Brasil, de dimensão continental e com uma população de mais de 200 milhões de habitantes.



## SAIBA MAIS

Atenção à saúde é a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Dicionário de educação profissional em saúde), 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>

A ESF, outro componente da AB, representa a principal proposta de reorientação da assistência parcelar e individual para a saúde coletiva. Foi criada com o objetivo de superar a lógica de trabalho parcelar e individual dos profissionais de saúde, introduzindo uma perspectiva de trabalho em equipe.

A equipe de trabalho deve ser composta basicamente por um médico, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ainda contar com uma equipe de saúde bucal. Cada equipe pode cobrir no máximo um contingente de quatro mil pessoas, número que exige a atuação de no mínimo 12 ACS por equipe.

O processo de trabalho, bem como a combinação das jornadas de trabalho das equipes, os horários e dias de funcionamento da UBS devem ser estabelecidos de modo que garantam os pressupostos da AB. Obrigatoriamente, as UBS devem estar inseridas em territórios determinados e atuar na promoção da saúde daquela população.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), as principais características da ESF são:

- Reconhecimento da população, mediante a análise do território de abrangência da equipe;
- Enfoque direcionado à família, a partir de seu ambiente (físico e social);
- Organização em equipe multiprofissional;
- Ação preventiva em saúde;
- Detecção das necessidades da população; e
- Atuação intersetorial visando à Promoção da Saúde.



## SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a AB, consulte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>.

A Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011, apresenta as atribuições dos ACS e prevê atividades para serem desenvolvidas no território. O trabalho do ACS envolve uma série de ações cotidianas, como:

- Cadastramento das famílias moradoras;
- Participação na realização de diagnósticos (descrição das condições sociais e ambientais da área de abrangência durante a realização do levantamento das condições de saneamento básico);
- Contribuir com a elaboração do mapeamento epidemiológico local;
- Acompanhamento das microáreas de risco;
- Visitas domiciliares e atenção aos moradores que requeiram cuidado especial;
- Realização de ações educativas;
- Estimulação da participação comunitária em ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- Entre uma série de outras ações específicas do processo de cuidados com a saúde.

Esses profissionais são, pela natureza de suas funções, intermediadores entre os diversos setores da saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e as populações dos territórios nos quais exercem seu trabalho. Desse modo, acreditamos que esse perfil reúne condições para fomentar, articular, mobilizar práticas educativas, executar ações em todas as fases da gestão de risco de desastres. Entretanto, é sempre bom atentar para que as ações planejadas estejam em consonância com suas atribuições prescritas em lei, para que não ocorra desvio de função.

Agora que você já conhece a estrutura e a organização da AB, vamos falar sobre o seu papel no contexto dos desastres, sempre usando como exemplos os cenários 1 e 2, apresentados no início do curso.

## 2.2 | A Atenção Básica no contexto dos desastres

Como vimos nos itens anteriores, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. É também a porta de entrada de toda a rede de atenção à saúde estruturada em equipes de atendimento à população de determinado território.

É importante ressaltar que as ações de AB, sua estrutura e forma de organização facilitam o atendimento das necessidades de assistência, prevenção e promoção da saúde em contexto de desastre, desde que todas as suas atribuições estejam em pleno funcionamento. Isso significa dizer que territórios com serviços de saúde de qualidade e com cobertura suficiente para atender à demanda populacional estarão mais preparados para uma situação de desastre.

Por se tratar de um processo contínuo e permanente, a gestão de risco de desastre contribui para o aprimoramento dos serviços de saúde, incluindo os relacionados à AB. Diante dos desastres, os serviços de saúde da AB assumem uma função importante na coordenação do cuidado à população afetada. Isso acontece por meio do(a):

- Acompanhamento longitudinal dos casos (sobreviventes, familiares e comunidade em geral);
- Compartilhamento do cuidado;
- (Re)ordenação de redes de atenção à saúde.

### ▣▣▣ IMPORTANTE

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Fonte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>.

No cenário 2, por exemplo, muitos casos de atendimento hospitalar e ambulatorial foram de pessoas cardíacas e hipertensas que tiveram agravos de seus quadros por estarem emocionalmente abaladas com a situação. Essas pessoas, ao receberem acolhimento e tratamento adequado das equipes da ESF, tendem a sofrer menos os impactos negativos de um desastre.



Já em um território onde não há cobertura suficiente nem serviços de qualidade, os casos de hipertensão e os agravos dos portadores de doenças cardíacas tendem a ser ainda maiores.

Uma das funções essenciais da Saúde Pública é a redução do impacto das emergências e dos desastres em saúde. Nos desastres, as Equipes de Saúde da Família podem figurar como parceiras importantes, uma vez que o conhecimento que essas equipes têm do território, de ações em saúde e do vínculo com a população facilitarão a atuação dos profissionais de Emergência, Vigilância e Defesa Civil.

## 3 | Gestão do risco de desastres e o papel da atenção básica

### 3.1 | Etapa: Redução de risco

As ações previstas para essa etapa devem ocorrer antes de o desastre acontecer, com o objetivo de eliminar ou mitigar os riscos identificados, prevenir os riscos futuros e preparar as respostas no sentido de reduzir os seus impactos. **Essa etapa deve ser abordada de forma multisetorial, proativa e integral, incluindo a participação comunitária no estabelecimento de metas de redução de riscos.** É importante lembrar que populações saudáveis dependem de sustentabilidade ambiental e equidade social, elementos fundamentais no processo de redução do risco.

Em linhas gerais, na etapa de Redução de riscos, as equipes de saúde devem centrar suas ações na perspectiva da promoção da saúde e estimular: a criação de políticas públicas eficazes no âmbito da saúde e desastres; a participação comunitária nas decisões locais e nos mecanismos de controle social (conselhos de saúde); o desenvolvimento de estratégias de cuidado e de práticas educativas para o enfrentamento dos desastres; o trabalho em equipe no território e ações intersetoriais em rede (com escolas, defesa civil, planejamento urbano, etc.) e a construção de ambientes de apoio comunitários (fortalecimento de redes familiares e comunitárias, planejamento de abrigos). Deste modo, as equipes de saúde utilizam um conceito de clínica ampliada nas diversas situações que implicam identificar e agir a partir das vulnerabilidades socioambientais do local.

#### ▣▣▣ IMPORTANTE

Algumas ações desenvolvidas pela AB na etapa de Redução do risco:

- Realizar a Prevenção e Promoção da saúde;
- Contribuir para a elaboração de diagnóstico das vulnerabilidades socioambientais do território;
- Identificar e mapear grupos vulneráveis presentes no território;
- Desenvolver ações educativas para e com a comunidade;
- Participar das estratégias de formação continuada para atuação em desastres naturais.

## Fase de Prevenção

Num âmbito mais amplo da gestão de risco, no qual estão envolvidos diferentes setores e níveis de atuação, a prevenção deve atuar sobre os processos sociais que desencadeiam os fatores de risco e seus impactos na saúde. Isso envolve políticas de geração de emprego e renda; política ambiental e territorial para limitar a ocupação de áreas de risco; política de habitação, de forma que toda a população tenha acesso a uma casa saudável e segura; implantação de polos industriais, respeitando leis ambientais, direitos trabalhistas e com atenção à saúde do trabalhador; agricultura sustentável e familiar, com distribuição de renda; estabelecimentos comerciais com vistas à geração de renda local; entre outras mudanças que irão refletir na melhoria da saúde da população.

**A AB, ao exercer suas funções de prevenção e promoção da saúde, acaba por contribuir com a fase de prevenção a desastres.** As equipes da ESF, em especial os ACS que estão em contato direto com a população, têm conhecimentos locais fundamentais para colaborar com a realização de diagnóstico das vulnerabilidades socioambientais do território em que atuam, sempre em conjunto com outros profissionais, como Agentes de Vigilância em Saúde e Agentes da Defesa Civil. Os ACS conhecem bem a realidade local, especialmente a população, sendo fundamentais na identificação e mapeamento de grupos vulneráveis presentes no local.

Esses diagnósticos servirão de informação para fomentar a elaboração de planos de emergência, a implementação das ações de mitigação e preparação, bem como a elaboração de estratégias de ação nas primeiras respostas ao desastre. Quanto mais detalhada e confiável a informação e mais próxima da realidade local, mais subsídios estará fornecendo para a prevenção dos riscos.

No cenário 2, a cidade do Vale do Figueira tem de lidar com os danos do desastre até os dias atuais, pois não se encontra completamente reconstruída e reabilitada, mesmo sendo um município com bom padrão de desenvolvimento socioeconômico, quando comparado a outros do país. As equipes de ESF encontram grandes dificuldades em lidar com todos os tipos de problemas de saúde da população após o desastre. No entanto, um trabalho de prevenção de doenças que tiveram agravos por consequência de desastres, como hipertensão, está sendo desenvolvido em todo o município, prevendo que outras inundações possam ocorrer. Melhorias na atenção psicossocial da população dos territórios atingidos também foi outra estratégia aprimorada após o desastre, no sentido de prevenir crises agudas e preparar os pacientes para um próximo evento.

### ■ ■ ■ IMPORTANTE

“Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde”.

Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica.

Fonte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012, p. 44. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> .

Os ACS podem realizar trabalho educativo visando à melhoria das condições locais essenciais à manutenção da saúde e da qualidade de vida da população envolvendo outros atores, como os próprios moradores, lideranças comunitárias, escolas e organizações não governamentais que já atuam no território.

#### **Mobilização na escola realizada por equipe da Estratégia Saúde da Família em Paquetá-RJ:**



Fonte: Estratégia Saúde da Família – Paquetá-RJ (extraída de Freitas e Rocha, 2014).

As ações educativas para a comunidade devem ser planejadas pelas equipes da ESF a partir de proposta pedagógica que contribua para uma postura proativa dos moradores em relação às necessidades e problemas apontados. Para isso, esses profissionais devem se conhecer e reconhecer dentro de suas atribuições e processos de trabalho, buscando interfaces para realizar ações de prevenção.

Ao envolver outros atores, é necessário criar estratégias participativas, respeitando a autonomia e trajetória desses atores na comunidade e incorporando as ações bem-sucedidas já realizadas.

### ▣▣▣ IMPORTANTE

“Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.”

Diretrizes e fundamentos da Atenção Básica.

Fonte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>.

## ■ ■ ■ IMPORTANTE

“Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários”.

Responsabilidades comuns a todas as esferas de Governo.

Fonte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012, p. 27. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> .

Os materiais educativos, como fôlderes e cartilhas, podem ser grandes aliados quando bem escolhidos. Um material educativo pode passar muitas mensagens intencionais, isto é, aquelas que pretendemos que cheguem ao público. No entanto, ao utilizá-lo, podemos passar outras mensagens sem nos darmos conta disso, portanto é importante atentar para o objetivo que pretendemos alcançar e qual público queremos atingir ao utilizarmos um material educativo. O Ministério de Saúde (MS) e a Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (SEDEC) dispõem de uma série de materiais para situação de desastres.

Na fase de prevenção, há necessidade de investir na educação permanente dos profissionais da AB para atuarem em desastres naturais, tendo em vista as atribuições próprias do seu processo de trabalho na área da saúde. Entretanto, há outros aspectos que devem ser aprimorados, como: condições e ambiente de trabalho, vínculo empregatício, plano de carreira e salários, pois o problema que envolve a capacitação para atuar em desastre não se resume em melhorias na formação.

A PNAB prevê o desenvolvimento de ações e incentiva a articulação de instituições de ensino, como universidades e escolas técnicas, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).



## SAIBA MAIS

Para materiais educativos elaborados pelo MS, acesse: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/publicacoes-svs>> .

Para materiais educativos elaborados pela SEDEC, acesse: <<http://www.mi.gov.br/publicacoes-sedec>> .

Para saber mais sobre estratégias educativas consulte o Eixo Temático 7 - O processo de ensino-aprendizagem e estratégias possíveis para o tema saúde e desastres – do livro Agentes Locais em Desastres Naturais, disponível na página do Facebook

<https://www.facebook.com/agenteslocaisemdesastresnaturais/app/208195102528120/>

## Fase de Mitigação

A fase de Mitigação compreende ações que favorecem a prevenção e a promoção da saúde pelo fato de agir na redução dos fatores de riscos existentes e das condições de vulnerabilidade. Nessa fase, cabe ao setor saúde analisar as ameaças naturais, identificar as vulnerabilidades e os níveis de risco que afetam a saúde da população. Em termos práticos, a AB pode e deve contribuir, com base no seu conhecimento do território, na identificação dos agravos à saúde, das novas enfermidades ou, ainda, na previsão de quadros epidemiológicos que podem ocorrer a partir do desastre.

No cenário 1, a ameaça natural identificada é a seca característica da região do semiárido brasileiro. Os profissionais da AB devem estar atentos às condições de vulnerabilidade socioambiental do território, como a situação de pobreza; o elevado índice de mortalidade infantil; alto nível de analfabetismo; menor expectativa de vida; e menor índice de desenvolvimento humano (IDH), porque essas condições, no conjunto, aumentam os níveis de riscos para a saúde. É na saúde das populações que se manifestam as consequências de um longo período de desastre extensivo como esse. As consequências vão desde agravos da saúde, como desnutrição, até a geração de quadros epidemiológicos preocupantes, como casos de dengue e diarreias, que levaram a óbito 20 pessoas.

Nessas situações, as equipes da AB podem e devem contribuir com a identificação das ameaças e vulnerabilidades para a elaboração do mapa de risco do território, gerando dados e informações para serem utilizadas na mitigação desses impactos e prevendo riscos futuros. Nessa fase, é fundamental contar com a atuação das equipes da ESF, que, no seu trabalho cotidiano, elaboram inventário das áreas de riscos na saúde do território em que atuam e identificam grupos populacionais vulneráveis (crianças, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais), bem como aspectos relacionados às precárias habitações e condições de vida nas comunidades.

É importante lembrar que grande parte das ações voltadas à mitigação, principalmente as que envolvem melhoria na infraestrutura local, não são de incumbência do setor saúde. Essas ações exigem a participação de outras instituições que fazem parte do sistema nacional de gestão do risco de desastres, assim como das instituições de pesquisa e ensino nas áreas das engenharias, ciências ambientais, humanas e sociais, geociências, geografia, planejamento urbano e regional, Proteção e Defesa Civil, entre outras. Exemplo disso pode ser observado na realização de obras como as de contenção de encosta para reduzir o risco de deslizamentos.

### ■ ■ ■ IMPORTANTE

A AB “utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”.

Fonte: Ministério da Saúde (PNAB), 2012, p. 19. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> .

## Melhoria na infraestrutura local com obras de contenção de encostas em áreas de riscos em São Paulo-SP, como ação para mitigação de riscos:



Fonte: Prefeitura de São Paulo (extraída de Freitas e Rocha, 2014).

## Fase de Preparação

A fase de Preparação abrange as ações orientadas para o desenvolvimento de capacidades, instrumentos e mecanismos que permitam antecipadamente assegurar uma resposta adequada e efetiva aos desastres. Para que essa fase seja concluída de modo eficiente, há necessidade de um plano de preparação do setor saúde para desastres, que deve ser elaborado de maneira clara e concisa, orientando as ações operativas práticas e levando em conta os recursos e capacidades disponíveis, tanto na esfera municipal, como estadual e federal.

### Segundo o Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres (2012):

(...) a preparação para casos de desastre é uma atividade multissetorial permanente. Necessita da coordenação e organização entre os diferentes níveis de governo para a avaliação do risco de desastres nos municípios, nos estados, ou mesmo no país, assim como para a adoção de normas, regulamentações e medidas necessárias para que os recursos possam ser mobilizados rapidamente em situações de desastre.

Um bom plano de preparação deve ser dinâmico e atualizado periodicamente. Para isso, são fundamentais os exercícios de simulação de desastres com avaliações e recomendações para seu aprimoramento. É por meio do plano de preparação que todos os profissionais das equipes da AB vão saber como se preparar e agir em caso de desastre. A elaboração dos planos deve levar em conta aspectos básicos que assegurem seu funcionamento, entre eles:

- Ter uma ideia clara das ameaças potenciais para o município, o estado ou o país, assim como da vulnerabilidade das populações às ameaças naturais, riscos potenciais em acidentes industriais ou tecnológicos, ou riscos potenciais de emergências epidemiológicas.
- Ter conhecimento do ciclo de gestão dos desastres naturais em suas fases prévias e posteriores à ocorrência: mitigação de riscos e preparativos (fase de redução de riscos, anterior ao desastre) e socorro, reabilitação e reconstrução (fase de recuperação, posterior ao desastre).

- Contar com uma estrutura dentro das secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde, bem como dispor de uma política de prevenção e mitigação no contexto dos planos de desenvolvimento nacional e setorial.
- Contar com uma legislação que proporcione um marco legal para a implementação das políticas e estratégias.
- Contar com um financiamento específico para os aspectos relacionados com o manejo de riscos e a atenção aos desastres.

Todos os profissionais das unidades de saúde devem ser capacitados e participar dos exercícios de simulação, tanto a equipe técnica (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde), como o pessoal administrativo e de apoio (telefonista, motoristas e pessoal de limpeza), pois cada um vai exercer sua função em contexto de desastre e deve estar atento para as particularidades desse novo cenário.

Quando ocorre um desastre, vários setores são impactados e/ou demandados ao mesmo tempo e, da mesma forma, a preparação para a resposta necessitará da ação articulada entre esses setores. Desse modo, é muito importante identificar atores e ações, sistematizar e coordenar as ações necessárias conforme o cenário de desastre, dentro e fora do setor saúde, ao elaborar o plano de preparação, mesmo que específico para o setor saúde. Vale ressaltar que, em uma situação de desastre, o setor saúde desenvolve ações de atenção e vigilância em saúde, entre outras, que também se relacionam com outras instituições que atuam nessas ocorrências. Para um plano adequado às necessidades da realidade do território atingido pelo desastre, essas ações devem ser articuladas.

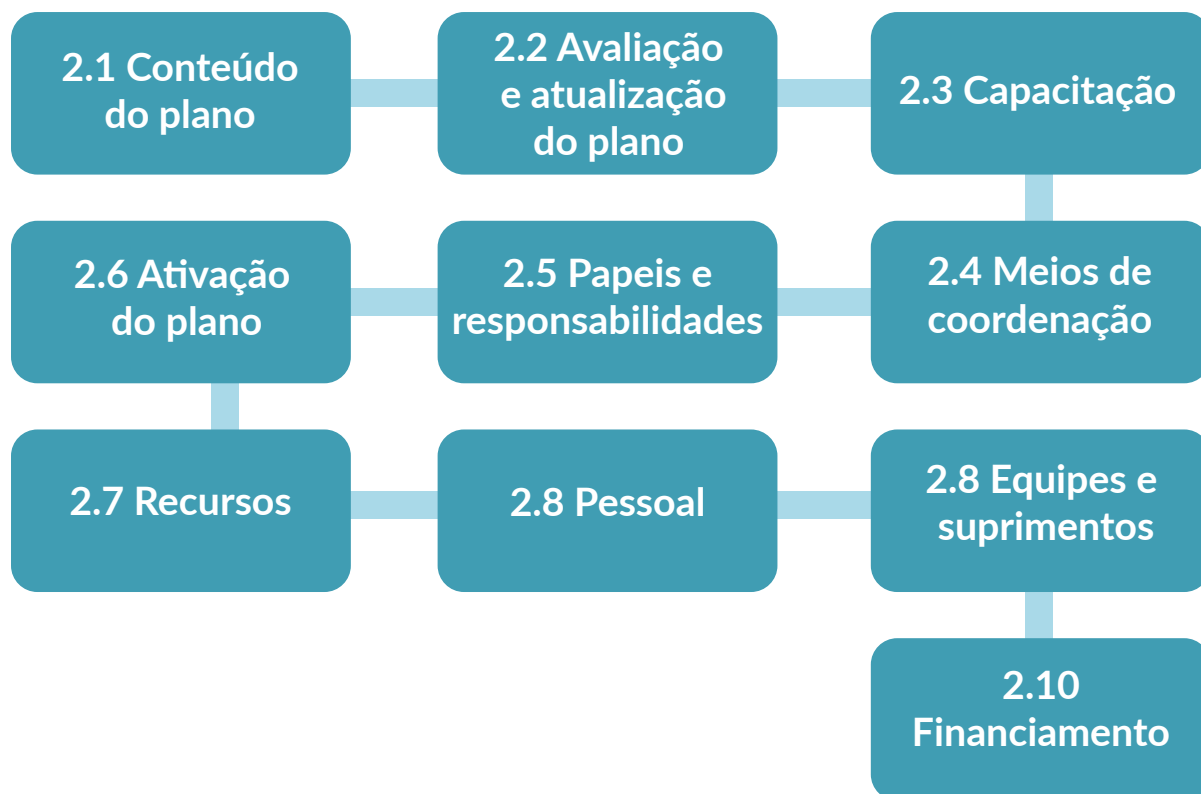


Figura 5. Fonte: Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres (2012).



## SAIBA MAIS

Para saber mais sobre planos de preparação, consulte o site do Centro de Conhecimento em Saúde Pública. Nele há orientações de como preparar um plano, os conteúdos que devem ser abordados, os aspectos básicos que assegurem seu funcionamento e como atualizá-lo, com o auxílio de exercícios de simulação.

Disponível em: < <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/elaboracao-de-planos-de-preparacao> >

Nessa fase, é importante que ao menos um representante da equipe da AB participe periodicamente de reuniões do Comitê de Saúde em Desastres, ou estrutura equivalente, que, a depender da dimensão do desastre, pode ser local, municipal, estadual ou mesmo federal. Essa coordenação das ações pode também ocorrer em um grupo interinstitucional.

Essa estrutura de coordenação deve se replicar em escala nas esferas estadual e municipal, e também interagir com outras ferramentas de gestão e controle de operações, tais como salas de situação e centros de operações de emergência setoriais, como é o caso do Comitê de Saúde em Desastres.

Na fase de Preparação, os profissionais da AB devem levar ao Comitê suas necessidades, problemas e fragilidades encontradas para atender às emergências da assistência, ou mesmo as dificuldades de prevenção e promoção da saúde no trabalho cotidiano da população do seu território. Nesse sentido, as demais equipes estarão cientes da realidade por meio de dados e informações que ajudem a identificar riscos na saúde que necessitarão de mais atenção no contexto do desastre.

No Comitê, é importante identificar quais as áreas do setor saúde estarão envolvidas e definir de forma clara o papel de cada uma delas, bem como as articulações necessárias com demais setores, como Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Assistência Social, entre outras, para a formação de um COE-Geral.



## SAIBA MAIS

Comitê de Saúde em Desastres.

Observe que nas etapas de gestão do risco de desastres (redução do risco, manejo do desastre e recuperação) são apresentadas fases que preconizam ações a serem desenvolvidas antes do evento ocorrer, de resposta ao evento e de recuperação dos seus efeitos. Para organizar e preparar o setor saúde para atuar em um desastre, é recomendado pelo Ministério da Saúde que a Secretaria de Saúde institua um grupo que atue de forma contínua e permanente pensando os cenários de risco, identificando os atores e as ações necessárias para cada um dos cenários identificados no território (inundação, seca, acidentes químicos, etc.), mapeando os recursos disponíveis e necessários no setor saúde para o atendimento de saúde, bem como promovendo a articulação entre as diversas áreas da saúde e de outros setores (defesa civil, assistência social, ambiental, entre outros). Esse grupo que organiza o setor saúde para atuar em desastres pode ser denominado de Comitê, Comissão ou Coordenação. Para efeito desse material, esse grupo permanente será chamado de Comitê de Saúde em Desastres ou apenas Comitê.





## SAIBA MAIS

Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Saúde ou COES)

O COE-Saúde ou COES é uma sala de situação ou sala de crise que é acionada quando da ocorrência de uma emergência ou desastres que necessita de uma resposta coordenada do setor saúde. Tem por objetivo promover a resposta coordenada mediante a articulação e a integração dos atores envolvidos. As áreas ou setores da saúde que o compõem são definidos de acordo com o tipo de ocorrência e ações necessárias para a resposta a emergência. O COE-Saúde é coordenado pela área ou setor que tem a competência legal para desenvolver as ações à tipologia de emergência para o qual foi acionado (Exemplo: epidemia de dengue – Vig. Epidemiológica; inundação – Saúde ambiental; acidente com múltiplas vítimas – Urgência e Emergência).

O COE-Saúde é desmobilizado assim que cessa a emergência, e o Comitê de Saúde em Desastre reassume as atividades de avaliação da resposta e readequação dos planos (com base na avaliação das lições aprendidas na resposta à emergência ou desastre).

### Reunião do COE-Geral com representante de vários setores na preparação para o desastre.



Fonte: Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2012. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/>>.

No cenário 2, houve um acidente como efeito secundário do desastre – o vazamento de agrotóxicos. O atendimento aos pacientes com casos de intoxicação por agrotóxicos foi realizado mesmo antes dos órgãos de Vigilância Ambiental notificarem esse acidente. Se os profissionais da AB tivessem informações sobre esse risco, teriam elementos para fazer diagnósticos mais precisos, tanto para tratá-los de forma adequada como para fazer o acompanhamento das possíveis consequências da intoxicação. É importante que, num próximo evento, além de se eliminar o risco de vazamento de agrotóxicos com medidas de segurança orientadas por órgão técnicos ligados ao setor de agricultura, os profissionais de saúde da AB e os de Vigilância Ambiental trabalhem articulados para que tenham acesso a dados e informações necessárias para estabelecer medidas que possam prever e evitar danos futuros.

Este é um exemplo de como os profissionais do COE-Saúde devem se articular entre si (AB e Vigilância Ambiental) e com outros setores do COE-Geral (Secretaria de Agricultura) em processos de trabalho, funções e responsabilidades. Eles devem estar integrados de tal forma que possam estabelecer trocas de informação permanentes. Esse é um trabalho de caráter contínuo e permanente, que deve ser desenvolvido desde antes da ocorrência do desastre para que funcione no momento da resposta.

Na Figura 6 a seguir, apresentamos um exemplo de esquema do COE-Saúde articulado com o COE-Geral.



Figura 6. O COE Saúde dentro do Sistema Nacional de Atenção aos Desastres. Adaptado do Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres/Fiocruz. Fonte: Freitas e Rocha, 2014.

## 3.2 | Etapa: Manejo do desastre

A partir do momento que a ameaça natural se converte em desastres, é preciso pôr em prática as ações previstas no plano de preparação para o seu enfrentamento, reduzindo ao máximo as consequências sobre a saúde das populações.

### □□□ IMPORTANTE

Algumas ações desenvolvidas pela AB na etapa de Manejo do desastre:

- Atentar para o Alerta de desastre;
- Colocar em prática atribuições previstas no plano de preparação do setor saúde;
- Articular-se com o COE-Saúde e COE-Geral, quando acionados;
- Iniciar as primeiras respostas ao desastre com assistência imediata às vítimas;
- Fornecer ao COE-Saúde e ao COE-Geral as informações necessárias para a tomada de decisão;
- Utilizar estratégias de comunicação previstas nos planos de preparação.

## Fase de Alerta

Devido aos grandes impactos causados pelos desastres nos últimos anos no Brasil, o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), ligado ao Ministério da Integração Nacional, tem investido em infraestrutura para prever a ocorrência de ameaças naturais e criar sistemas de alerta. Essas medidas envolvem complexa tecnologia, diferentes áreas de conhecimento e instituições, pois são sistemas que mapeiam áreas de risco, monitoram o clima e associam esses dados a fatores geológicos, hidrológicos, entre outros que podem desencadear o desastre.

No caso do cenário 2, há o acompanhamento de índices pluviométricos, dos ciclos de cheias de rios, mapeamento dos pontos de alagamento com possibilidade de formação de enxurradas e de risco de deslizamentos de terra ou rocha. Esses dados contribuem para a criação de sistemas de Alerta e Alarme e ajudam as equipes de todos os setores envolvidos na gestão de risco a tomarem as providências para evitar ou minimizar impactos do desastre.

Na cidade do Rio de Janeiro-RJ, a Subsecretaria de Defesa Civil recebe sinais de alerta de órgãos técnicos de monitoramento das condições climáticas do município e mapeamento geológico das áreas de risco de deslizamento em 131 comunidades localizadas em encostas de morros. Em momentos críticos de chuvas intensas, esse alerta é repassado via mensagem de celular aos ACS, que são capacitados para orientar a população sobre o risco de deslizamento e incentivá-la a buscar pontos de apoio previamente determinados. Sirenes são automaticamente acionadas por esses órgãos de monitoramento, avisando a população do risco de deslizamento.



### SAIBA MAIS

Em 2005, foi criado o Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (Cenad), pelo Decreto no 5.376, de 17/02/2005, da alçada do Ministério da Integração Nacional e sob a coordenação da Secretaria Nacional de Defesa Civil. É de competência do Cenad consolidar as informações sobre riscos no país, tais como mapas de áreas de risco de deslizamentos e inundações, e os dados relativos à ocorrência de desastres naturais e tecnológicos e os danos a eles associados.

Fonte: Freitas e Rocha, 2014.

Saiba mais em: <<http://www.mi.gov.br/defesa-civil/cenad/apresentacao>> .

Os profissionais de saúde ligados à rede de AB devem estar atentos na fase de Alerta, uma vez que, nesse momento, o plano de preparação deve ser colocado em prática e COE-Saúde e COE-Geral acionados para iniciar as primeiras respostas ao desastre.



### SAIBA MAIS

Para saber mais sobre o Programa de Proteção Comunitária e o Sistema de Alerta e Alarme para chuvas fortes na cidade do Rio de Janeiro, acesse: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/defesacivil>> .

## Fase de Resposta

A fase de Resposta envolve a prestação de serviços de emergência e de assistência à população durante ou logo após um desastre. Entre os principais objetivos está o de salvar vidas, reduzir os impactos sobre a saúde, garantir a segurança pública e atender as necessidades básicas de subsistência da população afetada, além de evitar riscos secundários. A resposta envolve assistência, que pode ser imediata, de curto prazo ou de duração prolongada, que, no processo de gestão de risco, antecipa e prepara para a etapa de Recuperação.

As UBS e as equipes da ESF, ao disporem de assistência próxima da comunidade, acabam por resolver parte dos problemas de saúde agravados pelos desastres, ajudando a evitar que muitas pessoas procurem as emergências dos hospitais. Ajudam, ainda, a orientar as equipes de resposta na priorização das ações, de acordo com o perfil de vulnerabilidade dos territórios atingidos, uma vez que têm amplo conhecimento sobre a população da sua área de atuação.

É atribuição da AB o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade e o atendimento dos quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, observando a compatibilidade da complexidade da demanda com esse nível de assistência e se a unidade dispõe de infraestrutura adequada. Caso contrário, as UBS devem encaminhar os pacientes a unidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

O primeiro atendimento a vítimas de fraturas, escoriações, lesões graves, choque elétrico, picadas de cobras, parada cardiorrespiratória, que são situações comuns e esperadas em contexto de desastres envolvendo enxurradas, deslizamentos e inundações, apesar da complexidade clínica que esses casos possam vir a ter, pode ser feito por profissionais de saúde que atuam na AB, como previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente enquanto não se consegue a devida transferência para unidades de maior complexidade. O fator tempo é determinante da sobrevivência das pessoas vitimadas, em muitas ocasiões.

Ao receber o alerta de desastre, as Unidades Básicas de Saúde devem estar preparadas para agir conforme as indicações previstas no plano de preparação. Em geral, estas unidades não tratam de emergências, porém, em contexto de desastre intensivo, como no Cenário 2, serão procuradas pela população para tal finalidade. Cabe às equipes estarem preparadas para orientar e conduzir os atingidos para Unidades de Pronto Atendimento - (UPA) e Unidades hospitalares com emergência, previamente definidas no plano de preparação, bem como para acionar equipes móveis, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – (SAMU), quando necessário.

### □□□ IMPORTANTE

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência/emergência aos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Saiba mais em:

< [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_emergencias](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias) > .

## Equipes do SAMU de todo o Brasil agindo em Alagoas e Pernambuco em 2008.



Fonte: Portal da Saúde – SUS (extraída de Freitas e Rocha, 2014).

As UBS, por estarem inseridas no território, se não atingidas, podem:

- Ser utilizadas como base de avaliação, unidade estabilizadora, base local de armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos;
- Fornecer dados imediatos do número estimado da população atingida e condições do território e das moradias, com base no cadastro da população local;
- Acompanhar a Vigilância em Saúde e Defesa Civil na avaliação pós-ocorrência, na orientação à população e no planejamento das ações preventivas de mais agravos, tanto à saúde como ao ambiente;
- Contribuir para que decisões mais adequadas relacionadas à saúde dessa população sejam tomadas.

Em casos de desastre extensivo, como o cenário 1, as UBS devem estar atentas ao alerta de seca, pois esse tipo de desastre pode passar despercebido por um longo período de tempo. Como de certa forma a ameaça é “naturalizada” pelos atingidos, cabe aos profissionais da AB, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, perceber alterações nas queixas e relatos durante o atendimento no território, bem como identificar o aumento dos quadros de agravos na saúde da população dessas regiões e sempre realizar a notificação, pois esses dados são a confirmação do desastre como realidade, portanto também uma forma de alerta. O registro adequado dos atendimentos e a notificação das doenças e agravos decorrentes do desastre subsidiarão a análise de situação de saúde do território e o planejamento de ações atuais e futuras.



## SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, acesse: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf)> .

**Grupos vulneráveis (mulheres, idosos e crianças) pegando água das caixas de água do município abastecidas por carros-pipas em Itapetim-PE:**



Foto: Tais Alpino, 2014.

As informações sobre situações de risco identificadas e mapeadas pelas equipes da ESF na fase de Prevenção são, nesse momento, utilizadas para lidar com os atingidos, principalmente com os grupos populacionais vulneráveis (crianças, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais). Essas informações devem orientar o COE-Saúde na tomada de decisão a respeito dos casos que exigem ações de outros setores da saúde, ou, ainda, o COE-Geral, quando extrapolam a responsabilidade do setor saúde.

Tomando como exemplo o cenário 1, no qual houve surto de diarreia, os ACS, ao identificarem famílias com crianças e idosos (vulneráveis) e sem estrutura adequada para o armazenamento de água, além de orientar com medidas de higiene e prevenção, devem levar essa informação aos órgãos de Vigilância Sanitária, para que os técnicos analisem os reservatórios domésticos a fim de identificar possíveis agentes patológicos. É necessário também realizar análises nos reservatórios de abastecimento da cidade e na água dos carros-pipas que os abastecem. Em caso positivo de contaminação, esses órgãos devem ser responsabilizados e corrigir o problema. Todas essas ações devem ser realizadas em conjunto, e as decisões, tomadas a partir de dados concretos.

Quando as equipes de atenção à saúde dispõem desses dados, o atendimento é mais seguro e de qualidade. Essas informações são recebidas pela Sala de situação. A análise dessas informações propicia a mensuração do problema de forma adequada para a promoção de uma atuação oportuna.

## ▣▣▣ IMPORTANTE

A sala de situação recebe, sistematiza, processa e disponibiliza informações estratégicas a respeito de um determinado local tanto em situações de normalidade, ou seja, antes de um evento ocorrer, como na iminência ou logo após sua ocorrência. Essas informações devem ser fornecidas por diversos setores e subsidiarão a tomada de decisões oportunas dos gestores, dirigentes e técnicos.  
Fonte: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2013.

As informações devem ser atualizadas diariamente mediante a produção informes. Em situações de desastres, deve-se fornecer uma análise ágil, capaz de identificar imediatamente a extensão territorial, a população atingida e os danos e necessidades.

A comunicação nessa fase deve ser bem estruturada entre os locais e os atores envolvidos nas ações de resposta. **A comunicação é um dos pontos essenciais para o processo de gestão de risco dos desastres e deve permear todas as fases.** O intercâmbio de informação, a coordenação das ações, o envio e recepção de instruções, entre outras, requerem uma comunicação em tempo real que conecte os diversos pontos de operação. É na etapa de preparação (com a atuação do Comitê de Saúde em Desastres) que essas ações e essas redes serão planejadas e organizadas para serem colocadas em prática na fase de Resposta (pelo COE-Saúde).

Em linhas gerais, a comunicação deve criar um fluxo de informações entre: diferentes áreas do setor saúde; o setor saúde e demais setores envolvidos na resposta ao desastre; o setor saúde e a população; o setor saúde e a imprensa. Para cada público que se pretende atingir, há necessidade de escolher a melhor estratégia e quais profissionais estão preparados para se responsabilizar pela comunicação. Um processo de comunicação inadequado pode inviabilizar todo o trabalho desenvolvido, bem como provocar o pânico.

É importante ressaltar que a comunicação com a imprensa deve respeitar níveis hierárquicos definidos e acordados previamente. Em geral, em estados graves e de alto risco, a autoridade máxima do setor deve ficar responsável por ser o porta-voz da comunicação. A mídia tem grande poder de influência sobre a população e alto grau de difusão das informações que dela partem. Por isso, a informação transmitida pela imprensa deve ser confiável, no sentido de deixar a população ciente dos riscos, contudo sem causar pânico. A confiança na informação é a peça-chave para evitar agravamento de problemas em situação de desastre.

Sendo assim, é importante que os profissionais da AB estejam cientes da importância da comunicação ágil e segura e utilizem estratégias comunicativas previstas nos planos de preparação.

Em situações de desastres intensivos, a assistência à saúde do município sofre uma mudança qualitativa em sua rotina, visto que, a depender da magnitude do desastre, pode extrapolar a capacidade de recursos e atendimento local, alterando o fluxo normal dos serviços. Quando uma unidade de saúde de determinada área não consegue suprir a demanda, outra pode ser acionada.

No cenário 2, além de superar a capacidade de atendimento, um hospital teve parte de sua área desativada por estar num local de risco de deslizamento de rocha. Nesse caso, os pacientes foram remanejados para outro município, mas se a capacidade de resposta do município vizinho também extrapolar, pois o desastre pode ser regional, esferas estaduais e federais podem ser acionadas para atuar de forma suplementar e responder à demanda. Nesse contexto, conhecer a capacidade instalada no território é essencial para identificar que essa capacidade foi superada e que é necessário apoio adicional para suprir a demanda.

Em 2011, uma nova estrutura foi criada pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção à saúde com foco nas emergências e desastres – a Força Nacional do SUS (FN-SUS). Ancorada na Rede de Atenção às Urgências na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a FN-SUS foi criada pelo Decreto no 7.616, de 17/11/2011, e deve ser acionada na ocorrência de emergência ou estado de calamidade pública que configurem situações de desassistência à população. Nesses casos, deve ser convocada pelo Ministro de Estado da Saúde.

Um serviço que merece destaque em contexto de desastre é a Assistência farmacêutica. Desde a fase de preparação, as equipes responsáveis pela assistência farmacêutica devem selecionar medicamentos para atender ocorrências relacionadas às principais ameaças identificadas. Na fase de Resposta, pode haver o aumento da necessidade de certos medicamentos para tratar condições crônicas, dado o estresse físico e mental da população afetada. Nesse sentido, para a provisão da quantidade de medicamentos apropriada, a programação deve considerar a manutenção da rotina e as necessidades advindas do desastre.

Em síntese, na fase de Resposta, a AB deve estar preparada para manter a organização e estrutura adequadas para o seu funcionamento, garantindo o atendimento da população local atingida, evitando a sobrecarga e desorganização de outros serviços de saúde. Deve, além disso, contribuir com o COE-Saúde fomentando a análise de situação da saúde com seus dados e informações para subsidiar a tomada de decisão.



## SAIBA MAIS

Saiba mais em: Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/forca-nacional-do-sus>> .

### □□□ IMPORTANTE

A legislação brasileira prevê a possibilidade de dispensa de licitação em situações “emergenciais ou calamitosas” (Lei no 8.666/93). As condições de armazenamento preconizadas na legislação sanitária devem também ser asseguradas em situações de desastres, visando à conservação e à garantia de qualidade. Da mesma forma, a utilização deve também seguir os cuidados necessários para se assegurar o uso racional de medicamentos (INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, 2013).

## 3.3 | Etapa: Recuperação

Na etapa de Recuperação são tomadas as medidas para iniciar o restabelecimento das condições de vida do território atingido após um desastre. Os principais objetivos são, num primeiro momento, restabelecer os serviços básicos indispensáveis e, posteriormente, realizar todas as ações necessárias para soluções dos problemas, o que pode levar um prazo mais longo. A etapa de Recuperação é também uma oportunidade de desenvolver e aplicar medidas de redução de risco de desastres futuros, dando continuidade ao ciclo da gestão de risco por processo.



## ▣▣▣ IMPORTANTE

Algumas ações desenvolvidas pela AB na etapa de Recuperação:

- Restabelecer serviços para continuar prestando assistência às vítimas;
- Acompanhar as medidas de saúde pública e o apoio social necessários até o restabelecimento das condições de sobrevivência dos afetados;
- Acompanhar o tratamento das vítimas até o restabelecimento da saúde ou minimizar o sofrimento de todos os atingidos;
- Contribuir na avaliação da segurança das edificações, nos processos de reparação e reconstrução de locais, selecionando prioridades para intervenção.

## Fase de Reabilitação

A fase de Reabilitação é uma fase de transição entre o final da fase de Resposta e o início da de Reconstrução. Nela, todos os serviços essenciais devem ser colocados em funcionamento, como abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica, sistema de comunicação, segurança pública, entre outros. Os serviços de saúde e os que têm relação direta com eles, como limpeza, coleta de lixo e esgoto, que foram atingidos precisam ser restabelecidos para continuar prestando assistência às vítimas.

**Vacinação contra tétano e difteria no Hospital de Campanha da Força Aérea Brasileira, em Itaipava-RJ, após enchente:**



Fonte: Força Aérea Brasileira (extraída de Freitas e Rocha, 2014)

Nesta fase, a AB deverá acompanhar as medidas de saúde pública e o apoio social necessários até o restabelecimento das condições de sobrevivência da população da área afetada. O controle de surtos epidêmicos, bem como a atenção para restabelecimento das condições físicas ou psíquicas de indivíduos ou populações afetadas são as principais medidas, pois, além dessas doenças fortemente relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, como infecções causadas por agentes biológicos, há os impactos sobre a saúde mental e emocional das populações expostas aos desastres. O reforço nas orientações à população da área de abrangência de atuação pode reduzir o risco de adoecimento.

No cenário 2, mais de duas mil pessoas precisaram de abrigos temporários, pois perderam suas casas total ou parcialmente. Os abrigos merecem atenção especial, porque aglomerações com precária infraestrutura encontram condições para a proliferação de doenças transmissíveis e intoxicação alimentar, bem como distúrbios de comportamento, depressão, assédio moral e sexual de crianças e jovens expostos, violência doméstica, ou seja, situações de alto risco que devem ser acompanhadas pelos profissionais de saúde nos abrigos temporários.

Comunidades inteiras podem ficar isoladas, deixando de ter acesso a transporte, serviços de saúde, serviços emergenciais, alimento, água potável e respostas às necessidades básicas de sobrevivência. Mesmo para os que retornam para suas casas, o reparo e limpeza de casas e ruas por pessoas não preparadas para esse tipo de trabalho podem resultar em lesões, como choque elétrico, asfixia (em pessoas consertando e limpando seus poços artesianos), distensões musculares, cortes, intoxicações por monóxido de carbono (em pessoas que utilizam gasolina em geradores de eletricidade) e envenenamentos por picadas de cobra ou outros animais peçonhentos.

Essas situações poderão fazer parte do cotidiano das pessoas afetadas na fase de Reabilitação, portanto as equipes de AB alocadas nas UBS e os profissionais ligados à ESF devem estar atentos para acompanhamento desses casos e de seus agravos, que se estenderão até a fase de Reconstrução.



## SAIBA MAIS

No capítulo 1 vimos os potenciais efeitos dos desastres naturais sobre a saúde. Para saber mais sobre o assunto, consulte o Eixo Temático 4 - As principais consequências sobre a saúde provocadas pelos desastres naturais - do livro Agentes Locais em Desastres Naturais, disponível na página do Facebook

<https://www.facebook.com/agenteslocaisemdesastresnaturais/app/208195102528120/>

## Fase de Reconstrução

A Reconstrução é a fase da etapa de Recuperação que envolve um conjunto de atividades de médio e longo prazo com o objetivo de recuperar a infraestrutura e restabelecer, em sua plenitude, os serviços públicos, a economia da área e o bem-estar da população.

Para que as atividades de reconstrução representem uma oportunidade valiosa ao desenvolvimento e implementação de medidas que reduzam o risco de desastres e apliquem o princípio de “reconstruir melhor”, é necessário que se baseiem em estratégias e políticas existentes que facilitem o estabelecimento de responsabilidades institucionais claras e a participação social desde o término da fase de emergência e início do processo de reabilitação após o desastre.

Para o setor saúde, além de um processo de reparação da infraestrutura física e do funcionamento definitivo dos serviços dos hospitais, UBS, laboratórios, cabem, ainda, medidas não estruturais, como acompanhamento da população afetada por um período mais longo, ou seja, trata-se da reconstrução da vida e da saúde no território.

Neste momento, a Política de Atenção Básica, ao prever o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, deve ter como responsabilidade a vinculação dessas pessoas às UBS, atendendo suas necessidades posteriores ao desastre. Em caso de impossibilidade desse acompanhamento nas UBS, estas devem encaminhar as necessidades para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.

A coordenação das ações de saúde para que os afetados tenham plena atenção, integrando as ações programáticas e demanda espontânea e articulando ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos, também é de responsabilidade da AB na fase de Recuperação aos desastres.

A AB deverá trabalhar integrada a ações de vigilância em saúde, de tratamento e reabilitação e de cuidados específicos que exigem tecnologias em saúde, realizando assim uma gestão do cuidado integral do usuário.

A construção de cisternas para captação das águas das chuvas no cenário 1, por exemplo, deve ser realizada dentro de normas técnicas de segurança para evitar riscos (contaminação biológica, entrada de pequenos animais, etc.). Devem, também, estar protegidas para não se tornarem foco de proliferação de mosquitos transmissores de doenças, como da dengue, que afetou drasticamente a cidade.

#### **Programa Um Milhão de Cisternas na zona rural do município de Itapetim-PE:**



Foto: Tais Alpino, 2014.

No cenário 2, após três anos, a população ainda não teve suas condições de vida recuperadas. Casos que necessitam acompanhamento psicossocial são os que mais afetam os territórios atingidos. O estado pós-traumático em alguns pacientes estendeu-se por muito tempo, deixando sequelas, como transtornos de adaptação, distúrbios do sono ou insônia, pesadelos recorrentes, memórias repetidas sobre o evento, amnésia, dificuldade de concentração, irritabilidade e raiva, ansiedade, fobias, pânico, depressão, perda de apetite, fadiga, tonteiras e até casos de tentativa de suicídio. Os grupos mais afetados foram mulheres, crianças, idosos, famílias mais pobres e moradores de áreas rurais.

## □□□ IMPORTANTE

A PNAB orienta: o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou, ainda, de se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Cabe à AB prestar assistência e às equipes de ESF acompanhar o tratamento de todos os casos até o restabelecimento da saúde desses grupos ou até que se atinjam níveis aceitáveis, minimizando o sofrimento das pessoas afetadas pelo desastre. Destacamos durante o curso a importância da identificação de vulnerabilidades que contribuem para o desencadeamento do desastre. Agora, chamamos a atenção para a oportunidade de reconstrução, não somente da estrutura física, mas da vida das pessoas em níveis iguais ou melhores que os anteriores. Nesse sentido, o restabelecimento da saúde é prioridade para o alcance da resiliência, sendo os profissionais envolvidos na AB peças fundamentais nesse processo.

### **Região Serrana do estado do Rio de Janeiro após desastre de janeiro de 2011:**



Foto: Tânia Rego – Agência Brasil (extraída de Freitas e Rocha, 2014).

É importante que as equipes considerem o atributo da longitudinalidade do cuidado em territórios e populações atingidas por desastres, uma vez que o processo de saúde-doença é contínuo e algumas situações se agravam ou se manifestam tardiamente, em especial os problemas psicossociais. Além disso, os jovens das comunidades atingidas levam para as gerações futuras suas experiências e compreensões sobre os desastres, cabendo-lhes espaços nas comunidades, nas agendas e nos serviços prestados pelos profissionais da saúde. Isso incentiva seu protagonismo na construção de uma cultura preventiva, sustentável e mais saudável ao enfrentamento dos riscos e desastres.

É também na fase de Reconstrução que os profissionais de saúde podem contribuir para a avaliação do nível de segurança das edificações das unidades de saúde com o objetivo de adotar medidas corretivas.

É importante lembrar que, no cenário 2, um dos hospitais teve que interromper o atendimento 36 horas depois do alerta de inundação, pois o prédio começou a apresentar rachaduras. A Defesa Civil interditou parte do edifício, que, 16 horas depois, foi atingido por um deslizamento. Alguns pacientes que ocupavam leitos, internados mesmo antes do desastre, tiveram que ser deslocados para unidades de municípios vizinhos. As consequências do desastre superaram a capacidade de suporte das unidades de saúde. Além disso, dez Clínicas da Família sofreram inundação total ou parcial.

Atualmente, 67% dos estabelecimentos de saúde na América Latina e Caribe estão localizados em áreas de risco de desastres. Em média, um hospital que não funciona deixa 200 mil pessoas sem atenção à saúde, e a perda dos serviços de urgência durante os desastres diminui consideravelmente a possibilidade de salvar vidas.

No Brasil, muitas unidades de saúde estão sujeitas a alagamentos, deslizamentos de terra, calor excessivo devido à localização, pois, durante a escolha do local onde serão construídas, priorizam-se outros critérios, como proximidade de áreas de moradia, transporte público acessível, terreno disponibilizado ou de baixo custo para o poder público. Desse modo, os fatores de riscos de desastre são colocados em segundo plano ou mesmo ignorados.

Essa é a realidade de muitos países da América Latina, portanto, diante dessa situação, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aprovou, em 2004, uma resolução na qual solicitou aos Estados-membros que adotassem uma política de hospitais seguros em vista dos desastres, no contexto da redução de riscos.

Assim sendo, os profissionais de saúde devem colaborar na reconstrução de estabelecimentos atingidos, ajudando no diagnóstico do nível de segurança, na seleção de prioridades para intervenção, na melhoria da segurança estrutural (estruturas do edifício) e não estrutural (vias de circulações internas e externas, iluminação, proteção contra incêndios, rotas de evacuação) e no melhoramento da segurança funcional (implementação do plano hospitalar para casos de desastre).

É importante ressaltar que, para aumentar a capacidade de resiliência, é preciso aprender com as situações vivenciadas no desastre (lições aprendidas). Nesse sentido, quando novas unidades de saúde são construídas, os profissionais de saúde devem exigir que medidas para redução de risco ligadas a desastres naturais sejam seguidas, como: planejamento adequado e participativo; seleção de um local seguro; obras conduzidas por um projeto estrutural e não estrutural e médico-arquitetônico.



## SAIBA MAIS

Saiba mais sobre segurança de hospitais e unidades de saúde na seção Mitigação de riscos de desastres no setor saúde. Disponível em: Centro de Conhecimento em Emergências em Saúde e Desastres. Em: [www.ensp.fiocruz.br/desastres](http://www.ensp.fiocruz.br/desastres)

Essas medidas não somente tornam as unidades de saúde mais seguras, como também melhoram as condições de trabalho e permitem a organização das redes de serviços para atender as demandas em situações de desastres.

Como vimos ao longo do capítulo 2, a AB possui papel fundamental no processo de gestão do risco de desastres, que, devido à sua extensão e complexidade, não conseguimos esgotar nesse material. As ações para gestão de risco são inúmeras e cabe à AB tomar as iniciativas necessárias com base na política de assistência em seus diferentes níveis e esferas de atuação. Além disso, é também responsabilidade da AB, em todos os níveis de governo, promover e estimular intercâmbio capaz de produzir conhecimento para aprimorar os serviços da Rede de Atenção à Saúde. Por fim, ressaltamos que o setor saúde, quando bem preparado para o contexto de desastre em todos os seus níveis de atuação, pode salvar vidas e minimizar o sofrimento de milhares de pessoas.



## PARA REFLETIR

Vamos recordar o que aprendemos no capítulo 2?

1. A gestão de risco abrange um conjunto de ações que têm como finalidade prevenir, reduzir e controlar ao máximo os fatores de risco presentes na sociedade para diminuir o impacto dos desastres.
2. A gestão de risco por processo contempla três etapas: Redução do Risco de Desastre, com as fases de prevenção, mitigação e preparação; Manejo do Desastre, com as fases de alerta e resposta; e a Recuperação, com as fases de reabilitação e reconstrução.
3. Existem muitas atribuições que cabem ao setor saúde distribuídas nas diferentes etapas e fases da gestão de risco por processo. Todas as ações exercidas pela AB devem estar em consonância com a política do Sistema Único de Saúde.
4. A AB está inserida no contexto da Atenção Primária. Dela fazem parte as UBS e a ESF. Além disso, ela deve ser o contato preferencial dos usuários e porta de entrada de toda a rede de Atenção à Saúde.
5. As ações de AB, sua estrutura e forma de organização facilitam o atendimento às necessidades de assistência, prevenção e promoção da saúde em contexto de desastre, desde que estejam em pleno funcionamento em todas as suas atribuições.
6. Em todas as etapas da Gestão de Risco por processo existem atribuições que cabem à AB. As ações para gestão de risco são inúmeras e cabe à AB tomar as iniciativas necessárias com base na política de assistência em seus diferentes níveis e esferas de atuação.



## SAIBA MAIS

Para saber mais sobre ações da AB em contexto de desastres, consulte o quadro do ANEXO 1, elaborado com base no Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

## Referências Bibliográficas

CENTRO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA E DESASTRE. Planos de Preparação. Rio de Janeiro, RJ, 2012. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/elaboracao-de-planos-de-preparacao>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 13 maio 2016.

ESTRATÉGIA INTERNACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS DESASTRES (EIRD). 2005. Disponível em: <<http://www.eird.org/esp/terminologia-esp.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

FREITAS, C. M.; ROCHA, V. (Org.). Agentes locais em desastres naturais: defesa civil e saúde na redução de riscos: livro do aluno. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (IESC). Curso de capacitação a distância em saúde, desastres e desenvolvimento. In: Programa de formação de recursos humanos em Vigilância em Saúde Ambiental – Módulo III – Gestão de risco de desastres. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 13 maio 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Força Nacional do SUS, 2011. Disponível em: <<http://portalsau-de.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/forca-nacional-do-sus>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

NARVÁEZ, L.; LAVELL, A.; PÉREZ ORTEGA, G. La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. San Isidro: Secretaría General de la Comunidad Andina, 2009.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Temas em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

# ANEXO 1 | DESASTRES E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA

## Atribuições da Atenção Básica

A AB possui quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema;. E também os atributos derivados que qualificam as ações em AB: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural.

Para fortalecer a AB na gestão do risco em situações de desastres, deverão ser desenvolvidas ações agregadoras, por etapa, conforme descrito no quadro seguir:

## Ações a serem desenvolvidas

<p>Na redução de risco</p>	<p>Fomentar a implantação dos comitês operativos de emergência nas áreas de ocorrência de desastres;                      Contribuir na identificação das populações expostas a riscos de desastres na área de abrangência e no mapeamento das áreas de risco prioritárias;                      Contribuir na avaliação da infraestrutura física e funcional das unidades de saúde;                      Avaliar recursos humanos disponíveis e necessários para atender a uma situação de emergência;                      Promover o intercâmbio de experiências e o estímulo ao desenvolvimento para buscar o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e de conhecimentos para as equipes;                      Participar do processo de educação permanente;                      Manter atualizadas as cadernetas de vacinação, incluindo as dos profissionais de primeiros socorros (Corpo de Bombeiros e Defesa Civil).</p>
<p>No manejo do desastre</p>	<p>Participar da avaliação de danos por meio dos formulários ADAN-SUS para a identificação de necessidades em saúde da população;                      Incentivar a retomada dos serviços de rotina dentro da realidade pós-desastre;                      Atuar integradamente com a vigilância em saúde e a rede especializada;                      Identificar e recadastrar as famílias atingidas;                      Remapear áreas dos municípios de acordo com a nova realidade;                      Organizar e redirecionar a referência das ações de AB para os moradores dos abrigos;                      Distribuir o hipoclorito de sódio a 2,5% e orientar sobre seu uso (quando necessário);                      Intensificar ações dos Programas de:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância nutricional;</li> <li>• Saúde da Criança (imunização, aleitamento materno e recreação);</li> <li>• Saúde da Mulher: pré-natal, puérperas, planejamento familiar, dispensação de contraceptivos e prevenção de câncer de colo de útero;</li> <li>• Saúde do idoso: acompanhamento;</li> <li>• Educação em saúde bucal e distribuição de material (escova e creme dental);</li> </ul>                     Promover educação em saúde: higiene (pessoal e do lar), prevenção de acidentes (fogo, intoxicação por material de limpeza e higiene), destino adequado dos lixos e dejetos;                      Prevenir violência;                      Desenvolver ações de busca ativa de casos agudos e crônicos;                      Identificar a necessidade e realizar ações de prevenção, promoção, proteção à saúde, recuperação e reabilitação da população atingida;</p>



No manejo do desastre	<p>Contribuir na identificação de fatores de riscos ambientais na área de abrangência de forma integrada com a vigilância em saúde e informá-las à Vigilância em Saúde;</p> <p>Identificar fatores de risco comportamentais, como: controle de dejetos sólidos e excremento, controle de alimentos, higiene e segurança nos abrigos;</p> <p>Avaliar estoques de medicamentos, vacinas e insumos;</p> <p>Notificar os casos suspeitos e confirmados de cada agravo na Ficha do Sinan;</p> <p>Atender e acompanhar os casos notificados, de acordo com sua complexidade;</p> <p>Atender e acompanhar pacientes egressos de outros níveis de atenção;</p> <p>Realizar avaliação da situação da saúde em conjunto com as outras equipes;</p> <p>Orientar quanto aos procedimentos trabalhistas e previdenciários.</p>
Na recuperação	<p><b>1. Orientar e fomentar o novo território:</b></p> <p>Os serviços de saúde devem se reorganizar sobre bases territoriais, onde a sua distribuição segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.</p> <p>A territorialização é a base do trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) para o desenvolvimento das práticas assistenciais e da Vigilância em Saúde. O fundamental propósito desse processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos novos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida e acesso às ações e serviços de saúde.</p> <p>Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários, que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.</p> <p>Para que haja uma melhoria da qualidade da atenção à saúde, é necessário que as equipes estejam inseridas em redes de atenção e trabalhando com linhas de cuidado. A organização dos territórios de forma integrada visa articular unidades já existentes e investir nas lacunas e vazios existenciais de acordo com as necessidades de ações e serviços para uma determinada população.</p> <p>Devemos estar atentos à gestão desses territórios com sistemas unificados e ágeis de informação, de modo a permitir o monitoramento das ações e a concretização dos pactos intergestores.</p> <p>Para o desenvolvimento dessa diretriz, propõem-se as seguintes ações e atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração de critérios para compatibilização de territórios;</li> <li>Proposta do redesenho territorial – mapeamento;</li> <li>Cadastro SIAB/SISLOC geoprocessado;</li> <li>Normalizar dentro dos serviços que no território existirá agente comunitário e agente de vigilância em saúde;</li> <li>Identificar recursos de saúde na população da área de abrangência.</li> </ul> <p><b>2. Planejamento e reprogramação:</b></p> <p>O planejamento corresponde ao conjunto de meios que apoiam os momentos de análise da situação de saúde e de definição dos objetivos, ações, profissionais responsáveis e recursos necessários para enfrentar os problemas que acometem uma determinada população. É uma ferramenta indispensável para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde.</p> <p>Como base para o novo planejamento, é preciso considerar a análise da situação atual de saúde, perfis sociodemográficos e sanitários da população adscrita, visando explicar ao máximo os processos saúde-doença dos principais agravos que os acometem no período pós-desastre; e conhecer as formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não governamentais para se ter clareza das necessidades. É importante o diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e moradores, na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais com a participação de todos. Além disso, deve-se adotar a intersetorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade do cuidado.</p> <p>Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e estados com vistas não só ao planejamento e reprogramação, mas também à supervisão, seja ela das equipes, dos municípios ou regionais.</p> <p>Segundo a concepção proposta pelo MS de integração entre vigilância em saúde e APS, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação.</p>

Esses processos de planejamento de caráter participativo ampliam o vínculo entre equipes de saúde e população. A reprogramação prevê a quantificação de atividades a partir de cálculos, como do número de procedimentos necessários e suficientes para assegurar a resolubilidade da atenção, em função de parâmetros baseados nos consensos técnico-científicos estabelecidos entre os especialistas e mediante as possibilidades reais dos sistemas de saúde de enfrentar a situação saúde-doença.

Propõem-se as seguintes ações e atividades:

- Replanejar e reprogramar de forma articulada entre as coordenações e as equipes de APS e Vigilância em Saúde;
- Identificar e descrever riscos sanitários considerando a situação de saúde da população pós-desastre, a fim de priorizar os problemas a serem enfrentados de acordo com o perfil de saúde-doença da comunidade adstrita;
- Acordar agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração;
- Identificar risco sanitário para embasar o planejamento e programação, que devem nortear os processos de trabalho, a organização dos serviços e a formação da nova rede articulada e regionalizada;
- Elaborar cronograma de reuniões para discussão da gestão em saúde entre Atenção Básica e Vigilância;
- Utilizar as ferramentas da epidemiologia para orientar o processo de replanejamento e reprogramação utilizando os sistemas de informação em saúde, bem como análises da situação de saúde;
- Programar reuniões ordinárias em que haja espaço para inserção das equipes de saúde no processo de replanejamento e reprogramação;
- Envolver os diferentes atores sociais nas reuniões de replanejamento e reprogramação;
- Estabelecer relações de intersetorialidade e interinstitucionalidade;
- Favorecer o intercâmbio intermunicipal e interestadual de experiências, por meio de reuniões, oficinas, publicações, concursos, etc.;
- Desenhar sistema integrado de bases de dados que permita a construção de cenários múltiplos;
- Contribuir para análise da situação de Saúde (dados dos sistemas SISFAD/SIAB/SIM/SINAN/SINASC/SIA/SIH, entre outros).

Vale lembrar: a análise de situação deve estar construída em bases que permitam a avaliação de todos os setores da saúde. Com a implantação das ações da integração com outros setores, os elementos de análise devem ser compartilhados e devem refletir os processos de trabalho que estão sendo avaliados.

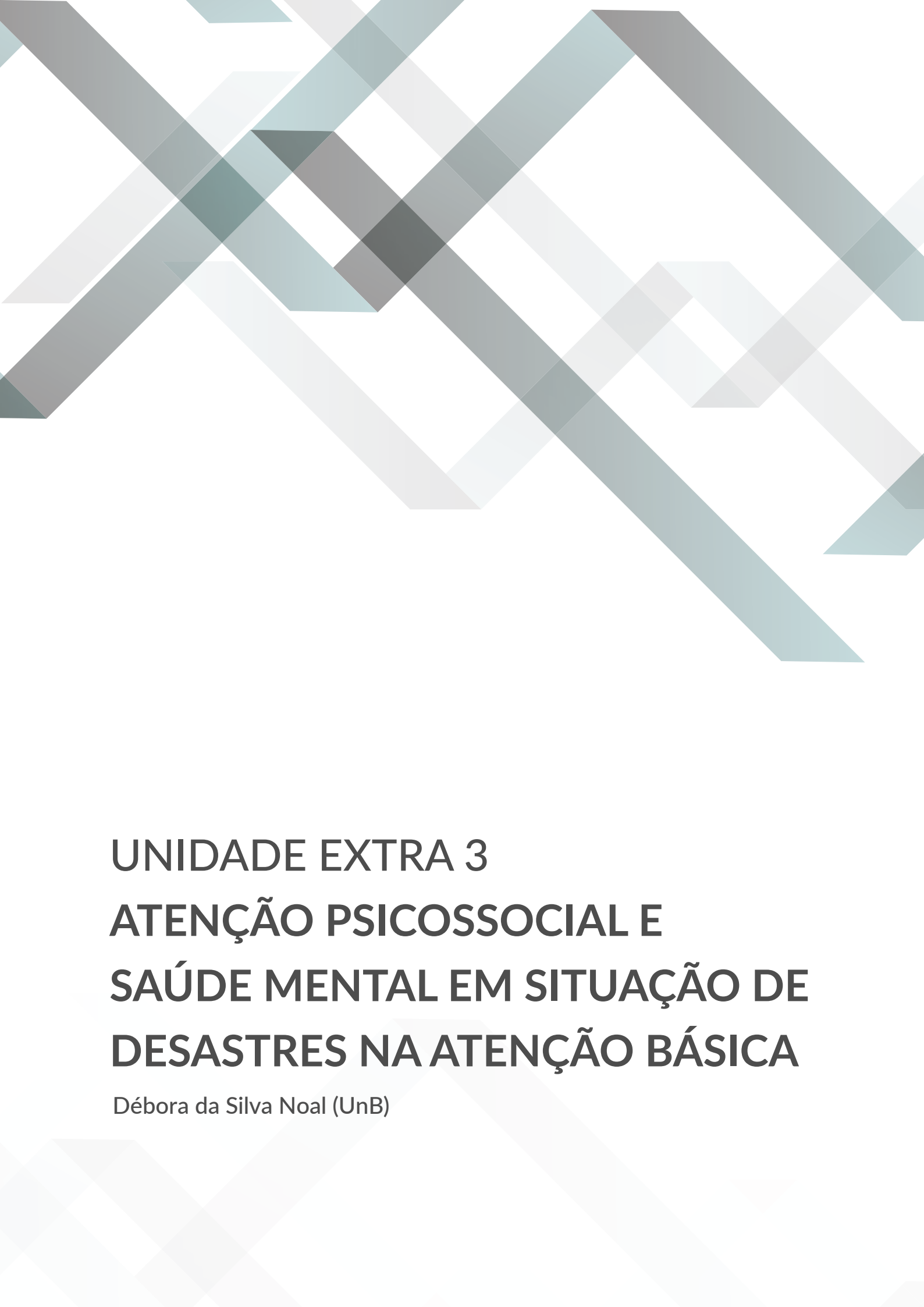
### 3. Reorganização do Processo de Trabalho

É necessário rever o processo de trabalho dos diversos atores envolvidos nas práticas de saúde com vistas à integralidade do cuidado. Nesse sentido, a reorganização das ações de assistência deve ser estratégia fundamental em âmbito local, além da incorporação das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica.

Os profissionais de saúde devem ser corresponsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e ações assistenciais, respeitando as particularidades e especificidades de cada profissão, que devem integrar suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e evitar a duplicidade das ações, que, embora distintas, se complementam.

Para refletir a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos, família, comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e coordenar o acesso a essa rede.

No momento em que as ações de rotina podem estar prejudicadas pela desconstrução física das unidades e as equipes estão desestabilizadas, deve-se levar em conta outros aspectos de apoio, como o emocional, para fortalecer as pessoas atingidas. Esse apoio visa dar um alento às pessoas afetadas, caracterizando-se, mais que qualquer outro, como o resgate da cidadania dessa população. Cada desastre tem seu próprio tempo de duração e as equipes devem ser resolutivas naquele momento. A ampliação das ações da assistência restitui a qualidade de vida da população e equidade dos serviços, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde. Independentemente de como está sendo realizada essa organização, esse apoio empodera a população e suas diversas formas de organização, tornando-a ator fundamental no processo.



**UNIDADE EXTRA 3**  
**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E**  
**SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÃO DE**  
**DESASTRES NA ATENÇÃO BÁSICA**

Débora da Silva Noal (UnB)

# Introdução

Os desastres podem ser responsáveis por sofrimentos intensos, que, quando negligenciados ou abordados de forma inadequada, podem desencadear transtornos psíquicos a médio e longo prazo. Assim, considerando os efeitos à saúde causados pelos desastres, é imprescindível que os temas de atenção psicossocial e saúde mental sejam abordados pelas equipes de saúde. Neste curso, a intenção é sensibilizar os profissionais da AB a respeito do seu papel e responsabilidades no contexto dos desastres, fortalecendo a atuação do setor saúde diante de tais ocorrências.

Como bem lembra Paulo Amarante (2007), saúde mental é uma área extensa e complexa de conhecimentos e cuidados. Obviamente, ela não se restringe à psicopatologia ou à semiologia e não deve ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. O campo da Saúde Mental contribui para um pensamento em termos de complexidade, simultaneidade, transversalidade de saberes, construcionismo e reflexividade. Nesses termos, o suporte amplo ofertado à saúde mental é um campo polissêmico, na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, condições altamente complexas.

A Atenção Psicossocial (AP), por sua vez, não se restringe à assistência, mas oferece uma nova conjuntura social para as pessoas em sofrimento mental. O cuidado ancora-se na construção de vínculos e em uma complexa rede de conhecimentos e de intervenções.

Para fins didáticos, neste capítulo, trataremos os cuidados amplos que transbordam os conhecimentos específicos de psicólogos e psiquiatras pela nomenclatura Atenção Psicossocial, e denominaremos de Saúde Mental a compreensão do tema específico do núcleo da saúde mental, o qual demanda conhecimentos específicos, ainda que, em ambas as terminologias, visa-se subverter o cuidado como sinônimo de tratamento de doença ou sofrimento, visto que em ambos o investimento é focado nas pessoas e não na patologia.

A inclusão de uma perspectiva ampliada de cuidado na elaboração de estratégias de saúde para as populações afetadas por desastres, considerando a AP e a Saúde Mental, é relativamente recente no cenário global. No que concerne ao contexto internacional, no final do século XX, as estratégias de saúde passaram a incluir equipes de AP e Saúde Mental nas primeiras equipes de respostas que atuavam em desastres. O Brasil, por sua vez, passou a refletir de forma institucionalizada sobre essas estratégias e intervenções em meados de 2006, período durante o qual emergiram alguns espaços de discussão e articulação profissional. Os anos de 2008 e 2011 serviram de marcos nacionais de intervenção e atuação das equipes de atenção psicossocial e saúde mental. Nesse sentido, tomamos como referência os desastres de Santa Catarina e da Região Serrana do Rio de Janeiro, respectivamente.

Ancorada pelos Marcos Internacionais de Hyogo (ISDR, 2005) e Sendai (ISDR, 2015), no ano de 2014, conformou-se a primeira Comissão Nacional de Psicologia de Emergências e Desastres (CNPED-CFP), a fim de fomentar reflexões e discutir os paradigmas brasileiros de cuidado em emergências e desastres que incorporassem: a prevenção, a mitigação, a preparação, a resposta, a reabilitação e a reconstrução, de forma coadunada com as políticas públicas da defesa civil, saúde, assistência social e educação.

No que concerne aos eventos de referência para a inserção dessa nova concepção nas estratégias brasileiras, particularmente as enchentes e deslizamentos em municípios do Estado

de Santa Catarina em 2008 e os deslizamentos de terra da Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 serviram de marcos propulsores dessa procura por conhecimento teórico-prático específico da atenção psicossocial e da saúde mental. O desastre que acometeu os moradores da Região Serrana do Rio de Janeiro é considerado, por alguns pesquisadores, como o pior desastre já registrado na história do Brasil, causando um número de óbitos superior a 1.000 pessoas, sendo 916 corpos encontrados e 345 desaparecidos (WEINTRAUB et al., 2015), o que acarretou um esforço nacional pelo aprimoramento de técnicas, estratégias e guias de cuidado que pudessem contemplar as demandas específicas das pessoas afetadas.

O cuidado em desastres requer distintos e complementares níveis de resposta, conforme demonstra a pirâmide esquematizada pelo Comitê Permanente entre Organismos Internacionais sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências (IASC, 2007), a qual retoma a importância de estabelecer um sistema concomitante de apoio ancorado em múltiplos níveis, a fim de satisfazer as necessidades dos diferentes grupos pertencentes à população afetada.

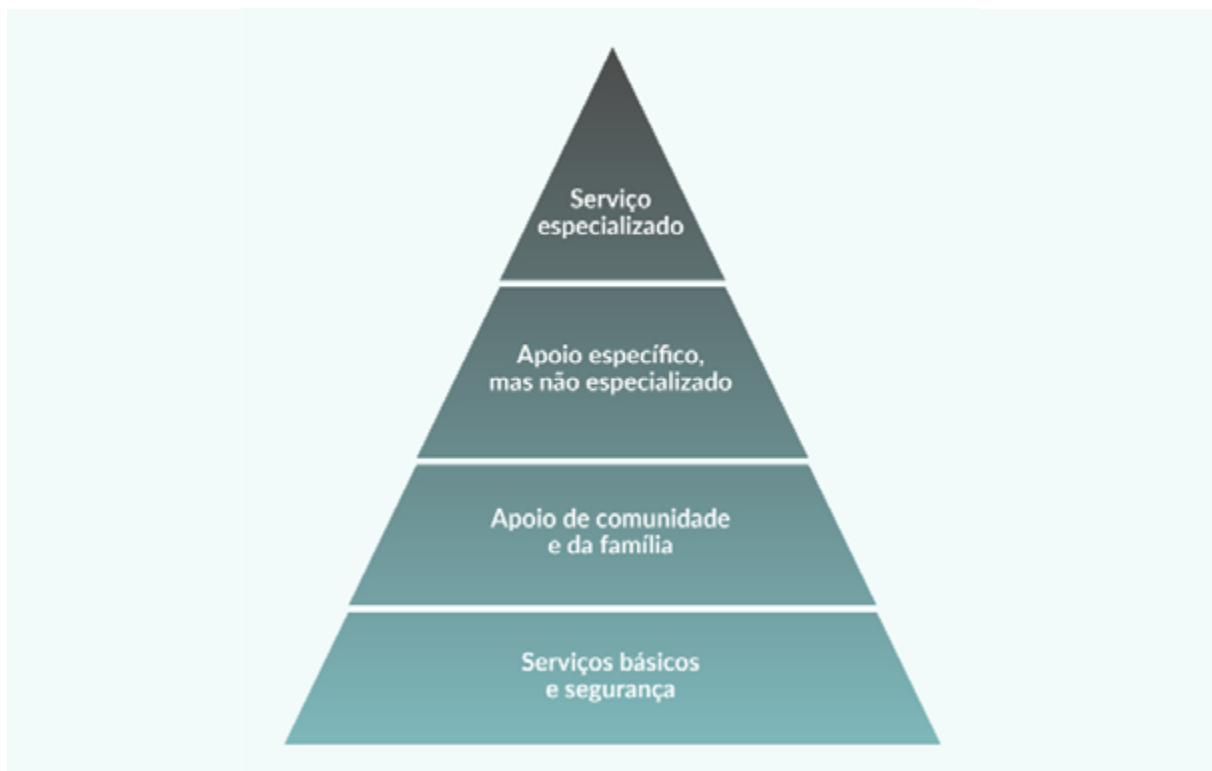


Figura 1 Fonte: IASC, 2007.

Estratificando a pirâmide acima, é possível perceber que a maior parte da população afetada não requer cuidados especializados de saúde mental. No entanto, a população como um todo poderá vir a se beneficiar de cuidados psicossociais, os quais podem ser ofertados por diferentes atores, conforme demonstra a pirâmide abaixo:



Figura 2: População de Risco – Cuidados Psicossociais

Com relação ao objetivo de incorporar a perspectiva da atenção psicossocial e a saúde mental em desastres às ações das equipes de AB no território, resgata-se da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) a finalidade **de promover e garantir o exercício da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e não somente o controle de sua sintomatologia**, implicando um cuidado ampliado das necessidades psicossociais e de saúde mental das pessoas afetadas por desastres.

É importante lembrar que, em situações de desastre, a população afetada reage de diferentes formas à situação de anormalidade. Embora as reações apresentadas em um primeiro momento se assemelhem muito a sintomas, em uma situação de desastre abrupto consideram-se todas as reações agudas como esperadas, já que se trata de uma situação atípica na rotina daqueles que vivenciam esses eventos.

Ressalta-se que a ocorrência de um evento desses não significa que todas as pessoas afetadas estarão traumatizadas, mas sim que cada uma delas demandará uma estratégia de cuidado singular para encontrar estabilidade psíquica. A maior parte dos afetados se encontra nos territórios adstritos das equipes de AB e muitos já são atendidos ou têm como referência as UBS.

Em uma situação de desastre, é imprescindível que a perspectiva psicossocial e de saúde mental em desastres estejam integradas e articuladas pela equipe da AB antes mesmo das primeiras manifestações do desastre, uma vez que ser afetado pelo desastre pode significar:

- Perder referências socioafetivas, como familiares, amigos, vizinhos, colegas;
- Perder bens, referências geográficas, afetivas e sua sensação de segurança;
- Ser forçado a abandonar sua casa para salvar sua vida;
- Deparar-se com a imprevisibilidade;

- Ter sentimentos intensos de medo, terror e impotência;
- Confrontar-se com a destruição e caos no seu território;
- Confrontar-se com a perturbação de suas crenças e valores;
- Vivenciar uma transição inesperada de tarefas e de papéis dentro da própria família ou na comunidade.

Entre os principais objetivos específicos dos primeiros cuidados psicossociais e de saúde mental pós-desastres encontram-se:

- Reduzir o estado de estresse durante a fase aguda, a fim de prevenir a aparição de transtornos psicopatológicos;
- Ajudar as pessoas que apresentam dificuldades em elaborar suas experiências potencialmente traumáticas e/ou seus problemas psicossociais;
- Ajudar os afetados a enfrentar as dificuldades psicossociais ligadas à mudança de rotina (perdas materiais, deslocamento forçado, alojamento temporário, etc.);
- Respeitar os ritos e manifestações culturais referentes às mudanças inesperadas (por exemplo, no caso do luto pelas perdas);
- Ajudar, em alojamento temporário, as famílias a encontrar, na organização coletiva das rotinas diárias, seus espaços e momentos privativos, que devem ser respeitados.

Retoma-se a consideração de que, apesar de os desastres desencadearem reações extremas de forte sofrimento psíquico, vivenciar um desastre não significa necessariamente estar traumatizado, uma vez que o evento é potencialmente traumatizante e não necessariamente traumatizante. Muitas pessoas durante situações de desastres findam por ressignificar seus valores e objetivos de vida, por vezes encontrando perspectivas e possibilidades ainda mais potentes na consolidação de sentidos do que no momento anterior ao desastre. Nesses termos, é notória a necessidade de acolher, bem como a de auxiliar os afetados na elaboração das vivências dolorosas emergentes desses eventos, buscando não vitimizar as pessoas que buscam auxílio, tampouco menosprezar os sentimentos intensos de sofrimento, mas auxiliá-las a enfrentar o sofrimento vivido de acordo com seus recursos singulares e socioculturais.



## SAIBA MAIS

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Organización Mundial de la Salud (OMS). ACNUR. Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159202/2/9789243548531\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159202/2/9789243548531_spa.pdf?ua=1&ua=1)>

**Reações emocionais intensas são esperadas, portanto não as consideramos sintomas de uma patologia, mas indicadores de sofrimento agudo**, passíveis de tornarem-se crônicos a médio ou longo prazo, de acordo com as características das intervenções e atravessamentos que se constroem nos primeiros momentos pós-desastres.

## 1 | Intervenções

Como intervir nessas situações? Como a AB pode agir? As intervenções serão baseadas nas necessidades das pessoas afetadas, nas capacidades de resposta das instituições sociais e de saúde, bem como nas características geográficas, políticas e sociais do território onde se encontra a população afetada. Nesse sentido, **é de suma importância que todas as equipes de AB empenhem-se em traçar as estratégias de acordo com as especificidades de seu território**, delineando os riscos e a tipologia dos desastres que possam vir a acometer seus territórios, e em articular suas estratégias de cuidado psicossocial antes mesmo do desastre, a partir da preparação da equipe e da elaboração de estratégias compatíveis com as demandas da população vigente.

Vale lembrar que toda pessoa implicada no cuidado aos afetados pode, com sua atitude, auxiliar no restabelecimento do equilíbrio emocional deles. Abaixo elencaremos alguns pontos centrais na construção de um processo de gestão integral de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial para situações de desastres.

### 1.1 | Intervenções psicossociais das equipes de atenção básica pré-desastre

#### ***I. Participar da elaboração do plano de contingência em conjunto com a defesa civil e demais secretarias de governo***

É imprescindível que a equipe da AB compreenda a perspectiva geral do sistema de proteção e defesa civil, a fim de, no momento do desastre, ter conhecimento do papel a ser desempenhado por cada um dos atores do desastre, bem como da especificidade das equipes da AB no plano municipal, possibilitando executar de forma plena o acolhimento, transmitindo à população afetada a sensação de proteção e segurança, fatores imprescindíveis para estabelecerem um primeiro acolhimento e estabilização emocional, e serem referência à comunidade. Isso possibilitará que orientem a população de forma pragmática e efetiva.

A interlocução inicial com a estratégia da defesa civil presta-se, ainda, à proteção das equipes e comunidade, visto que é nela que estarão as principais orientações quanto a rota de fuga, riscos e vulnerabilidades relacionadas ao território adstrito. Nesses termos, é papel das equipes de AB prover orientações básicas aos atores de Defesa Civil sobre a metodologia de trabalho utilizada rotineiramente pelas equipes de saúde e propor a implementação de ações de AB durante situações de desastres, de acordo com a característica do desastre e do território.

#### ***II. Elaborar o plano de contingência específico para a equipe da AB em conjunto com os demais atores do plano de contingência municipal, levando em conta as características geográficas, políticas e sociais do território onde se encontra a unidade, e em consonância com o plano de evacuação e da secretaria de Proteção e Defesa Civil Municipal***

Para a elaboração de um plano de contingência, é imprescindível considerar as características geográficas, políticas e sociais do território onde se encontra a unidade de saúde, estabelecendo uma relação de complementariedade com o plano de contingência da saúde e com o



plano de Proteção e Defesa Civil Municipal. Sendo assim, deve-se levar em conta a organização do sistema de saúde, o desenvolvimento social e o suporte econômico local, bem como a estrutura da gestão local, estadual e federal, profissionais disponíveis (voluntários ou contratados), qualificação da equipe da AB, estrutura física e funcional dos serviços, política pública implantada, acesso da população aos serviços, perspectiva do espaço, áreas de intervenção, tempo de início, finalização e duração, etc.

Como pontos centrais do plano, é necessário descrever de forma breve e pragmática a organização do sistema de saúde local, o desenvolvimento social e o suporte econômico local da população atingida, a estrutura da gestão local, estadual e federal, o número de profissionais disponíveis para trabalhar em casos de desastres, bem como fazer um levantamento do número e das características dos profissionais voluntários e/ou contratados emergencialmente para oferecer serviços condizentes com a população afetada daquele território, não negligenciando a descrição da qualificação dos profissionais, estrutura física e funcional dos serviços. Ademais, é necessária uma pactuação com os líderes comunitários e gestores sobre o local seguro onde a unidade será alocada, de forma a não colocar os profissionais e a população em áreas de risco durante os eventos, no caso de impossibilidade de trabalhar dentro da estrutura física já existente.

Cabe ressaltar que o plano de contingência é uma ação singular das equipes de AB, mas também está relacionado aos planos das regionais de saúde, considerando os demais fluxos para o acesso aos serviços hospitalares e de tratamento/reabilitação. É importante que o plano de contingência inclua os demais serviços da rede.

A fim de ofertar um suporte psicossocial coerente com a demanda da população do território da AB, cada equipe precisa participar da elaboração do plano de contingência, a fim de ser capaz de passar informações e produzir acolhimento psicossocial compatível com a demanda específica. Como exemplo, apresentaremos o caso da família que habitava uma área de risco de uma cidade no sudeste do Brasil e, após uma consulta com a equipe de saúde, retornou para sua moradia no alto do morro com uma prescrição de medicamento psicotrópico que interferia na cognição e conseqüentemente na sua capacidade de resposta a uma ameaça externa. No caso dessa família, no momento em que as chuvas aumentaram e que a casa onde viviam começou a apresentar sinais de desabamento, as pessoas, medicadas de forma equivocada, não foram capazes de sair com rapidez e acabaram sendo soterradas.



## SAIBA MAIS

Organización Mundial de la Salud. Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general. Ginebra, 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85619/1/WHO\\_MSD\\_MER\\_13.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85619/1/WHO_MSD_MER_13.1_spa.pdf)> .

**O plano de contingência deve conter o tipo de desastre e as possibilidades de resposta a curto, médio e longo prazo.** Nas especificidades desse plano, é preciso descrever a área afetada e o número de pessoas afetadas, bem como as especificidades psicossociais da população. Sugere-se, ainda, inserir na cartografia realizada pela equipe da AB a identificação das casas e quadras onde o risco, as ameaças e as vulnerabilidades psicossociais da população adstrita são maiores, assim como as rotas de fuga e entrada da população e equipe em desastres.

### **III. Elaborar materiais de suporte psicossocial formativos para voluntários e população afetada**

É importante que as informações e capacitações aconteçam antes do desastre, e que sejam repetidas com frequência para que as pessoas saibam como atuar em caso de desastre. Durante as capacitações, temas específicos da atenção psicossocial e saúde mental precisam ser abordados, entre eles:

- Estratégia geral de intervenção psicossocial para desastres;
- Primeiro acolhimento psicossocial em desastres;
- Comportamento a adotar com pessoas em risco;
- Como cuidar de si mesmo enquanto cuidador;
- Como ajudar uma pessoa em sofrimento agudo;
- Reações e sintomas psicológicos pós-desastre.



## **SAIBA MAIS**

Organização Mundial da Saúde. War Trauma Foundation. Visão Global Internacional. Primeiros cuidados psicológicos: um guia para trabalhadores de campo. Genebra, 2015. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4847:publicacao-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4847:publicacao-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&Itemid=839)>.

### **IV. Capacitar equipe de AB para primeiro acolhimento psicossocial e de saúde mental em desastres**

O acompanhamento psicossocial durante a fase aguda permite reagir de maneira apropriada ante o estresse, diminuindo os riscos de estresse pós-traumático crônico e prevenindo a aparição de transtornos psicológicos e psicossociais em longo prazo. Em particular nas primeiras semanas após um desastre, é importante atentar para o número de pessoas que durante a consulta médica salientam como motivos da consulta dores generalizadas, problemas gástricos, insônia ou outros que não possuem razão médica aparente, pois podem estar manifestando, por meio do corpo, parte do sofrimento vivenciado durante o evento.

Nas capacitações, deve-se frisar às equipes que cada pessoa tem a necessidade de se sentir escutada e que alguns minutos a mais podem fazer uma grande diferença no restabelecimento do equilíbrio emocional. Da mesma maneira, durante a capacitação deve-se estabelecer um fluxo de cuidado especializado (psicológico e psiquiátrico) para os casos em que houver necessidade, levando em conta que todas as pessoas afetadas, ainda que não tenham sofrido perdas diretas (humanas ou materiais) ou ferimentos aparentes, podem estar em forte sofrimento psíquico. Recomenda-se, ainda, atentar para o fato de que todas as pessoas atendidas por essas equipes precisam ser atendidas tendo como premissa a escuta ativa, e, a partir disso, atentar para o estado de estresse aliado às capacidades singulares e coletivas de enfrentamento da situação vivenciada. É importante, ainda, verificar, com base nas planilhas de consumo dos serviços de farmácia, se há um consumo não habitual de analgésicos, tranquilizantes, psicotrópicos ou antiácidos gástricos pela população do território, os quais podem servir de indicadores de sofrimento psíquico.



## SAIBA MAIS

Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington, D.C., 2006. 191 p. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/paho\\_guia\\_practicade\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf)>.

### ***V. Eleger um coordenador central para disparar todas as ações específicas da equipe da AB, preferencialmente que não esteja no cuidado central aos feridos***

A definição de um coordenador central da equipe de AB em momentos de desastres, preferencialmente antes do momento do evento, agiliza e promove a sensação de precisão e efetividade da equipe no processo de trabalho no processo de trabalho. Essa definição também cria a sensação de segurança e confiança na população atendida, potencializando o vínculo e, conseqüentemente, facilitando o cuidado psicossocial ofertado.

*Realizar simulados com toda a equipe envolvida da AB e, se possível, com as demais equipes da rede SUS e do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC)*

Os simulados das equipes de AB envolvendo os líderes locais e a comunidade tendem a fortalecer o vínculo de confiança e sensação de segurança, facilitando e agilizando as relações e fluxos a serem estabelecidos já nos primeiros momentos pós-desastres. Tais ações não só fortalecem esses vínculos de cuidado psicossocial como possibilitam acompanhar melhor as reações psíquicas mais frequentes nos primeiros momentos durante a resposta.

### ***VI. Atualizar mapas e listas dos principais grupos vulneráveis da área***

As equipes das UBS e os ACS precisam manter atualizados os mapas e as listas dos principais grupos vulneráveis da área (onde estão as gestantes e mulheres com crianças, os idosos que tenham maior dificuldade de deambulação, as pessoas portadoras de deficiências ou outros transtornos psiquiátricos crônicos), de forma a facilitar sua localização em caso de necessidade de ajuda imediata ou de estruturar planos familiares de resposta a desastres, conforme a realidade do território.

### ***VII. Atualizar mapas e listas dos principais grupos vulneráveis da área***

As equipes das UBS e os ACS precisam manter atualizados os mapas e as listas dos principais grupos vulneráveis da área (onde estão as gestantes e mulheres com crianças, os idosos que tenham maior dificuldade de deambulação, as pessoas portadoras de deficiências ou outros transtornos psiquiátricos crônicos), de forma a facilitar sua localização em caso de necessidade de ajuda imediata ou de estruturar planos familiares de resposta a desastres, conforme a realidade do território.



## SAIBA MAIS

Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C., 2003. Disponível em: <<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/SaludMentalTotal.pdf>>. (Publicado a primeira vez em 2002)..

## 1.2 | Primeiras intervenções psicossociais das equipes de atenção básica pós-desastre

### ***I. Retomar e acionar o plano de contingência da equipe***

É importante que o acionamento do plano de contingência pela equipe seja imediato, visto que a relação estabelecida com a população afetada antes e durante os primeiros dias pós-desastres interfere na sensação de proteção e segurança, que se mostram essenciais para estabelecer um primeiro processo de cuidado psicossocial, visando ao processo de estabilização psíquica já nos primeiros momentos da resposta. Tal plano deve incluir as ações que cada membro da equipe deverá desenvolver durante o desastre, e cada uma dessas ações deve estar relacionada com a tipologia do desastre e a capacidade de resposta da comunidade. Também deve estar aliado a pactuação estabelecida com os órgãos do Sistema de Proteção e Defesa Civil, bem como com os órgãos do Sistema Único de Assistência Social. É imprescindível que as ações de rotina da AB não sejam interrompidas durante o desastre, mas que outras ações complementares sejam acrescentadas dentro da estratégia de cuidado.

### ***II. Prover a população de informações básicas sobre as reações e sintomas considerados normais pós-eventos desta magnitude***

A fim de auxiliar nos primeiros cuidados psicossociais, é importante que as equipes da AB ajudem a estabelecer uma lista com informações precisas a respeito de todas as organizações governamentais e não governamentais estabelecidas durante o desastre (nome, público-alvo, telefone, endereço, horário de funcionamento e nome de referência para o usuário), para que a própria população afetada busque auxílio de acordo com suas necessidades básicas, priorizando as ações de empoderamento da própria comunidade. A equipe pode, ainda, auxiliar no desenvolvimento de materiais escritos ou nas sensibilizações na unidade de saúde e/ou em abrigos e alojamentos coletivos, a fim de promover apoio psicossocial para ajudar as pessoas a viverem em um contexto diferente, especialmente se houver uma mudança na convivência com outras pessoas em abrigos temporários.

Sugere-se, ainda, que as equipes de saúde possam mediar a comunicação entre as famílias que forem sendo alojadas em abrigos temporários, de forma a identificar lideranças que, dentro de sua condição pessoal e disposição para ajudar no momento da crise devido ao desastre, facilitem o processo de acomodação das pessoas, ajudando a equipe de saúde e demais profissionais na identificação das necessidades prioritárias das pessoas na chegada ao abrigo (por exemplo, necessidade imediata de banho, de repouso, de fazer alguma refeição, de obter alguma informação ou notícia, de medicação de uso contínuo, etc.) ou para a permanência no abrigo, possibilitando a negociação e uma acolhida mais humanizada durante o abrigamento, onde o estranhamento social, cultural, físico e afetivo estão presentes.

### ***III. Prover atendimento clínico, levando em conta a perspectiva psicossocial e de saúde mental durante o atendimento às pessoas afetadas***

Uma vez que todas as reações agudas pós-desastres são consideradas esperadas, quais são as reações mais comuns em situações de desastres?

### **Reações fisiológicas:**

- Náuseas;
- Tremores nas mãos;
- Movimentos faciais involuntários;
- Dores musculares;
- Dores de cabeça;
- Sudorese;
- Ranger de dentes;
- Calafrios;
- Tonturas.

### **Reações cognitivas:**

- Confusão e desorientação;
- Pesadelos recorrentes;
- Boatos sobre o desastre;
- Dificuldade de concentração;
- Dificuldade em tomar decisões;
- Questionar crenças espirituais;
- Perda de memória;
- Cuidados pessoais prejudicados.

### **Reações emocionais:**

- Mágoa e tristeza;
- Tristeza e choro;
- Crise de raiva;
- Irritabilidade e ressentimento;
- Ansiedade e medo;
- Desespero e desesperança;
- Culpa;
- Humores imprevisíveis;
- Sentimento de sobrecarga;
- Identificação com vítimas;
- Antecipar riscos.

### **Reações físicas:**

- Fadiga e cansaço;
- Desconforto gastrointestinal;
- Alteração no apetite;
- Sensação de sufocamento na garganta e peito;
- Agravamento de condições crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial.

### **Transtornos agudos de ansiedade:**

- Pânico;
- Palpitações e taquicardia;
- Suor;
- Tremor;
- Dispneia;
- Medo de perder o controle ou enlouquecer.

### **Reações comportamentais:**

- Problemas sexuais;
- Níveis de atividade excessivos;
- Aumento de conflitos com a família;
- Hipervigilância;
- Isolamento ou discriminação;
- Abuso de substâncias lícitas e ilícitas;
- Conduta ritualística;
- Violência;
- Não deseja se afastar do local do evento.



## **SAIBA MAIS**

Médicos Sin Fronteras. Salud Mental en emergencias por desastres naturales MSF-OCBA: efectos psicológicos y psicosociales de las catástrofes naturales: Manual Práctico de Diseño e Implementación de Intervenciones en Salud Mental y Psicosocial en desastres naturales. MSF: OCBA, 2009

As reações acima citadas tendem a ser mais, ou menos, persistentes, de acordo com o tipo de evento vivido, com o suporte psicossocial oferecido no momento do evento e com a capacidade singular de enfrentamento de cada pessoa. Ressalta-se que a resposta dinâmica e pragmática na oferta de um cuidado psicossocial pelas equipes de AB é de suma importância no fortalecimento dos mecanismos pessoais de enfrentamento ao desastre.

#### ***IV. Prover suporte ao entorno da pessoa diretamente afetada (familiares, amigos, etc.)***

É preciso sempre lembrar que o entorno do paciente pode estar tão ou mais necessitado de um suporte psicossocial. O entorno do paciente necessita de informações, acolhimento, escuta e orientação pragmática acerca de necessidades e cuidados de primeira ordem pós-desastre. A ausência de informações sobre o estado de saúde da pessoa que está sendo cuidada tende a desencadear reações de ansiedade; por outro lado, o excesso de informações desnecessárias pode provocar sentimento de angústia. Nesse sentido, **responder de acordo com os questionamentos e solicitar auxílio de outros profissionais quando você não souber as respostas é a melhor decisão a ser tomada.**

A escolha de um local calmo e reservado (na medida do possível) para receber as pessoas que necessitam de um acolhimento mais complexo, bem como oferecer uma equipe qualificada para anunciar de forma acolhedora à família os casos de óbito, tende a auxiliar no processo de estabilização emocional e de vinculação com a equipe.

Em uma perspectiva longitudinal, é fundamental considerar legítima a procura de sobreviventes ou de pessoas atingidas de alguma forma (direta ou indiretamente), oferecendo o acolhimento espontâneo ou a escuta de tais demandas nos atendimentos individuais (consultas médicas, de enfermagem, odontológica, por exemplo), nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos de promoção da saúde da equipe, nas atividades de saúde desempenhadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

#### ***V. Encaminhar, quando necessário, os afetados à equipe da rede psicossocial para cuidado especializado***

Para promover um cuidado às pessoas afetadas que necessitam de um suporte específico da saúde mental (por meio de equipe de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapias ocupacionais, entre outros profissionais), é importante estabelecer uma rede de serviços para referência e acolhimento, incluindo de forma articulada os NASF e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ainda que haja um desenvolvimento esperado das reações que foram desencadeadas ou intensificadas com o desastre, persistindo por várias semanas ou meses, parte da população atendida demandará cuidados específicos, tendo em vista que algumas reações emocionais podem durar mais tempo, atingindo e afetando a sua funcionalidade, o que, portanto, requer ajuda especializada.

Tais serviços da rede precisam ser pactuados e testados antes do desastre para que já nos primeiros instantes pós-evento a rede seja efetiva e coerente com a demanda, que tende a aumentar logo nas primeiras quatro semanas. A rede de suporte favorece o cuidado ampliado e a sensação de segurança, potencializando a capacidade de resposta e a sensação de empoderamento das populações afetadas e, conseqüentemente, um suporte condizente com as demandas específicas desta parcela da população afetada.

## ***VI. Organizar os cuidados e o acompanhamento pós-urgência***

Os cuidados e o acompanhamento pós-urgência precisam ser avaliados e reformulados sempre que a demanda da comunidade e as fases do desastre forem sendo alterados.

Lembre-se que em situações de desastres a rotina e a demanda cotidiana da população se alteram rapidamente, por esta razão, uma avaliação sistemática dos cuidados psicossociais e de saúde mental, bem como do modus operandi do acompanhamento destas demandas precisam estar inclusas no projeto da equipe de AB. É imprescindível ainda que as equipes se informem dos deslocamentos desta população em direção aos abrigos, alojamentos e especialmente sejam acompanhadas no retorno aos locais de abrigo definitivo, auxiliando, inclusive na elaboração de uma nova rotina de vida.

## **Considerações Finais**

As estratégias de atenção psicossocial e saúde mental em desastres para as equipes de AB não diferem da proposta de cuidado recomendada pela PNAB. No entanto, uma situação de desastre exige que as ações sejam estabelecidas de forma rápida, articulada e sistemática, a fim de oferecer uma perspectiva ampla de atenção à saúde. Trata-se, sobretudo, de aprimorar competências de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial integral à saúde, com o intuito de promover e garantir o exercício da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e não somente o controle de sua sintomatologia.


Tendo em vista que, em situações de desastre, a população afetada reage de diferentes formas, é importante ressaltar que todas as reações agudas são esperadas, uma vez que esses eventos provocam mudanças bruscas na rotina dos afetados. Um dos pontos-chaves a ser compreendido pelas equipes da AB é que a ocorrência de um evento desses não necessariamente faz com que todas as pessoas fiquem traumatizadas. Entretanto, cada uma dessas pessoas demandará uma estratégia de cuidado singular para encontrar estabilidade psíquica, e, quanto mais rápido e eficaz for o acolhimento e a conjuntura de segurança e estabilidade, maior a probabilidade de que essas pessoas não venham a desencadear sintomas e patologias a médio e longo prazo.

Uma vez que grande parte das populações que habitam áreas de risco encontram-se próximas ou adstritas no território da AB, é imprescindível que a perspectiva psicossocial e de saúde mental em desastres estejam integradas e articuladas pela equipe da AB, a fim de ofertar um cuidado transversal que envolva a prevenção, a mitigação, a preparação, a resposta, a reabilitação e a reconstrução, de forma integrada com as políticas públicas da defesa civil, saúde, assistência social e educação.



## Referências

- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf> Acesso em: 18 maio 2016.
- INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf). Acesso em: 17 maio 2016.
- MÉDICOS SIN FRONTERAS. Salud Mental en emergencias por desastres naturales MSF-OCBA: efectos psicológicos y psicosociales de las catástrofes naturales: Manual Práctico de Diseño e Implementación de Intervenciones en Salud Mental y Psicosocial en desastres naturales. MSF: OCBA, 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington, D.C., 2006. 191 p. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/paho\\_guia\\_practicade\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf). Acesso em: 1 set. 2015.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C., 2003. Disponível em: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/SaludMentalTotal.pdf>. Acesso em: 2 set. 2015. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 1).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). War Trauma Foundation. Visão Global Internacional. Primeiros cuidados psicológicos: um guia para trabalhadores de campo. Genebra, 2015. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4847:publicacao-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4847:publicacao-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&Itemid=839). Acesso em: 17 maio 2016.
- (OMS). Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general. Ginebra, 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85619/1/WHO\\_MSD\\_MER\\_13.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85619/1/WHO_MSD_MER_13.1_spa.pdf). Acesso em: 17 maio 2016.
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION (UNISDR). Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. Geneva, 2009. Acesso em: 9 set. 2015. Disponível em: [http://www.unisdr.org/files/7817\\_UNISDRTerminologySpanish.pdf](http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf)
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION (UNISDR). Hyogo framework for action 2005-2015: building the resilience of nations and communities disasters. Geneva: United Nations, 2005. Acesso em: 1 jun. 2015. Disponível em: [http://www.preventionweb.net/files/1037\\_hyogoframeworkforactionenglish.pdf](http://www.preventionweb.net/files/1037_hyogoframeworkforactionenglish.pdf).
- EINTRAUB, A. C. A. M. et al. Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 53, p. 287-298, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140564.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.



**UNIDADE EXTRA 4**  
**RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO**  
**EM SITUAÇÕES DE DESASTRE**

Simone Santos Oliveira (FIOCRUZ)

Quando lidamos especificamente com as situações de desastres, temos uma situação agravada pelo inesperado. Os profissionais trabalham em condições permeadas de imprevisibilidades, em consequência de componentes técnicos, físicos, humanos e culturais, com uma forte mobilização da sua subjetividade. O risco é permanente, seja pelas condições inadequadas, com risco de acidentes, seja pela exposição a vírus e bactérias, com risco de contaminação biológica, química e radioativa, seja pela falta de alimentos, água, etc. Em alguns casos, por exemplo, é importante identificar a necessidade de vacinação contra tétano e/ou Hepatite B.



## SAIBA MAIS

Para mais informações, acesse: <<http://emergency.cde.gov/disasters/workers.asp>>.

Ao se deparar com o inesperado, muitas vezes é preciso modificar o “planejamento técnico” estabelecido para atuar, ou, mesmo nos primeiros momentos após o evento, faz-se necessário *criar procedimentos e protocolos* anteriormente inexistentes. Cabe ressaltar a importância de haver protocolos, de conhecer os protocolos e de ajustar os protocolos às realidades locais. Esse ajuste deve considerar as necessidades apresentadas na resposta e as singularidades locais em consonância com as experiências dos membros das equipes, para uma atuação coletiva, propiciando a eficácia do cuidado.

Corre-se o risco de errar, devido às condições impostas, para dar conta das diversas situações ao mesmo tempo. No duplo desafio, o profissional é conduzido a utilizar, além da competência técnica, sua história pessoal nas escolhas para agir, diante dos sentimentos de angústia e medo de falhar. Se por um lado as *ações bem-sucedidas são registradas como positivas*, por outro as ações com resultados negativos podem marcar a vida do profissional de forma deletéria e definitiva (SOUZA, 2013). **É preciso estar atento, reconhecer os limites das situações e os pessoais, para se proteger e não se transformar em vítima também.** Em alguns casos, os profissionais *deixam de ser os que cuidam para serem os que precisam de cuidado*. Nessa *tensão emocional*, realizam escolhas, desenvolvem estratégias que precisam ser partilhadas com o grupo em ação. Quanto mais coordenada e organizada a equipe de Saúde da Família estiver, melhores serão as possibilidades de enfrentamento e de resposta. É importante que cada profissional saiba onde, como e quando desenvolver sua ação, sem interferir no trabalho dos outros membros e nem da equipe como um todo. Ou seja, “é preciso que os profissionais respeitem e reconheçam a especificidade do trabalho de cada, trabalhando para que as diferenças sejam somadas em benefícios do bem comum” (MARTINS, 2012, p. 45). É fundamental compartilhar as decisões sempre que possível, pois existe um constrangimento temporal para tomá-las. Dessa forma, é muito importante, nas equipes, que se identifiquem lideranças mais dispostas e identificadas com essas ações e que consigam, com rapidez e tranquilidade, oferecer alternativas; além disso, a divisão das atribuições e responsabilidades deve estar clara. Nesse sentido, a realização de simulados contribui para esse desenvolvimento.

Em diversas situações, na primeira fase da resposta, podem ser exigidas *longas, intensas* e, às vezes, *ininterruptas jornadas*. Os profissionais podem ficar 72 horas sem irem para casa, até que chegue apoio externo. Esse esforço contínuo pode levar à *exaustão*, ao *esgotamento físico e emocional*.

Não raramente, muitos trabalhadores da Atenção Básica (AB) são moradores e, consequentemente, também afetados. Perdem parentes, amigos, suas casas ou têm que sair delas temporariamente. Entretanto, mesmo assim devem atuar, uma vez que são cobrados pela função. Os trabalhadores nessas situações são os que podemos chamar de vítimas invisíveis, ou ocultas. É preciso ter atenção especial para os que habitam o território afetado. Nesses casos, um dos grupos mais vulneráveis é o dos ACS, pela sua condição de terem que ser do território. Dessa forma, é importante que participem e integrem os planos de contingência junto as comunidades e defesa civil, principalmente quando houver os Núcleos Comunitários de Defesa Civil (NUDEC), fortalecendo e dinamizando as ações de prevenção e recuperação. Outro fato diz respeito a própria localização das unidades de saúde, que muitas vezes se encontram em locais de risco, exigindo dessa forma o envolvimento de todos os profissionais nessas ações.

Na realização do seu trabalho, os trabalhadores da emergência são cobrados por si mesmos, pelas instituições e pela população, que colocam toda a sua expectativa de socorro e de ajuda neles. Essa pressão se intensifica com a presença da mídia, que, muitas vezes, só busca o sensacionalismo para manter audiência. **Deve-se ter o cuidado de não revitimizar os afetados, mesmo que a informação e comunicação sejam fundamentais nessas circunstâncias.** Na maioria das vezes, o que os afetados mais necessitam é de informações claras e fidedignas, portanto deve-se procurar contribuir para isso.

É um grande desafio para os Trabalhadores da Saúde (TS) presenciar a ruptura da vida de outros, estar diante de histórias drásticas, em contato com mortos e feridos. Como lidar, respeitar e interagir com essas vivências reconhecendo os limites pessoais? O apoio do coletivo e da equipe para a construção da resiliência é fundamental. Podemos identificar três tipos de resiliência: do profissional, da equipe e da comunidade. A confluência dessas resiliências aponta para uma reconstrução positiva.

Para a atuação nos desastres, também devemos considerar como fundamental, a intersetorialidade, que na maioria das vezes não se realiza sem conflitos e disputas de poder. Ocorre ausência e/ou excesso de coordenações, que devem ser mapeadas e solucionadas. Nesse caso, é de suma importância respeitar as fragilidades territoriais para evitar choques entre as equipes locais e externas, evitando uma ação autoritária que atropela e ignore as relações estabelecidas no território, para não termos um desastre dentro do desastre. O não reconhecimento dos esforços-limite realizados amplia a sobrecarga emocional dos profissionais e da população. Quando há duplicidade de esforços, descompromissos e desrespeito aos direitos e necessidades das comunidades, os profissionais se abalam.

A sobrecarga emocional, o sofrimento psíquico, resulta da atividade impedida. Por isso, se há possibilidade de fortalecimento dos recursos coletivos, rompe-se com a situação de impedimento e amplia-se a capacidade de enfrentamento e o poder de agir (CLOT, 2007). Dessa forma, nas situações de emergência e desastres, as relações de cooperação e a confiança das equipes se fazem ainda mais necessárias. Quando o profissional tem poucos recursos para a ação, e um coletivo enfraquecido, reduz-se o sentido do trabalho e o risco de acidentes e de adoecimento aumenta.

Há sempre uma relação entre o desastre e as condições psicológicas e singulares de cada pessoa afetada. As respostas psicológicas e físicas aos eventos traumáticos (como a morte, ameaça ou ferimentos graves), segundo Benedek, Fullerton e Ursano (2007), variam de acordo com o contexto social do evento, a composição biológica e genética, e experiências anteriores. Esses fatores interagem com as características do acontecimento (causa, intensidade, duração de exposição, disponibilidade de atendimento médico e apoio psicossocial) na produção dos efeitos psicológicos e das respostas comportamentais, que variam. Essas possibilidades de respostas podem ser classificadas em três grupos:

1. A maioria das pessoas pode experimentar leve e transitória aflição, como distúrbios do sono, medo, preocupação, raiva ou tristeza, ou aumento do uso de tabaco ou álcool. Essas pessoas que experimentam tais respostas podem retornar à vida normal sem tratamento. No entanto, podem, ainda, se beneficiar de apoio da comunidade e intervenções educativas.
2. Um grupo menor pode enfrentar sintomas moderados, como insônia persistente, ansiedade ou alterações nos padrões de comportamento no local de trabalho. Embora essas alterações não sejam necessariamente critérios de limite para indicar doença ou distúrbio, tais sintomas podem afetar o trabalho ou suas atividades cotidianas. Esses sintomas provavelmente afetam psicologicamente e necessitam de intervenção médica.
3. Um subgrupo ainda menor pode desenvolver doença psiquiátrica, como TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) ou depressão, que irão exigir tratamento especializado.

De maneira geral, para a maioria dos que intervêm nos eventos, o apoio e acompanhamento familiar, social e da equipe são suficientes para superação das diversas manifestações que ocorrem (mudanças bruscas de humor e/ou tristeza; sentimentos de inquietação, irritabilidade; desilusão e aborrecimento no trabalho cotidiano; dificuldade para se concentrar, dormir ou descansar), além da necessidade de manter-se em contato com os companheiros de atuação ou vítimas. As situações mais traumáticas decorrentes de um desastre são aquelas para as quais não se está preparado, e a magnitude do desastre tem um forte impacto nessa conjuntura. Nesses casos, a probabilidade de dano psíquico aumenta de acordo com o grau de vulnerabilidade da comunidade atingida (BENTOLILA, 2014). O planejamento e preparação do trabalho de resposta é um importante componente para a proteção à saúde física e psíquica dos TS, podendo inclusive minimizar o sofrimento pelo contato com a dor dos afetados, prevenindo espaços para troca e compartilhamento de experiências.

### ▣▣▣ IMPORTANTE

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT):

- Distúrbio da ansiedade;
- Irritabilidade e estados de hipervigilância;
- Reiteração do evento (sonho, pesadelos e flashbacks);
- Desinteresse em atividades significativas;
- Dificuldade de concentração;
- Transtornos psicossomáticos.

Fonte: (CETIN et al., 2005).

Ressaltamos que sofrimento não é doença. Nesses casos, a prática mais comum é o diagnóstico de depressão, fobia ou paranoia, acompanhada de prescrição medicamentosa, ou de TEPT. Numa cultura marcada pela imediatividade, o sofrimento é visto como um sinal de fraqueza. O processo de adoecimento traz outras consequências aos afetados, uma vez que discrimina, estigmatiza e exclui. As repercussões dos sofrimentos, vistas individualmente, abrem espaço para a medicalização dessas manifestações com antidepressivos e ansiolíticos. Apontamos para esse fato para que o sofrimento não seja negado, ignorado ou patologizado. A experiência vivida deve ser reconhecida e compartilhada, contribuindo para o fortalecimento individual e coletivo, transformando o saber-fazer.



## PARA REFLETIR

Listamos aqui algumas recomendações para o autocuidado:

### **Durante a emergência**

- Comer e beber água frequentemente em pequenas quantidades e descansar quando houver diminuição da disposição, coordenação e tolerância;
- Reconhecimento do coordenador da intervenção;
- Escuta entre pares;
- Manter, na medida do possível, contato com familiares e amigos.

### **Após a intervenção**

- Organizar grupos para troca das vivências entre os profissionais da equipe;
- Escutar respeitosamente em apoio mútuo;
- Reconhecer as limitações dos companheiros, sem encarar como algo pessoal;
- Estimular as manifestações de apoio, solidariedade, reconhecimento e apoio mútuo.

### **No retorno da vida cotidiana**

- Praticar exercícios físicos, relaxamento/descontração e DE respiração;
- Retornar às tarefas habituais o mais rápido possível;
- Descansar e dormir o suficiente;
- Alimentar-se de forma saudável e regular;
- Não tentar diminuir o sofrimento pelo uso de álcool e drogas;
- Buscar companhia e falar com outras pessoas para compartilhar sentimentos e pensamentos;
- Conversar com entes queridos dos que sofreram enquanto os estavam ausentes;
- Participar de atividades familiares e sociais;
- Ocupar e atender a família;
- Observar e analisar seus próprios sentimentos e pensamentos, refletindo sobre a experiência vivida e o que isso significa para sua vida;
- Buscar contato com a natureza e animais de estimação.

(Adaptado de Bentolila, 2014)

## Referências Bibliográficas

BENEDEK, D. M.; FULLERTON, C.; URSANO, R. J. First Responders: Mental Health Consequences of Natural and Human-Made Disasters for Public Health and Public Safety Workers. *Annual Review of Public Health*, v. 28, p. 55-68, 2007.

ENTOLILA, S. Somos nuestro instrumento de trabajo. Buenos Aires, 19 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.msal.gob.ar/dinesa/index.php/recursos/columnas/somos-nuestro-instrumento-de-trabajo>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

CETIN, M. et al. Identification and posttraumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, v. 18, n. 5, p. 485-489, 2005.

CLOT, Y. Trabalho e sentido do trabalho. In: FALZON, P. *Ergonomia*. São Paulo: Blucher, 2007. p. 265-277.

DEJOURS, C. et al. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, G. V. S. *Práticas psicológicas junto às vítimas em situação de Emergências e desastres: reconstrução de seus espaços de vida e suas relações intrapessoais*. 2012. 53 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, PUC-MG, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.abrapede.org.br/wp-content/uploads/2013/10/Monografia.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2016.

SOUZA, K. M. O. *A análise da relação trabalho e saúde na Atividade dos Bombeiros Militares do Rio de Janeiro*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.

## 1 | Saúde do Trabalhador

O campo da Saúde do Trabalhador é concebido como área de conhecimento e aplicação técnica que pressupõe o entendimento dos múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores. Apresenta-se com uma conotação interdisciplinar e interinstitucional, articulando diversos atores – trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores – informados por uma perspectiva comum de garantir melhores condições de vida e de trabalho mediante a intervenção nos ambientes de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Essa perspectiva incorpora as contribuições do movimento da Medicina Social Latino-Americana, que enfatiza a determinação social do processo saúde-doença; a relativização de métodos quantitativos na análise da associação de causa e efeito; a integração de diferentes disciplinas em toda a discussão da saúde; a compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo; e é influenciada pela experiência do Modelo Operário Italiano (MOI). O MOI tem como premissa a *valorização da experiência* e do conhecimento do trabalhador, na luta por melhores condições de trabalho (ODDONE et al., 1986).

A Constituição Federal de 1988 ratificou a saúde como direito, adotando o conceito ampliado do processo saúde-doença. A regulamentação dos deveres do Estado no que diz respeito à saúde garante a integração de políticas sociais e econômicas para redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços que devem integrar estratégias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com articulação interna no próprio setor saúde, assim como da previdência e assistência social.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) previu a saúde do trabalhador como um “conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. A Lei estabelece que o Município, coordenando sua atuação com a União e o Estado e as entidades representativas dos trabalhadores, desenvolverá ações visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores.

A compreensão da saúde afetada por diversos fatores econômicos, políticos e sociais, e a necessidade de um enfoque global sobre o ambiente são as bases para as ações em Saúde do Trabalhador.

A preservação da saúde dos trabalhadores é um direito fundamental e de natureza intrinsecamente coletiva, que é disciplinado não somente pela legislação trabalhista e previdenciária, mas também pelas normas jurídicas e outras fontes do Direito que regem a proteção ao meio ambiente como um todo (ASSUNÇÃO et al., 2006, p. 57).

O campo da Saúde do Trabalhador apoia-se na interdisciplinaridade e orienta-se pela busca de mudanças, tanto no que tange à forma de organização dos serviços públicos de saúde, quanto no que se refere aos modos de vida das populações. As relações entre a saúde e o trabalho inserem-se aí, na medida em que se reconhece que os modos de vida são influenciados decisivamente pelos modos de trabalhar (BRITO, 2011).

Compreende-se, portanto, que é necessária uma transformação nos modos de trabalhar (suas condições gerais, o ambiente laboral, a forma de organização do trabalho, etc.), associada a uma mudança nas práticas de atenção à saúde dirigidas aos trabalhadores, para que se potencialize a saúde.



O questionamento sobre a concepção da doença como um fenômeno biológico individual se intensificou no final dos anos sessenta do século passado, levando à construção de uma interpretação a partir de um ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social (LAURELL, 1982). Tal interpretação remete à compreensão de que o processo saúde-doença ocorre de forma desigual, sendo diretamente influenciado pelo lugar ocupado na sociedade:

O processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982, p. 16).

Dessa forma, a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas. O caráter dinâmico e biopsicossocial da saúde está presente também na noção proposta por Canguilhem (2009), sendo essa associada à capacidade de produção de novas normas de vida, ressaltando a existência de uma dimensão do corpo humano só acessível ao próprio sujeito. O estabelecimento de nexos entre determinados “fatores de risco” e o adoecimento ligado ao trabalho não é uma tarefa simples. Precisamos avançar sobre a compreensão biomédica da saúde, identificando não apenas as patologias reconhecidas pela clínica médica, mas todos os problemas de saúde que expressam a nocividade das condições de trabalho (BARROS-DUARTE; CUNHA; LACOMBLEZ, 2007).

A prioridade do Ministério da Saúde no que tange a esse campo é consolidar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, de 23 de agosto de 2012 (Portaria no 1.823), que tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

## ▣▣▣ IMPORTANTE

- I – fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT);
- II – promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis;
- III – garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede;
- IV – ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;
- V – incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;
- VI – assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde;
- VII – assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), regulamentada pela Portaria no 2.728/GM de 11 de novembro de 2009, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. A RENAST é composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) distribuídos no território nacional.

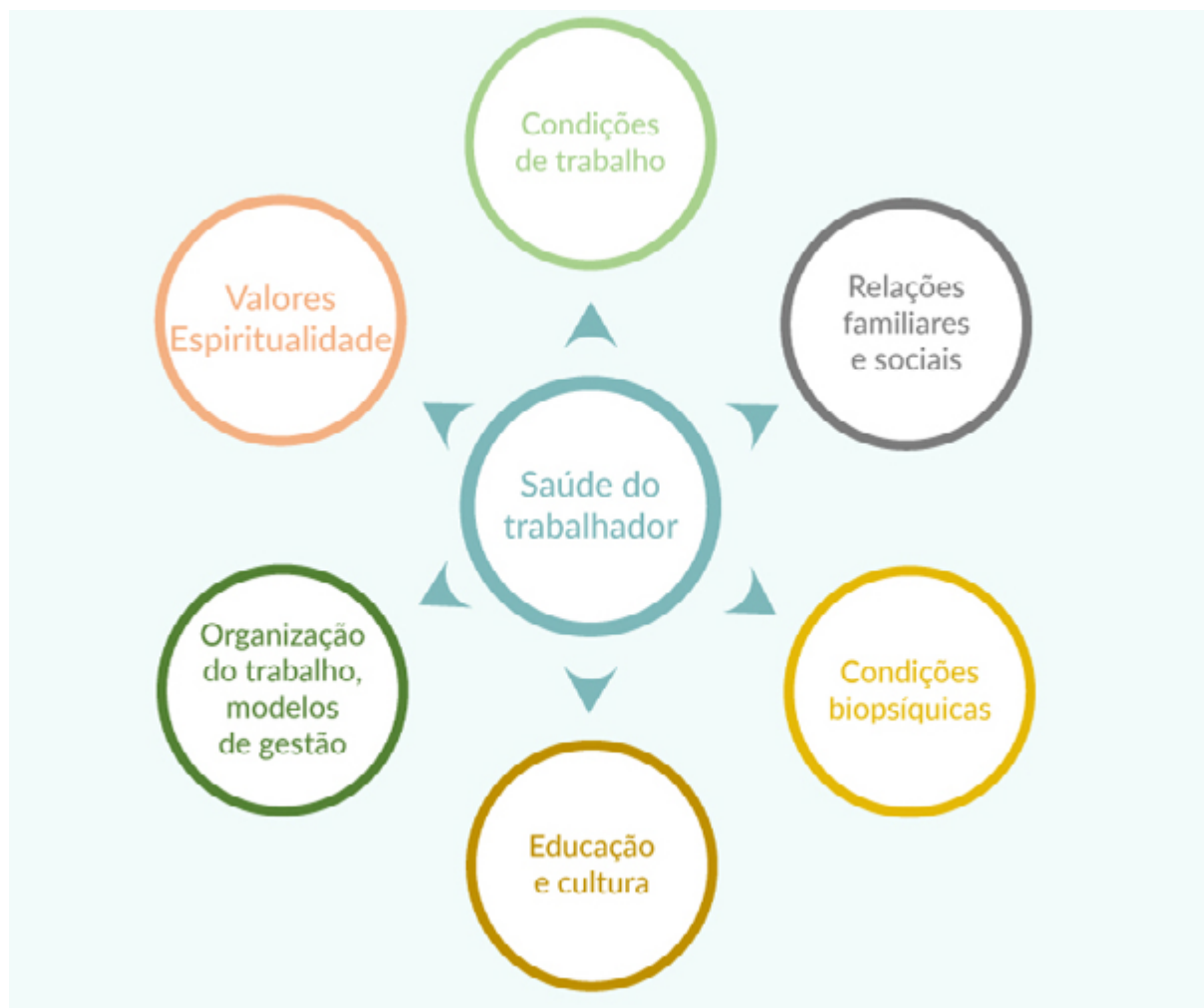


Figura 3 - Saúde do Trabalhador

## 1.1 | Trabalhar, ato de gerir defasagens: o ponto de vista da atividade

Para apreendermos o processo saúde-doença, precisamos conceituar melhor o trabalho. O trabalho não pode ser analisado sem referência à autonomia e à inteligência dos que o operam. As situações de trabalho são compostas pelos equipamentos, ferramentas, máquinas e ambientes, mas também pelos constrangimentos espaciais e temporais, e fundamentalmente pela mobilização dos trabalhadores para realização das tarefas. Essa tentativa de criação de seu próprio meio de trabalho deve ser vista como uma luta contínua pela conquista da saúde de todo trabalhador em atividade (BRITO, 2011).

## ▣▣▣ IMPORTANTE

Trabalhar não é somente colocar em ação processos prescritos ou aplicar regras. Trabalhar é também inventar novos processos quando se está diante de um novo problema. Trabalhar é adaptar os processos existentes ao contexto preciso de trabalho.

A Ergonomia da Atividade, desenvolvida nos países de língua francesa, tem como perspectiva a adaptação do trabalho ao ser humano. Para isso, utiliza-se dos conceitos de trabalho prescrito e trabalho real para compreender e transformar as situações de trabalho. Identifica a atividade como local de três registros:

1. Das dimensões físicas, cognitivas e psíquicas;
2. Da dimensão prescrita do trabalho;
3. Da dimensão histórica do trabalho, uma vez que toda situação de trabalho se encontra individual e coletivamente como uma experiência.

O *trabalho prescrito* consiste nas normas, ordens, procedimentos, resultados a serem obtidos, nas condições determinadas de uma situação de trabalho (características dos dispositivos técnicos, ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas). Ou seja, um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado. Por outro lado, o *trabalho real* consiste na realização do trabalho prescrito, considerando-se as restrições e as variabilidades, na maneira pela qual as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e num tempo determinados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros meios (DANIELLOU, 2004).

Em suma, a atividade é sempre guiada por uma prescrição, mas nunca se restringe a ela, sendo sempre modificada por um sujeito no curso da ação (LEPLAT; HOC, 1998). Para a ergonomia da atividade, o homem e a mulher que trabalham nunca são meros executantes, mas operadores, no sentido de que fazem a gestão das exigências, não se submetendo passivamente a elas. Esse aprendizado se faz no agir, nas adaptações às variabilidades internas e externas. Ou seja, eles decidem “sobre as melhores formas de agir, eles inventam ‘truques’, desenvolvem habilidades, permitindo alcançar de forma mais segura seus objetivos” (NOULIN, 1992, p. 26).

Portanto, o trabalho é um lugar permanente de microescolhas, de debate de normas e valores, em que são convocados os saberes dos trabalhadores. Em toda atividade há a tentativa de recriação do meio de trabalho, de acordo com as normas de vida de cada pessoa ou coletivo, ou seja, há um debate de normas vivenciado pelos trabalhadores, implicando renormatizações parciais (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Transformar significa contribuir para a concepção de situações de trabalho que promovam a saúde dos trabalhadores, nas quais possam exercer suas competências num plano individual e coletivo.

Então, sistematizando. Os trabalhadores nas situações de trabalho:

- Geram os constrangimentos;
- Aprendem pela própria ação que desenvolvem;
- Adaptam o seu comportamento às variações do seu estado interno (ex. fadiga), assim como às variações das situações de trabalho (variações da produção, relações de trabalho, etc.);
- Decidem as melhores formas de proceder;
- Desenvolvem estratégias;
- Adquirem habilidades específicas que lhes permitem alcançar os objetivos definidos;
- Em síntese, operam.

## 2 | O Trabalho em Saúde

No cenário contemporâneo de mudanças, o trabalho em saúde sofre pressões ligadas ao contexto de inovações e ao modelo de desenvolvimento, que oferecem novas dinâmicas e práticas de trabalho, assim como às mudanças demográficas e epidemiológicas, com aumento do número de usuários com doenças crônicas. Os surtos, epidemias, os eventos extremos são fenômenos cada vez mais frequentes e acabam por exigir um preparo emocional e físico dos trabalhadores da saúde (TS). Para dar conta dessa realidade, os TS precisam dominar novos conhecimentos e ter habilidades associadas à compreensão do contexto e a um forte comprometimento social. Essas demandas requerem meios e recursos que devem ser disponibilizados aos TS, para que possam alcançar efetividade os resultados e, ao mesmo tempo, proteger sua saúde (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011).

**O trabalho em saúde tem como pressuposto a atenção e o cuidado.** Insere-se na esfera da produção não material e completa-se no momento de sua realização, ou seja, seu produto é indissociável do processo de sua produção, pois é a própria realização da atividade (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). O investimento do trabalhador é o elemento-chave para o sucesso do serviço, para a produção de resultados, que é a transformação das condições de saúde do usuário (ZARIFIAN, 2001).

Vemos, portanto, que cada vez mais o trabalho em saúde pressupõe uma relação com o usuário, que exige competências relacionais, discursivas, comunicacionais. Por sua característica intersubjetiva, de acordo com Schraiber (1993), esse trabalho parece se comprometer ainda mais com as “questões do relacionamento humano: respeito, afeto, dedicação, sensibilidade, fraternidade e tantas outras características interpessoais” (p. 150). A relação intersubjetiva é parâmetro para uma relação entre o sujeito cuidador (sua subjetividade, história, necessidades, relações com os coletivos de trabalho) e o sujeito cuidado (suas necessidades subjetivas, individuais e coletivas e concepções culturais). Essas expectativas e interesses podem aproximar-se, “potencializando a perspectiva do cuidado ‘de si e do outro’ ou distanciar-se gerando conflitos” (PIRES, 2009, p. 743).

Se por um lado o trabalho no setor saúde confere sentido para os trabalhadores, que lidam com a vida humana, produz saúde para os TS, por outro também produz sofrimento e adoecimento. Os acidentes, doenças e os riscos desse trabalho são indiscutíveis, como exposição a

riscos de contaminação e de acidentes com materiais perfurocortantes ou resíduos químicos, radiações ionizantes, entre outros. Os riscos profissionais e suas concretizações (doenças e acidentes de trabalho) são resultados da relação do ser humano com uma situação de trabalho.

Como vimos no item anterior, as situações de trabalho são compostas por um conjunto de meios físicos, de objetos materiais e simbólicos, de sujeitos humanos, de tecnologia, de hierarquias e de organização, mas são também o resultado de escolhas organizacionais relacionadas aos objetivos e aos meios para atingi-los: as escolhas de ação, a realização das ações relativas a sujeitos específicos, aos meios, aos objetos, às técnicas (TERSAC; MAGGI, 2004). Esse conjunto está em permanente mudança, seja pelas inovações tecnológicas, seja pelas alterações organizacionais ou mesmo pelos eventos extremos.

Trinquet (2010) aponta que devemos estar atentos para a difícil definição da noção de segurança, sendo ela uma resultante complexa de diversos fatores: capacidade de identificar e avaliar os riscos inerentes a uma situação de trabalho, conhecimento da regulamentação e das condições do trabalho, saber-fazer profissional, nível de vigilância ante os riscos, estado da matéria-prima, preparação e organização do trabalho, clima relacional da equipe, estado psíquico e comportamental dos envolvidos, etc.

A segurança e o bem-estar no trabalho são influenciados por diversos fatores:

- Formação e capacitação;
- Ambiente de trabalho físico e psicossocial;
- Exigências coerentes e adequadas;
- Qualidade dos equipamentos;
- Presença de gestores que valorizem as ações de prevenção e promoção da saúde.

Estudos com foco no setor saúde (MACHADO; ASSUNÇÃO, 2012) apontam para os enfrentamentos cotidianos dos TS, que precisam lidar com um número excessivo de usuários e a falta de suporte material e humano. Com ritmo intenso de trabalho e pressão de tempo, os TS precisam “se virar”, desdobrar-se criativamente, para dar conta dos resultados, que com frequência representam metas inatingíveis. Muitas vezes, o modelo de avaliação estimula a competição individual entre os profissionais e equipes, portanto acaba por provocar perda na qualidade do cuidado, gerando desgaste físico e psíquico, o que, por sua vez, provoca perda do sentido do trabalho, levando, no extremo, a um esgotamento, ao adoecimento do trabalhador. Isso representa o que Assunção e Jackson Filho (2011) verificam como um descompasso entre exigências do trabalho e as práticas de gestão. As relações interpessoais sobrecarregadas provocam violência no trabalho, como consequência de um circuito extremamente exaustivo de solicitações e respostas.



## GLOSSÁRIO

**Síndrome de burnout:** Espaço geográfico, com limites político-administrativos, onde vivemos. Esse espaço contém as relações entre seus habitantes e está sempre em transformação, tanto do ponto de vista físico, quanto das relações sociais que nele se estabelecem. Possui uma identidade construída ao longo de sua história, que é marcada por relações de poder exercidas entre os atores presentes nesse território.

Fonte: Freitas e Rocha, 2014.

Entre os fatores psicossociais associados ao trabalho, a exaustão emocional, ou síndrome de burnout, como vem sendo identificada, acomete principalmente os trabalhadores do cuidado. O trabalhador sente que não pode mais dar de si mesmo e perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que qualquer esforço lhe parece inútil. Na lista atual de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho (Portaria no 1.339/99 do Ministério da Saúde), é elencado, na sua seção de transtornos mentais e de comportamentos o burnout (Z73.0).

Para que o ambiente de trabalho seja potencializador de saúde, é essencial que se estabeleçam relações dialógicas, trocas entre os que cuidam e lidam com os usuários, e práticas de gestão que reconheçam os investimentos dos protagonistas da atividade, com valorização do trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, objetiva fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Assim, é essencial valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, cabendo às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. A PNH tem como princípios norteadores:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/ estimulando processos integradores e promotores de compromissos/ responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

## Desafios para um agir em competência

A competência profissional, segundo Zarifian (2003), é a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. Implica a reconceitualização da qualificação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um conjunto de saberes, para se transformar em capacidade de ação diante de acontecimentos. Essa capacidade implica, de acordo com o autor: iniciativa (capacidade de iniciar uma ação por conta própria); responsabilidade (capacidade de responder pelas ações de sua própria iniciativa e de iniciativa de pessoas envolvidas nessas ações); autonomia (capacidade de aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas); inteligência prática (capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, colocando-os em ação para enfrentar situações do processo de trabalho); coordenar-se com outros atores (capacidade e disponibilidade de estabelecer movimentos de solidariedade e de compartilhamento de situações e

acontecimentos do trabalho, assumindo corresponsabilidades e fazendo apelo ético às competências dos outros). A competência vista dessa perspectiva se realizaria inserida em situações e acontecimentos próprios de um campo profissional.

Esses elementos indicam a importância da formação pelo trabalho, no trabalho e para o trabalho, especialmente para as situações críticas de emergências e desastres, em que a atuação deve ser precisa, rápida e eficaz. Elencamos alguns ingredientes para esse agir em competência:

- Preparação técnica – domínio de técnicas e protocolos; interdisciplinaridade; realização de simulados;
- Preparação emocional – reconhecer limites, comportamento seguro, tranquilidade para tomada de decisões; desenvolvimento de estratégias preventivas; intersubjetividade (capacidade de se colocar na posição do outro);
- Fortalecimento dos coletivos de trabalho – relação dialógica, cooperação, confiança; grupos de discussão, rodas de conversa; reuniões operacionais e sistemáticas; realização de simulados;
- Interação com a comunidade – diagnóstico do território, identificação de necessidades locais, contribuir no preparo para as situações de desastre; participação na elaboração de planos de contingência;
- Interação com instituições e setores – intra e intersectorialidade.

O ponto de vista de cada um sobre seu próprio trabalho colocado em palavras é um importante processo de reconstrução, um esforço que deve ser valorizado por facilitar a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências para o trabalho da Atenção Básica. Essas considerações procuram direcionar para a realização de uma ação de prevenção mais adequada e compatível com modificações do trabalho concreto. Assegurar a saúde dos TS, em seu sentido mais amplo, é superar as restrições impostas pelas intervenções pontuais sobre os riscos, que ignoram o caráter de imprevisibilidade e pressupõem a capacidade de controlar e responder totalmente a realidade.

Desenvolver espaços de fala que façam circular os saberes de maneira dialógica, em que se colocam em palavras hesitações, decisões, valores, é fundamental para que outras escolhas sejam possíveis. A elaboração da experiência, a releitura da realidade, por meio do diálogo, permite aproximação consciente das singularidades e diferentes temporalidades, em que a confrontação de discursos revele os distanciamentos que existem entre o prescrito e o real. Essas situações devem ocorrer antes, durante e depois dos desastres, como forma de favorecer uma postura preventiva e promotora de saúde.

## Referências Bibliográficas

ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A.; BRITO, J. (Org.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 45-65.

ASSUNÇÃO, A. A. et al. Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teleatendentes no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 31, n. 114, p. 47-62, jul./dez. 2006.

BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L.; LACOMBLEZ, M. INSAT – Uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Rev. Laboreal*, v. III, n. 2, p. 54-62, 2007. Disponível em: <[http://laboreal.up.pt/files/articles/2007\\_12/pt/54\\_62pt.pdf](http://laboreal.up.pt/files/articles/2007_12/pt/54_62pt.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2016.

BRITO, J. A Ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DANIELLOU, F. (Org.). *A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

LAURELL, A. C. *A saúde-doença como processo social*. Tradução de E. D. Nunes. 1982. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/saudedoenca.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016. Título original: *La salud-enfermedad como proceso social*.

LEPLAT, J. & HOC, J. M. Tarea y actividad em análisis psicológico de situaciones. In *Ergonomia: conceptos y métodos*, pp.164-177. Madri: Editoria Conclutense, 1998.

MACHADO, J. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

MASLACH, C. Burnout: a social psychological analysis. In: JONES, J. W. (Ed.). *The burnout syndrome*. Park Ridge: London House, 1981. p. 30-53.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2008. 32 p.

NOULIN, M. *Ergonomie*. Toulouse: Éditions Techniplus, 1992.



ODDONE, I. et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.

RIBEIRO, E.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 20, p. 438-466, mar./abr. 2004.

SCHRAIBER, L. B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EDUF, 2010.

TERSAC, G.; MAGGI, B. O Trabalho e a Abordagem Ergonômica. In: DANIELLOU, F. (Org.). A Ergonomia em Busca de seus Princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, 2004.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. Revista HISTEDBR, número especial, p. 93-113, ago. 2010.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora Senac, 2003.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção. In: SALERMO, M. (Org.). Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Editora Senac, 2001.



# GLOSSÁRIO

Ao longo dos anos, criou-se um conjunto de conceitos e conhecimentos sobre o tema dos desastres. Para facilitar o diálogo e entendimento comum sobre o tema e promover uma linguagem padronizada nessa área e seu uso pelo público em geral, autoridades e profissionais, a Estratégia Internacional de Redução de Desastres (EIRD) (link para acesso ao site: <<http://www.eird.org/americas/index.html>>) sistematizou um conjunto de conceitos básicos relacionados aos desastres. Os conceitos a seguir tiveram como principal referência a terminologia da EIRD (link para terminologia: <[http://www.unisdr.org/files/7817\\_UNISDRTerminologySpanish.pdf](http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf)>), sendo complementados por outras fontes:

Classificações de desastres adotadas pelo EM-DATA – The International Disaster Database / Centre for Research on the Epidemiology of Disaster (CRED) (link para acesso à classificação do EM-DATA/CRED: <<http://www.emdat.be/classification>>);

Termos e definições relacionados ao SUS no Ministério da Saúde (link para área do Ministério da Saúde com os termos: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1395](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395)>);

Termos e definições da Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC) (link para glossário da defesa civil: <<http://www.ceped.ufsc.br/glossario-de-defesa-civil-estudos-de-riscos-e-medicina-de-desastres/>>);

Termos e definições da OPAS (link: <[http://www.saludydesastres.info/index.php?option=-com\\_content&view=article&id=345&Itemid=601&lang=es](http://www.saludydesastres.info/index.php?option=-com_content&view=article&id=345&Itemid=601&lang=es)>);

Termos e definições da publicação da Secretaria-Geral da Comunidade Andina: NARVÁEZ, L.; LAVELL, A.; PÉREZ ORTEGA, G. La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. San Isidro: Secretaría General de la Comunidad Andina, 2009 (link para a publicação: <[http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/PROCESOS\\_ok.pdf](http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/PROCESOS_ok.pdf)>);

Termos e definições presentes no documento da Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2014. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde 2). (link para a publicação: <[http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/desastres-sesaudebrasil\\_2edicao.pdf?ua=1](http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/desastres-sesaudebrasil_2edicao.pdf?ua=1)>).

Provisão de informação oportuna e eficaz, por meio de instituições definidas, que permitem aos indivíduos e comunidades expostas às ameaças/perigos (naturais e tecnológicas) realizar ações para reduzir os riscos mediante preparação para respostas. Os sistemas de alerta precoce possuem caráter preventivo e incluem três elementos básicos:

Conhecimento e mapeamento das ameaças/perigos (naturais e tecnológicos);

Monitoramento e prognóstico de eventos eminentes;

Processo e difusão de alertas compreensíveis às autoridades públicas e população, assim como adoção de medidas apropriadas e oportunas para redução dos riscos dos desastres. (Fonte: EIRD)

## Ameaça/Perigo

Pode ser um evento físico ou fenômeno de origem natural, assim como de origem tecnológica ou resultante das atividades humanas, que pode causar doenças ou agravos, óbitos, danos materiais, interrupção de atividade social e econômica ou degradação ambiental. As ameaças de origem natural envolvem os seguintes eventos: hidrológicos (inundações bruscas e graduais); climatológicos (estiagem e seca, granizo, geada, eventos de temperatura extrema e incêndios florestais); meteorológicos (ciclones tropicais e extratropicais, tornados, tempestades de raios, de neve e de areia); geofísico/geológico (terremotos, tsunamis, erupções vulcânicas, erosões e deslizamentos de terras e rochas); biológico (processos de origem orgânica ou transportados por vetores biológicos, incluindo a exposição a microrganismos patogênicos, toxinas e substâncias bioativas, resultando em infestações, pragas ou epidemias). As ameaças de origem tecnológica ou resultante das atividades humanas envolvem eventos como: rompimentos de barragens; acidentes nos processos de extração, transporte, produção e armazenamento de produtos industriais; degradação ambiental. As ameaças podem ser individuais, combinadas ou sequenciais em sua origem e efeitos. Cada uma delas se caracteriza por sua localização, magnitude ou intensidade, frequência e probabilidade. (Fontes: EIRD e EM-DATA/CRED)

## Capacidades para Redução de Riscos de Desastres

As capacidades ou medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais dos riscos de desastres representam as condições institucionais em um município, estado, região ou país, para a prevenção de riscos presentes e futuros de desastres, para a preparação e respostas aos desastres, assim como às medidas de reabilitação, recuperação e reconstrução mais segura de sociedades ou comunidades afetadas por desastres. As insuficientes capacidades ou medidas para redução de riscos de desastres constituem no inverso disso, quando as medidas de prevenção são falhas e descontínuas; não existem processos contínuos de preparação para as respostas aos desastres; as medidas de reabilitação e recuperação da saúde inexistem ou são precárias; a reconstrução das comunidades ou mesmo das unidades de saúde afetadas não as torna mais seguras que antes do desastre, mantendo as mesmas condições de vulnerabilidades anteriores aos desastres. Insuficientes capacidades e medidas de redução de riscos são produtos e produtoras das condições de vulnerabilidade. (Fonte: OPAS e MS)

## Condições de Vulnerabilidade

As condições de vulnerabilidade podem resultar tanto na propensão de uma comunidade ou sociedade a sofrer maiores impactos dos desastres, como limitar as capacidades de redução dos riscos e resiliência diante desses eventos. Essas condições de vulnerabilidade resultam de processos sociais e mudanças ambientais sintetizadas como vulnerabilidade socioambiental, pois combinam:

1. Processos sociais que resultam na precariedade das condições de vida e proteção social (como falta de trabalho, renda, saúde, educação e acesso a serviços), assim como de aspectos ligados à infraestrutura (como habitações precárias, falta de acesso ao saneamento e água, entre outros), o que torna determinados grupos populacionais (por exemplo, idosos, mulheres, gestantes e crianças, principalmente os mais pobres) mais vulneráveis aos desastres;

2. 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 devido à ocorrência de ameaças e seus eventos subsequentes.
3. Em síntese, a vulnerabilidade socioambiental, a qual resulta de estruturas socioeconômicas que produzem simultaneamente condições de vida precárias e ambientes deteriorados, também representa menor capacidade de redução do risco e baixa resiliência (Fonte: OPAS e MS).

## Desastre

Séria interrupção do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais, de forma a exceder a capacidade da comunidade ou sociedade afetada de lidar com a situação utilizando apenas seus próprios recursos. Um desastre resulta dos processos de riscos. Para que um evento se constitua em um desastre, é necessário que combine ameaças (naturais e/ou tecnológicas), exposição, condições de vulnerabilidade e insuficientes capacidades ou medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais do risco. Ou seja, um desastre é desencadeado por um conjunto de fatores, que envolvem condições físicas e sociais que, combinadas, se constituem em fatores do processo de riscos de desastres. (Fontes: EIRD, 2009; NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ ORTEGA, 2009).

## Emergência em Saúde Pública

Situação de risco de propagação nacional e/ou internacional de doenças que podem ser produzidas por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta do nível estadual do SUS, demandando o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, e exigindo uma resposta nacional e/ou coordenada. (Fonte: Ministério da Saúde)

## Exposição

É um conceito-chave na saúde ambiental, pois é o que permite estabelecer as possíveis inter-relações entre a população ou determinados grupos populacionais (crianças e idosos, por exemplo) presentes em um determinado lugar e as situações ambientais alteradas pelos eventos físicos ou por condições latentes de degradação ambiental. A exposição ocorre em um contexto espacial (país, estado, município, bairro, setor censitário, assentamento rural, distrito sanitário, etc.) e temporal (dias, semanas, meses, anos) específico. Importante ressaltar que, embora o conceito de desastre envolva, entre outros aspectos, o dano ambiental e à saúde, nem sempre é possível estabelecer uma relação direta entre a exposição da população aos eventos e seus efeitos sobre a saúde (Fonte: OPAS e MS).

## Gestão do Risco de Desastres

Conjunto de decisões administrativas, de organização e de conhecimentos operacionais desenvolvidos por sociedades e comunidades para implementar políticas, estratégias e fortalecer suas capacidades a fim de reduzir os impactos de ameaças naturais e de desastres ambientais e tecnológicos consequentes. Isso envolve todo tipo de atividades, incluindo medidas estruturais e não estruturais para evitar (prevenção) ou limitar (mitigação e preparação) os efeitos adversos dos desastres. (Fonte: EIRD)

### Mitigação

Medidas empreendidas para diminuir ou limitar o impacto adverso das ameaças naturais e tecnológicas e da degradação ambiental. As medidas de mitigação podem ser estruturais e não estruturais. As medidas estruturais são as de engenharia e de construção, tais como proteção de estruturas e infraestruturas para reduzir ou evitar o possível impacto de ameaças. As medidas não estruturais se referem às políticas, conscientização, desenvolvimento do conhecimento, compromisso público e métodos ou práticas operativas, incluindo mecanismos participativos e fornecimento de informação, que podem reduzir o risco e consequente impacto. (Fonte: EIRD)

### Plano de Contingência

É um instrumento de gestão utilizado para analisar a repercussão de possíveis crises com o objetivo de se adiantar com mecanismos adequados e apropriados a fim de dar uma resposta oportuna, efetiva e apropriada às necessidades das populações afetadas. O plano de contingência é um instrumento que contribui para prever e resolver problemas que surgem durante um desastre. (Fonte: EIRD)

### Preparação

Processo que se insere no contexto da gestão de risco de desastres. Seu objetivo principal é desenvolver as capacidades necessárias para a gestão eficaz de todos os tipos de emergências mediante a aplicação de um conjunto metódico e ordenado de ações que vão desde a resposta até a recuperação sustentável. A preparação se baseia na análise de risco de desastres e no estabelecimento de vínculos apropriados com os sistemas de alerta precoce, envolvendo certas atividades, como o planejamento de contingências, preparação de equipes e recursos, desenvolvimento de meios para a coordenação, exercícios simulados, informações para o público, evacuações. Essas atividades devem receber o apoio institucional, jurídico e financeiro para que sejam cumpridas com eficácia. O termo “prontidão” descreve a habilidade de responder. (Fonte: EIRD)

## Prevenção

O objetivo da prevenção é limitar o desenvolvimento dos fatores de risco de desastres na sociedade por meio de uma gestão territorial-ambiental adequada. Diante da possibilidade de configuração de riscos futuros, são propostas medidas estruturais e não estruturais com a intenção de modificar os padrões de desenvolvimento que criaram as condições de vulnerabilidade. São exemplos de medidas estruturais a construção de barragens e muros de contenção para eliminar o risco de inundações e projetos de engenharia que garantam o funcionamento de instalações vitais, como hospitais e outras unidades de saúde. São exemplos de medidas não estruturais as políticas públicas que evitem a ocupação insegura do território, a transformação de recursos naturais em perigos/ameaças e a degradação do ambiente em condições de risco, assim como os processos de educação e formação de consciência e de capacidades. Por vezes, não é possível prevenir completamente os riscos de desastres, e as atividades de prevenção se tornam de mitigação. Por essa razão, às vezes, os termos prevenção e mitigação são utilizados como sinônimos, ainda que não o sejam. (Fonte: EIRD e NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ ORTEGA, 2009)

## Reabilitação/Recuperação/Reconstrução

Esses três conceitos se encontram inter-relacionados e expressam os diferentes momentos após a resposta de emergência imediata a um desastre. A reabilitação envolve o primeiro conjunto de atividades de curto prazo que têm como objetivo garantir o restabelecimento das condições básicas de vida (segurança pública, saneamento básico, remoção de lixo e outras medidas de saúde pública e de apoio social necessárias às operações de retorno), até as de restabelecimento das condições de sobrevivência para a população na área afetada (envolvendo a descontaminação, limpeza, desinfecção, neutralização de poluentes e controle de surtos epidêmicos, bem como a desobstrução e remoção de escombros e as vistorias para a avaliação dos danos provocados) e de saúde (atenção para restabelecimento das faculdades físicas ou psíquicas de indivíduos ou populações afetadas). A recuperação envolve um conjunto de atividades de curto e médio prazo que têm como objetivo restaurar as condições de vida e saúde que existiam antes do desastre na comunidade ou sociedade afetada. A reconstrução envolve o conjunto de atividades de médio e longo prazo que permitam recuperar a infraestrutura e a restabelecer, em sua plenitude, os serviços públicos, a economia da área e o bem-estar da população. Para que as atividades de reconstrução representem uma oportunidade valiosa para desenvolver e implementar medidas para reduzir o risco de desastres e aplicar o princípio de “reconstruir melhor”, é necessário que se baseiem em estratégias e políticas existentes que facilitem o estabelecimento de claras responsabilidades institucionais e a participação do público desde o término da fase de emergência e início do processo de reabilitação após o desastre. (Fontes: EIRD, Secretaria Nacional de Defesa Civil).

## Redução dos Riscos de Desastres

Marco conceitual de elementos que tem a função de minimizar vulnerabilidades e riscos em uma sociedade, para evitar (prevenção) ou limitar (mitigação e preparação) o impacto adverso de ameaças, dentro do amplo conceito de desenvolvimento sustentável. De acordo com o EIRD, o marco conceitual referente à redução de riscos de desastres se compõe dos seguintes campos de ações:

- Avaliação de riscos, incluindo análise de vulnerabilidade, assim como análises e monitoramento de ameaças/perigos;
- Conscientização para modificar o comportamento;
- Desenvolvimento do conhecimento, incluindo informação, educação, capacitação e investigação;
- Compromisso político e estruturas institucionais, incluindo informação, política, legislação e ação comunitária;
- Aplicação de medidas, incluindo gestão ambiental, práticas para o desenvolvimento social e econômico, medidas físicas e tecnológicas, ordenamento territorial e urbano, proteção de serviços básicos e formação de redes e alianças;
- Sistemas de detecção e alerta precoce, incluindo prognóstico, previsão, difusão de alertas, medidas de preparação e capacidades de enfrentamento. (Fonte: EIRD)

## Resiliência

Capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade exposta a um desastre de resistir, absorver, se adaptar e se recuperar de seus efeitos de modo oportuno e eficaz, o que inclui a preservação e restauração de suas estruturas e funções básicas. (Fonte: EIRD)

## Respostas

Corresponde à prestação de serviços de emergência e de assistência pública durante ou imediatamente depois de um desastre a fim de salvar vidas, reduzir os impactos sobre a saúde, garantir a segurança pública e atender as necessidades básicas de subsistência da população afetada. A resposta envolve assistência, que pode ser imediata, de curto prazo ou de duração prolongada, envolvendo as medidas de recuperação, reabilitação e reconstrução. (Fonte: EIRD)



## Risco

Probabilidade de consequências prejudiciais ou perdas esperadas (óbitos, doenças, agravos, danos a propriedades e aos meios de subsistência, interrupção das atividades econômicas ou degradação ambiental) como resultado de interações entre ameaças naturais ou tecnológicas e condições de vulnerabilidade. Convencionalmente, o risco é expresso por  $\text{Risco} = \text{Ameaças} \times \text{Vulnerabilidade}$ . O risco de desastres se constitui socialmente devido a processos que se estruturam na dinâmica do desenvolvimento (processos produtivos, infraestrutura, uso e ocupação do solo, entre outros), de modo que é sobre esses que devem se fundamentar os conceitos e práticas para a melhora da organização e coordenação da gestão de riscos de desastres. Nas Ciências da Terra, a ênfase para o Risco de Desastres é sobre as ameaças físicas que resultam nos desastres, focando na probabilidade de ocorrência de um evento físico danoso. Nessa perspectiva, “eventos extremos” são os que envolvem grande espectro de energia liberada. Nas Ciências Sociais, a ênfase para Risco de Desastres é sobre os impactos prováveis que resultam dos desastres, focando na probabilidade de danos ou perdas associadas à ocorrência de um evento físico danoso. Nessa perspectiva, “eventos extremos” são os que causam mais danos, com maior impacto humano. O risco trata do potencial de perdas e danos, e o desastre, propriamente das perdas e danos. (Fonte: EIRD e NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ ORTEGA, 2009)

## Risco Extensivo

É o risco associado à exposição generalizada de populações a ameaças repetidas ou persistentes de intensidade baixa ou moderada. Seus efeitos não são catastróficos, mas cumulativos e debilitantes, como no caso de áreas rurais ou comunidades urbanas vulneráveis às enchentes, deslizamentos de terra, tempestades ou seca e estiagem recorrentes. Geralmente o risco extensivo encontra-se relacionado à pobreza, urbanização com precária infraestrutura e degradação ambiental. (Fonte: EIRD)

## Risco Intensivo

É o risco associado à exposição de grandes concentrações de população e atividades econômicas às ameaças que podem provocar desastres com efeitos potencialmente catastróficos, incluindo grande número de óbitos e perdas econômicas. O risco intensivo é uma característica das grandes cidades ou áreas densamente povoadas, que combinam a exposição com ameaças graves, como fortes terremotos, vulcões ativos, deslizamentos de terra, inundações, tsunamis ou grandes tempestades, mas também possuem altos níveis de vulnerabilidade. (Fonte: EIRD)

## Setor Saúde

Trata-se do conjunto de instituições e processos que produzem ações, serviços, bens, oportunidades e conhecimentos que, de uma forma ou de outra, contribuem para a manutenção e melhoria da saúde individual e coletiva. Também inclui atividades econômicas e produtivas de outros setores que têm impacto sobre a saúde, as decisões políticas e as suas formas de expressão legal e administrativas, bem como as intervenções ambientais e educacionais que têm influência sobre os determinantes de saúde. (Fonte: OPAS)

## Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Encontra-se organizado segundo os princípios de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado. Para garantir esse direito fundamental, é responsabilidade do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e garantir que as políticas econômicas e sociais visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Amparado no conceito ampliado de saúde, considera-se no SUS que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, pois os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Fonte: Ministério da Saúde).