

Rotinas de cuidado em relação à saúde de famílias em transição após um desastre natural¹

Gisele Cristina Manfrini Fernandes²
Astrid Eggert Boehs³

Objetivo: apresentar as rotinas de cuidado com a saúde de famílias na transição pós-desastre natural, com base no referencial teórico das rotinas e rituais familiares. Método: estudo qualitativo, de múltiplos casos, desenvolvido com seis famílias rurais do Sul do Brasil, passados dois anos de um desastre natural. Os dados foram coletados com observação participante, entrevistas narrativas, genograma, ecomapa e o calendário de rotinas, prosseguindo-se com a análise das narrativas. Resultados e Discussão: nas rotinas de cuidado com a saúde das famílias, têm relevância os episódios de doença e a necessidade do atendimento profissional no pós-desastre, os cuidados na rotina diária e rotinas próprias dos serviços de saúde. Conclusão: os resultados contribuem para que a enfermagem preste atenção às experiências familiares nas transições por desastres naturais, tornando-se preparada para as mudanças e as necessidades de cuidado e promoção da saúde.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Família; Promoção da Saúde; Desastres Naturais.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Rotinas e rituais de cuidado de famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre" apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² PhD, Professor, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Astrid Eggert Boehs
Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem
Campus Universitário
Bairro: Trindade
CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: astridboehs@hotmail.com

Introdução

No ano 2008, o Vale do Itajaí, em Santa Catarina, Brasil, foi cenário de um dos mais impactantes desastres naturais já ocorridos na região. Os prejuízos econômicos e sociais representaram significativas mudanças na vida de muitas famílias, tanto nas áreas rurais quanto nas áreas urbanas da maioria dos municípios. Em uma localidade rural, em especial, a inundação, associada a deslizamentos de terra, provocou perdas das moradias e mortes de adultos e crianças, repercutindo em transições inesperadas no ciclo familiar. A comunidade permaneceu por longo período interditada e as famílias foram deslocadas para abrigos públicos ou moradias de familiares e amigos. As unidades de saúde também foram atingidas, interferindo na oferta de cuidados de saúde no nível local. Com a mudança no contexto de vida pós-desastre, emergiu a problemática acerca das rotinas familiares frente aos desastres e, dentre elas, as de cuidado para a promoção da saúde.

Embora todos os desastres naturais sejam únicos, conforme as áreas afetadas e seus diferentes níveis de vulnerabilidade, e apesar das distintas condições sociais, econômicas e de saúde, semelhanças existem e devem ser consideradas pelas nações para o planejamento e a respectiva assistência aos principais problemas⁽¹⁾. No Brasil, as enchentes são o tipo de desastre natural mais frequente e as últimas experiências ocorridas nas Regiões Sul, Sudeste e Nordeste apresentaram cenários semelhantes em relação à situação de vida das famílias: permanência em abrigos públicos durante meses e demora na fase de reconstrução das áreas atingidas. Durante a fase de reconstrução no ciclo de desastre, muitas decisões e ações são tomadas para tornar o contexto/ambiente o mais próximo da situação normal, porém, há um fator preponderante: o tempo que se leva para atingir tais condições⁽¹⁾.

Além disso, o período de reconstrução fornece oportunidade para elaborar programas no setor de saúde para a mitigação, assim como iniciar o reforço na preparação de enfrentamento de desastres. No entanto, a fase de preparação para enfrentar desastres relacionados a fenômenos da natureza é quase invisível no Brasil, com pouca abrangência quanto ao nível de população, profissionais da saúde, Estados e municípios. Nesse sentido, é necessário discutir e pensar nas implicações sobre a saúde e sobre o cuidado com as famílias que vivenciam o pós-desastre.

A experiência desafiante de um desastre pode causar problemas de saúde a curto e longo prazo, reforçando quase que predominantemente seus efeitos psicossociais e psicológicos nas crianças, adolescentes, mulheres e idosos⁽²⁻⁸⁾. Mas são escassos os estudos desenvolvidos a

respeito de famílias atingidas em desastres e pouco se sabe, ainda, sobre as repercussões desse tipo de transição na saúde e nos cuidados diários das famílias, a longo prazo. Na 20ª Conferência Mundial da União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (IUHPE), realizada em julho de 2010, na Suíça, com o tema Saúde, equidade e desenvolvimento sustentável, publicaram-se alguns trabalhos⁽⁹⁻¹¹⁾ com experiências sobre desastres e promoção da saúde. Destaca-se o trabalho de enfermeiras chinesas sobre um programa compreensivo para a promoção da saúde de famílias na reconstrução após um desastre natural em Taiwan, no qual mencionam utilizar o empoderamento como método para aumentar as competências dos pais e filhos no cuidado da saúde e na reconstrução do seu ambiente⁽⁹⁾. Segundo essas autoras, cuidado e promoção da saúde estão interligados aos recursos sociais e ambientais, inclusive em situações de desastres, em que a saúde das famílias pode ser abalada e as competências dos pais no cuidado dos filhos necessitam ser fortalecidas.

Sabe-se que as transições familiares têm capacidade para produzir estresse, principalmente as que não são previstas ou esperadas. Em algumas situações, as enfermeiras podem estar em posições únicas para estabelecer uma relação de ajuda que seja suficiente no fornecimento de informação necessária, apoio e mobilização de recursos, durante transições estressantes, com efeitos no *status* de saúde. A habilidade para a promoção da saúde, considerando-se as complexidades das transições de vida, é uma função singular da enfermagem familiar⁽¹²⁾.

Na perspectiva de um modelo teórico de enfermagem, a produção doméstica da saúde é um processo construído socialmente⁽¹³⁾, em que rotinas e rituais familiares são importantes meios usados pelas enfermeiras para discutir práticas saudáveis, comportamentos e conhecimentos com os integrantes, identificar metas familiares e criar planos para alcançar o bem-estar ou iniciar um processo para tornar-se saudável. Rotinas também fornecem estratégias de cuidados necessárias na doença aguda ou crônica, para a proteção e a promoção da saúde, especialmente das crianças⁽¹⁴⁾. Este artigo teve como objetivo apresentar as rotinas de cuidado com a saúde das famílias na transição pós-desastre natural, com base no referencial das rotinas e rituais familiares.

Método

Trata-se de estudo qualitativo de múltiplos casos, o qual foi desenvolvido com seis famílias atingidas em um desastre natural, no ano 2008, em uma área rural do Sul do Brasil. Os critérios de escolha das famílias foram: ter

residido na localidade atingida pelo desastre natural e a presença de, ao menos, uma criança entre 0 e 12 anos de idade.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e setembro de 2010, um ano e um mês após o evento, e as

famílias foram localizadas em suas moradias, com a ajuda da equipe de saúde da família local. Uma breve descrição das características de cada núcleo familiar participante do estudo pode ser visualizada na Figura 1, abaixo.

Composição familiar	Escolaridade	Ocupação	Renda	Danos
F1: casal e duas filhas na idade escolar	Ensino fundamental incompleto Estudantes da 1ª e 5ª série	Auxiliar de serviços gerais e agricultor Costureira	2 salários-mínimos	Destruição total da moradia e desemprego
F2: casal, um filho na idade pré-escolar, uma filha adotiva na idade escolar, uma filha adolescente e uma filha adolescente casada	Ensino fundamental incompleto Ensino médio incompleto (adolescente)	Pedreiro e do lar Costureiras (adolescente)	Aproximadamente 3 salários-mínimos	Destruição da moradia e da propriedade rural, desemprego
F3: casal, um filho na idade pré-escolar, um filho na idade escolar, uma filha adolescente (amasiada)	Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo (adolescente)	Autônomos (produção caseira de salgados) Costureira (adolescente)	Aproximadamente 2 salários-mínimos (R\$415,00)	Perdas materiais da moradia
F4: casal e uma filha adotiva na idade escolar	Ensino fundamental completo Ensino médio completo	Agricultores	5 salários-mínimos	Mortes na família, perdas na produção agrícola
F5: casal, dois filhos na idade escolar, um filho adolescente	Ensino fundamental incompl. Estudantes na 1ª e 5ª série Ensino fundamental completo (adolescente)	Embaladores numa fábrica local, inclusive o adolescente	De 5 a 6 salários-mínimos	Destruição da moradia, desemprego
F6: mãe e um filho lactante	Ensino médio completo	Operadora de máquina industrial	Aproximadamente 3 salários-mínimos	Perdas materiais, desemprego

Figura 1 - Características gerais das famílias participantes do estudo

As narrativas foram produzidas em contextos de vida familiar específicos de cada caso, pois compreendiam fases distintas de desenvolvimento⁽¹⁵⁾: aquisição ou casal com filhos, adolescente e fase madura, relato sobre uma das filhas que havia se casado e saído da casa dos pais, e também situações distintas quanto à vida pós-desastre. Para a obtenção dos dados, foram utilizadas as técnicas de observação participante, durante os encontros nos domicílios, por meio de registros em diário de campo, de entrevista narrativa improvisada⁽¹⁶⁾, da aplicação de instrumentos como o genograma, o ecomapa e o calendário de rotinas que se constituíram em instrumento construído para os próprios integrantes anotarem suas rotinas diárias e semanais. Os dados coletados foram gravados com a devida autorização e transcritos pela pesquisadora. A construção do genograma e ecomapa foi conjunta com os membros adultos dos núcleos familiares.

A construção conjunta do genograma e do ecomapa contou com a participação dos cônjuges em cada núcleo familiar, cujos dados colhidos oportunizaram dimensionar o impacto do desastre na família ampliada, uma vez que

mais de um núcleo foi atingido por residirem próximos na área rural em questão. Com relação ao ecomapa, emergiram dados sobre os principais recursos sociais com os quais as famílias puderam contar: tanto formais (ONGs, Governo, Corpo de Bombeiros), quanto informais (vizinhos, família extensa, por exemplo). À medida que as narrativas acerca das relações familiares iam sendo construídas na aplicação desses instrumentos (genograma e ecomapa), durante a entrevista, rituais familiares iam sendo lembrados e resgatados pelos entrevistados, sendo, assim, aprofundados pela pesquisadora.

A análise das narrativas seguiu os passos orientados por Fritz Schütze, criador do método de entrevista narrativa autobiográfica e de análise de narrativas improvisadas. O primeiro passo consiste na *análise formal do texto*, em que foram selecionadas todas as passagens narrativas, tomando como referência os indicadores formais de inicialização e finalização de cada segmento. No segundo passo, a *descrição estrutural do conteúdo* de cada narrativa anteriormente selecionada, sendo identificados elementos de interpretação das histórias narradas denominados

estruturas processuais do curso da vida. Para a realização do terceiro passo, denominado *abstração analítica*, foi preciso distanciamento dos detalhes do conteúdo de cada segmento narrativo e um olhar para o todo da história, ordenando os segmentos narrativos na sequência das etapas da vida ou do evento narrado, interpretando as expressões abstratas de cada etapa, em relação umas com as outras, com base no referencial teórico e objetivo da pesquisa. O quarto passo, ou *análise do conhecimento*, explorou os componentes não indexados das histórias, que são as passagens narrativas argumentativas, explicações teóricas dos informantes sobre seu curso de vida (experiência no desastre) ou identidade (teorias sobre o eu), avaliações comparativas e construções de fundo. É nessa etapa que o pesquisador está mais atento à interpretação dos próprios sujeitos. O quinto passo consistiu na *comparação contrastiva* entre as categorias analíticas, encontradas na análise dos diferentes textos de entrevistas de cada família, buscando semelhanças e contrastes que favoreceram a comparação dos casos entre si⁽¹⁶⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob nº490/2009. Foi respeitado o anonimato dos informantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

A categoria de análise denominada rotinas de cuidado com a saúde expressa as narrativas das famílias acerca da percepção da saúde no pós-desastre e das ações para a promoção doméstica da saúde, como o cuidado dos filhos e as situações de doença.

Mudanças nas rotinas de cuidado familiar e episódios de adoecimento no pós-desastre

As famílias narraram episódios de adoecimento de algum dos membros, seja da família nuclear, seja da família ampliada, os quais representaram acontecimentos dramáticos enfatizados em determinados momentos das trajetórias pós-desastre. Em especial, quando a doença era das crianças, os pais relacionaram tais ocorrências à mudança inesperada na rotina familiar, retratadas como situações culminantes no período de permanência nos abrigos. Os trechos a seguir exemplificam esse achado.

Ele ficou bem doente da garganta [...] nós nos molhamos muito e ele se molhou e ficou bem mal, tivemos que levá-lo para o hospital (-). Eu achava que ele ia morrer [...]. Daí o médico olhou na mãozinha dele e falou: Meu Deus esse menino está com falta de oxigênio. Ele ficou uns dois dias no oxigênio. Naquele dia, no hospital, eu desabei. O que eu não tinha chorado na tragédia eu

chorei [...] aquele dia foi difícil. O médico era muito querido e me falou: Mãe, tu cuida, porque teu filho escapou (MF2).

A interrupção das rotinas diárias – tanto aquelas relacionadas à frequência escolar por parte das crianças e ao trabalho dos pais, como os horários das refeições e da hora de dormir, o ambiente ruidoso e frio para o repouso, a ociosidade dos adultos – afetou a organização dos cuidados e refletiu em episódios de doença, com intervenção profissional e a percepção de riscos à saúde pelas famílias. É sabido que crianças possuem dependência natural em relação às suas rotinas e à família; nesse sentido, sendo mais expostas ao desastre, sofrem mais os efeitos negativos à saúde. Rupturas significativas em suas vidas pela experiência de afastamento da escola, da sua casa e comunidade, ou pela morte de membros da família ou amigos podem afetar seriamente e provocar problemas com efeito psicológico nas crianças. O restabelecimento das rotinas é prioritário no pós-desastre, assim como um esforço interventivo para restabelecer uma aparente normalidade e envolvimento com a cultura local (quando as famílias são deslocadas), por meio de programas ou ações sustentáveis⁽³⁾. Além disso, estudos mostram que a previsibilidade das rotinas influencia a saúde geral de crianças e adolescentes, considerando os comportamentos de saúde, as atividades de ligação e suporte familiar e o número de atividades em que um dos pais ou ambos estejam engajados ou presentes⁽¹⁷⁾.

A sequência de narrativas da família 3 mostra um exemplo de rotina de cuidado que mudou desde a longa passagem pelo abrigo. A alimentação das crianças foi afetada pela falta de rotina e pela utilização de alimentos pouco saudáveis durante o período de meses que permaneceram no abrigo coletivo, persistindo após o retorno à moradia no pós-desastre.

No abrigo, nós estávamos com o menino de dois anos [...] ele estava doente todo dia, todo dia. A gente dormia no colchão no chão (-) era no colégio, então umedecia tudo e meu filho já tinha problema de pneumonia quando era pequeno [...] ele pegou alergia de tudo, foi um terror! Ele ficou sequinho, pele e osso [...] o meu filho maior também só chorava, não queria mais estudar (MF3). Eu chorava todos os dias, porque eu queria voltar (criança 6 anos). Eles não queriam comer (PF3). É que mudou muito para ele [referindo-se ao filho de 4 anos] (MF3.1). Não tinha horário pra jantar, não tinha horário do almoço, não tinha horário para o café (-), não tinha nada certo. Se hoje comia às 6, amanhã talvez teria que comer às 7 (-), então, os adultos comiam, mas as crianças não (-). Só comiam besteira e aquele monte de iogurte, ki-suco, chocolate (PF3.1). Mas lá no abrigo eram muito bons conosco, porque se aparecia alguma alergia à noite, a gente telefonava e eles vinham ver, buscavam medicamento para a gente (MF3.1).

[...] Acho que para a família ter saúde é preciso uma boa alimentação, a higiene, não ter vícios, no caso (PF3). E mais uma coisa que a gente faz e que acaba prejudicando os filhos é comprar um monte de bolachas recheadas e estas coisas [...] a gente tem que cuidar pra não prejudicar a saúde deles (MF3).

Desse modo, a falta de autonomia dos pais quanto à escolha e ao preparo dos alimentos ofertados às crianças no abrigo coletivo influenciou negativamente a rotina de alimentação das crianças e dos adultos, no pós-desastre.

O aparecimento de sintomas físicos e o medo, depressão, insônia, dentre outros, desvelaram o estresse vivenciado pelos membros das famílias com as perdas na tragédia e as dificuldades do recomeço. Nesse sentido, conforme narrado pelas famílias, as consequências do evento traumático atingiram de maneiras diferentes a saúde dos membros, considerando-se os aspectos individuais e culturais familiares para o enfrentamento da situação e o cuidado recebido dos profissionais no pós-desastre.

Principalmente no começo, o meu marido teve um problema de pressão que chegou a 260x130mmHg. Ele não tem diabetes, mas a glicemia dele disparou [...] ele esteve no hospital, o médico constatou que era estresse. A tragédia aconteceu em novembro e isso foi em fevereiro. No meu caso, a questão era de não conseguir dormir, virava a noite [...] tive também uma perda de cabelo que achei que ficaria careca. Então também fui ao médico, conversei e ele disse: Isso é emocional, é o estresse do momento. Retornei e ele receitou um calmante natural, mas daí quando cheguei em casa, pensei: Não, eu vou tentar dar conta de mim assim mesmo. Eu não gosto muito desta coisa de remédio, porque eu tenho muito medo de depois ficar dependente disso e acabei deixando a receita lá num canto, mas é claro que tem dias que a gente lembra mais e acaba não conseguindo dormir, principalmente em tempo de muita chuva ou quando começa a chover à noite, daí vem toda a lembrança. Isso é normal, eu imagino, pelo que nós passamos, né? Então, nesta parte afetou, mexeu bastante na questão emocional, mas eu e meu marido tentamos levar, sem precisar usar um monte de remédios [...]. O meu pai até hoje toma um calhamaço de remédios: remédio pra dormir, remédio pra estresse, remédio pra pressão (-) ele começou a fazer um tratamento do coração, mas antes não tinha este problema. A saúde do meu pai mexeu muito, muito mesmo. A minha irmã também passou a tomar remédio pra dormir há um mês (MF4).

Os resultados de alguns estudos sugerem que desastres naturais podem ter efeitos prolongados na saúde física e mental⁽¹⁸⁾ e na utilização de serviços de atenção primária de saúde pela comunidade exposta, ao longo do ano subsequente⁽⁷⁾, tendo em vista que os aniversários do evento podem ser particularmente traumáticos, sobretudo para aqueles que tiveram experiências de perdas. O processo de luto por perdas inesperadas

durante um desastre pode ser complicado, afetando a mobilização dos mecanismos de enfrentamento e de manejo do estresse, propiciando manifestações físicas, psicológicas e emocionais mais severas que atrapalham a motivação para algumas atividades de vida diária⁽¹⁸⁾. Estudos também consideram os efeitos da experiência do desastre na saúde de idosos, os quais são mais vulneráveis e propensos a morrer durante esse tipo de evento. Em New Orleans (EUA), após o furacão Katrina, seguido de inundação, não foram apenas problemas psicológicos que afetaram a saúde dos idosos; destaca-se que a mortalidade no pós-desastre se deu também por problemas crônicos exacerbados no processo de evacuação do local⁽⁸⁾.

Mulheres grávidas e lactentes possuem preocupações singulares em consequência de desastres naturais, em especial pela interrupção no suprimento de água limpa para beber ou banhar-se, pelo acesso insuficiente à segurança alimentar e pela interrupção no cuidado da saúde em virtude das condições de abrigo temporário e prejuízos no sistema público de serviços de saúde (para o acompanhamento pré-natal, da saúde da criança etc.). O furacão Katrina não só afetou a saúde da população referida como a colocou em grande risco. Observaram-se resultados adversos como o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, o aumento da mortalidade infantil, abortos espontâneos e intercorrências obstétricas⁽⁵⁾, o que sugere a importância do preparo dos serviços de saúde para enfrentar as consequências dos desastres naturais em relação à saúde.

A rotina de cuidados longitudinais relacionados aos serviços de saúde

Em todos os seis casos, emergiram narrativas semelhantes sobre a manutenção de uma rotina regular de cuidados como a imunização, avaliações médicas e exames clínicos periódicos, essencialmente destinados ao acompanhamento da saúde das crianças desde antes do desastre. Todavia, em decorrência do desastre, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da localidade permaneceram interditadas por um longo período e essa dificuldade ao acesso interferiu na rotina de cuidados após o desastre. As famílias também mencionaram outros fatores que atrapalharam o acesso aos serviços, os quais estão associados à condição de ruralidade, como a distância de algumas moradias e a falta de condução ou o péssimo tráfego nas estradas em tempos de chuva, outros relacionados ao funcionamento das UBS locais, como a pouca informação por parte da equipe sobre os atendimentos fornecidos e, ainda, fatores macro como a deficiência na resolubilidade dos demais níveis de

assistência na rede pública de saúde, o que levou as famílias a buscarem serviços médicos privados.

Uma característica identificada e referida nas narrativas revela o papel das mulheres na organização da rotina de cuidados, quando alguém adocece. A dependência das mulheres que não sabem dirigir um automóvel se torna empecilho para o deslocamento até a unidade de saúde, bem como para outras atividades relacionadas à promoção da saúde e ao maior acesso aos serviços. Por outro lado, por estarem mais vinculadas à UBS, são as mulheres que buscam por informação por parte da equipe ou por intermédio de outros serviços da rede, quando necessitam de alguma solução.

Os dados ainda revelam que a rotina familiar de cuidado é adaptada nas situações de adoecimento de algum dos membros; porém, em alguns casos, com menor flexibilidade graças à dura rotina de trabalho no pós-desastre, em especial quando são necessárias idas à UBS ou ao hospital e pronto-socorro, nas situações mais graves ou durante os finais de semana. A narrativa a seguir exemplifica essa dinâmica.

Minha menina estava doente nesta semana e o meu filho de 6 anos também. Ela perdia sangue pelo nariz, até achei que pudesse ser alguma coisa grave, mas era por causa da gripe [...] o meu marido saiu do serviço e levou o meu menino no médico, porque não dá pra sair os dois, então, como eu não sei dirigir, foi ele quem levou logo cedo [...] às 6 horas teve que ir lá marcar o médico, porque eles não marcam pelo telefone e isto fica ruim pra nós [...]. Isto saiu da rotina, mas senão é muito difícil eles adoecerem. [...] Eu até acho que eles poderiam abrir uma exceção para o pessoal que trabalha, só que eles não marcam (-) então a gente tem que sair do serviço pra ir lá marcar às 6 horas, só que às 5h30 tem que estar lá senão não consegue vaga [...]. A gente pega um atestado pra entregar na firma e não perder o dia (-) só que o patrão deixa a gente recuperar as horas para não perder o prêmio. [...] No posto, eles nos atendem muito bem, no começo até mandavam a gente para o psicólogo e coisa, mas depois não mais (-) do ano passado pra cá já não tinha mais isto (MF5).

As narrativas das famílias indicam situações em que buscaram atendimento profissional em diferentes serviços de saúde, como hospitais, pronto-atendimento, consultórios médicos. Esse itinerário percorrido pelas famílias em busca de cuidado, em especial na situação de doença aguda das crianças se expressa comumente em diversos contextos, independente da ocorrência dos desastres, pois está associado às crenças dos pais quanto à gravidade da doença da criança e à dificuldade de aceitarem o acolhimento de outros profissionais, com exceção da consulta médica, para a resolução do problema no momento em que procuram a unidade básica de saúde⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, é importante considerar

que, muitas vezes, há descompasso entre as rotinas das famílias e as da unidade de saúde, prosseguindo o itinerário em busca de cuidados nos serviços de emergência e hospitais.

A observação das mães denota que a sensibilidade no cuidado profissional e, em alguns casos, a agilidade, significam bom atendimento às famílias em situação dramática, agravada pela recente experiência de um desastre. Na narrativa abaixo, a percepção sobre o despreparo dos profissionais para atender às mudanças nas necessidades de cuidado no pós-desastre.

Mudou, porque eles tiveram que aprender a lidar com o emocional das pessoas (-). A gente percebe muito que quando o tempo está mais fechado, ou quando chove mais dias, o posto de saúde tem mais gente, então, as pessoas vão lá dizendo que dói aqui, dói lá, e se eles começam a conversar com estas pessoas, percebem que é tudo emocional, é medo, é preocupação. Aumentou muito o número de encaminhamentos para o psicólogo, principalmente de adultos, e do uso de medicamentos controlados. É que, na verdade, teria que se achar um meio de trabalhar a parte psicológica, sem que a pessoa entendesse que isto está sendo trabalhado, principalmente as pessoas com mais idade, entende? Porque, por exemplo, se o médico diz a senhora vai precisar de um psicólogo! Ele [o médico] deveria pedir ao enfermeiro que orientasse sobre este encaminhamento, porque senão as pessoas passam direto ou não vão. As pessoas de mais idade ainda têm receio de que isso é coisa de doido, de quem tem problema de cabeça ou coisa assim, então teria que ser um trabalho em que a pessoa se envolvesse sem que ela soubesse até determinado ponto. De repente, ainda falta um pouco mais disso (...) (MF4).

Assim, o cuidado e suporte a indivíduos, a famílias e a comunidades deve existir em todo o ciclo desde o pré-desastre, na fase aguda até a fase pós-aguda e de recuperação. O empoderamento das populações pode ser uma das estratégias para a preparação frente aos desastres, oportunizando o conhecimento das vulnerabilidades, promovendo a coesão e o suporte comunitário⁽²⁰⁻²¹⁾.

As percepções sobre o processo de saúde/doença de alguns dos membros que adoeceram no decorrer das trajetórias do desastre expressam algumas interpretações sobre as consequências da mudança de vida e o impacto na rotina familiar. A saúde da unidade familiar é garantida com a promoção de rotinas e de rituais que favoreçam a convivência, a coesão, a participação social em defesa dos direitos, de melhorias na qualidade de vida e da prevenção a novos desastres. Os cuidados diários são desafios à criação de habilidades pessoais na interação de pais e filhos crianças/adolescentes, mas, também, são tentativas para a escolha de hábitos de vida mais

saudáveis, por intermédio de ações preventivas e de educação para a saúde dos membros.

O suporte da equipe de saúde da família e o emprego de estratégias assistenciais que auxiliem as famílias nesse processo de produção doméstica da saúde foram vistos como insuficientes ou muito distantes, assim como a resolubilidade do sistema para a população residente em área rural, quando surgem situações de doença que requerem maior complexidade de assistência. Contudo, tais dados merecem aprofundamento em pesquisas futuras.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo fornecem contribuições para o entendimento de que as rotinas de cuidado com a saúde podem sofrer importantes influências do impacto de desastres naturais; porém, existe um esforço contínuo das famílias em prover condições de manter ou melhorar a saúde individual, em especial dos filhos, pensando no seu desenvolvimento e na sua saúde futura. Além disso, rotinas e rituais são revistos e reavaliados pelas famílias, conforme as novas necessidades de cuidado que surgem da experiência pós-desastre e com as fases de desenvolvimento individual e familiar.

Nesse sentido, o referencial das rotinas e rituais familiares sustenta a compreensão das experiências das famílias em transição pós-desastre e ajuda a interpretar as suas necessidades de cuidado, utilizando uma abordagem culturalmente sensível e voltada para a promoção da saúde.

Mais pesquisas são necessárias para compreender as experiências e as percepções dos profissionais de enfermagem e da saúde sobre as necessidades dos serviços no pós-desastre, principalmente quando há impacto na infraestrutura de saúde local/municipal, buscando explorar especificamente os papéis e as funções do enfermeiro em cada fase do ciclo dos desastres (do pré-desastre à fase de recuperação).

Recomenda-se a inclusão da temática dos desastres naturais na pauta de discussão dos grupos de pesquisa, nos currículos dos cursos técnicos e de graduação em enfermagem, nos ciclos de educação permanente em saúde, onde os profissionais da Estratégia Saúde da Família possam trocar experiências, suprir as deficiências de conhecimento técnico-científico para atuar com as populações atingidas e elaborar planos de respostas municipais a eventos característicos de cada região.

Referências

1. Pan American Health Organization. Natural disasters: Protecting the public's health. Washington, DC: PAHO; 2000.

2. Ahern M, Kovats RS, Wilkinson P, Few R, Matthies F. Global Health Impacts of Floods: Epidemiologic Evidence. *Epidemiol Rev.* 2005;27:36-46

3. Belfer ML. Caring for children and adolescents in the aftermath of natural disasters. *Int Rev Psychiatry.* 2006 Dec;18(6):523-8.

4. Tees MT, Harville EW, Xiong X, Buekens P, Pridjian G, Elkind-Hirsch K. Hurricane Katrina-Related Maternal Stress, Maternal Mental Health, and Early Infant Temperament. *Matern Child Health J.* 2010; 14(4):511-8.

5. Callaghan WM, Rasmussen AS, Jamieson DJ, Ventura SJ, Farr SL, Sutton PD, et al. Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J.* 2007 Jul;11(4):307-11

6. Rowe CL, Liddle HA. When the levee breaks: treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. *J Marital Fam Ther.* 2008 April;34(2):132-48.

7. Polusny MA, Ries BJ, Schultz JR, Calhoun P, Clemensen L, Johnsen IR. PTSD Symptom Clusters Associated With Physical Health and Health Care Utilization in Rural Primary Care Patients Exposed to Natural Disaster. *J Traumatic Stress.* 2008 Feb;21(1):75-82.

8. Cloyd E, Dyer CB. Catastrophic Events and Older Adults. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2010;22(4):501-13.

9. Chang L, Chen HH, Cheng C, Chang S. A comprehensive health promotion program for disaster reconstruction families in Taiwan [abstract]. In: Anais of 20th IUHPE World Conference on Health Promotion; 2010 Jul 11-15; Geneva, Switzerland. [acesso 14 jul 2011]; Disponível em: http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf

10. Lapitan JM, Ukai T, Steffens C, Armada F. Assessing health facilities' preparedness for disasters in cities: a case study of two hospitals in Kobe, Japan [abstract]. In: Anais of 20th IUHPE World Conference on Health Promotion, Geneva, Switzerland. [acesso 25 mar 2013 25]; Disponível em: http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf

11. Dash SR, Kanungo I. Challenges for hygiene and health promotion- a study in flood affected areas of Jagatsinghpur district in Orissa, India [abstract]. In: Anais of 20th IUHPE World Conference on Health Promotion, Geneva, Switzerland. [acesso 25 mar 2013 25]; Disponível em: http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf

12. Roth P, Simanello MA. Family Health promotion during Transitions. In: Bomar PJ. Promoting Health in Families. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice. 3rd New York: Elsevier; 2004. p. 477-506.

13. Denham S. Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. *J Fam Nurs.* 2003; 9(3):305-330.
14. Boehs AE, Grisotti M, Aquino MDW. The routine of families with nursing infants. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* set-out 2007;15(5):902-8.
15. Cervený CMO, Berthoud CM. Família e Ciclo Vital. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
16. Schütze F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: Weller V, Pfaff N. Metodologias da Pesquisa Qualitativa em Educação. Teoria e Prática. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 211-22.
17. Fiese BH. Family Routines and Rituals. New Haven (EN): Yale University; 2006.
18. Mendez TB. Disaster Planning for Vulnerable Populations: Mental Health. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2010;22(4):493-500.
19. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* maio-jun 2012;20(3):453-61.
20. Badakhsh R, Harville E, Banerjee B. The Childbearing Experience During a Natural Disaster. *JOGNN.* 2010;39(4):489-97.
21. Deeny P, Vitale CT, Spelman R, Duggan S. Addressing the imbalance: empowering older people in disaster response and preparedness. *Int J Older People Nurs.* 2010;5(1):77-80.

Recebido: 26.1.2013

Aceito: 8.5.2013

Como citar este artigo:

Fernandes GCM, Boehs AE. Rotinas de cuidado em relação à saúde de famílias em transição após um desastre natural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2013 [acesso em: / /];21(4):[08 telas]. Disponível em:* _____

URL

dia
mês abreviado com ponto
ano