

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

GISELE CRISTINA MANFRINI FERNANDES

**ROTINAS E RITUAIS DE CUIDADO NAS FAMÍLIAS RURAIS
EM TRANSIÇÃO INESPERADA DO PÓS-DESASTRE**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

GISELE CRISTINA MANFRINI FERNANDES

**ROTINAS E RITUAIS DE CUIDADO NAS FAMÍLIAS RURAIS
EM TRANSIÇÃO INESPERADA DO PÓS-DESASTRE**

Tese submetida à banca de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dra. Astrid Eggert Boehs
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

F363r Fernandes, Gisele Cristina Manfrini
Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em
transição inesperada do pós-desastre [tese] / Gisele Cristina
Manfrini Fernandes ; orientadora, Astrid Eggert Boehs. -
Florianópolis, SC, 2011.
244 p.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem familiar. 3. Família - Saúde e
higiene - Vale do Itajaí (SC). 4. População rural - Saúde -
Vale do Itajaí (SC). 5. Catástrofes naturais. I. Boehs, Astrid
Eggert. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

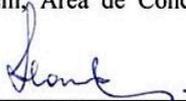
GISELE CRISTINA MANFRINI FERNANDES

**ROTINAS E RITUAIS DE CUIDADO EM FAMÍLIAS RURAIS NA
TRANSIÇÃO INESPERADA PÓS DESASTRE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de novembro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

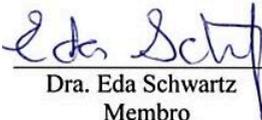


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Astrid Eggert Bochs
Presidente



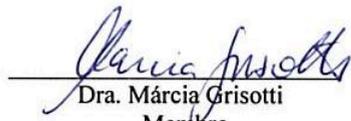
Dra. Eda Schwartz
Membro



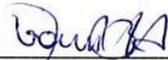
Dra. Sonia Silva Marcon
Membro



Dra. Ingrid Elsen
Membro



Dra. Márcia Grisotti
Membro



Dra. Ivonete T. S. B. Heidemann
Membro

Dedico este trabalho

*aos profissionais e aos voluntários
solidários que se dedicaram com
esforço, coragem e saberes para
promover o bem-estar da população
do Vale do Itajaí em tempos difíceis.*

*à minha família, pelo apoio e amor
que me sustentaram durante todo o
processo de construção deste
conhecimento.*

Agradeço...

A Deus por ser luz nos meus caminhos e Espírito que me anima.

*Aos meus pais, **Ademir Luiz e Elgita**, pelo seu amor incondicional que me alegra e me conforta em todos os momentos da vida. Obrigada pelos valiosos exemplos de dignidade, integridade, respeito, fé e trabalho. Sou grata por todo o estímulo para que eu conseguisse realizar mais esta etapa de crescimento pessoal e profissional e por compreenderem minhas ausências. Que Deus os abençoe e os guarde! Amo muito vocês!*

*Ao meu marido **Rodrigo** que compartilhou desta caminhada com muito carinho, paciência, alegria e dedicação. Obrigada pela confiança, por me fazer tão feliz e por cuidar tão bem de mim. Você é o amor da minha vida!*

*À minha orientadora e mentora intelectual, companheira e professora querida de longa data, **Astrid Eggert Boehs**. Se hoje estou aqui, feliz da vida e satisfeita com este trabalho é porque você esteve o tempo todo ao meu lado, incentivando-me, ensinando-me e confiando nos meus passos. Obrigada pelas palavras de orientação e por aceitar compartilhar a sua experiência e seu conhecimento nos desafios que enfrentamos. Que Deus continue a iluminando e concedendo muitas graças!*

*Aos meus irmãos **Luiz Fernando, Daniele Beatriz** e também meu cunhado **Paulo Francisco** que sempre me motivaram nos trechos mais pedregosos do caminho. Obrigada pela presença em minha vida, pelo seu modo de me ajudar e de descontraír, fazer-me sorrir! Ao meu primo **Jorge Eduardo** pela ajuda no design gráfico. Vocês são muito especiais!*

*À família **Willens Fernandes** por todo o apoio desde que passamos a conviver como família e pelo respeito às minhas singularidades e inseguranças. Obrigada por eu poder contar com vocês!*

*Às **pessoas amigas** que me acompanharam, deram-me força e que souberam entender minhas necessidades durante este tempo. Agradeço especialmente: Marisa Franz, Luciana Marconcini, Andréa Soares Machado, Henriette Jacques, Gizela Leite e André, Irmgart e Hans H. Ziel, Fernanda Vicente, Sinara Vieira Jacques, Jeferson Rodrigues, Claudiniete Vasconcelos, Solange Wink, Judite Bertoncini, Margit Bloedorn. E a tantas outras pessoas que se prestaram a ouvir minhas angústias e a comemorar minhas conquistas neste processo.*

*Às amigas construídas no doutorado que foram muito importantes para que esta etapa pudesse ser menos cansativa e mais divertida. Ana Paula, Sandra, Lisnéia, Juliana e Marli, obrigada por tudo. **Aos colegas do doutorado**, agradeço pelo companheirismo, respeito e incentivo. Desejo que sejam todos muito felizes!*

***Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e professores**, pelo apoio, pelo incentivo e pela dedicação em compartilhar seus conhecimentos que foram valiosos à minha formação. Sou profundamente grata!*

***Aos colegas e professores no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS)** agradeço por todas as contribuições e pelas reflexões que me inspiraram na construção deste trabalho. Desejo que o grupo se fortaleça cada vez mais e que continue colaborando para o saber da Enfermagem.*

***Ao pessoal técnico-administrativo do PEN/UFSC**, Claudia, Francini, Tatiane, Renata e também à Anna Khris que sempre muito competentes me atenderam em meio às dúvidas e solicitações. Muito obrigada!*

***Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** agradeço o apoio financeiro por meio de uma Bolsa de Doutorado ao longo do curso.*

***Aos membros da Banca**, minha gratidão pelo aceite em participarem deste processo e por contribuírem, sobremaneira, às desconstruções e construções que levaram à produção deste conhecimento. Admiro muito vocês! Obrigada!*

E às famílias participantes desta pesquisa, que com suas experiências de vida e disponibilidade colaboraram para esta tarefa difícil e importante que é a construção do conhecimento para a profissão do Cuidado. Obrigada pela acolhida. Valorizo o que aprendi com vocês! Que Deus as proteja! Agradeço também a equipe de saúde e a outras pessoas do local que gentilmente forneceram informações para que este trabalho se concretizasse.

*Um frio enregelante resumia,
Águas pelas várzeas espalhadas,
Águas recolhendo-se nas baixadas,
Sobre a catástrofe o sol reluzia.
E gradativamente a água descia,
Paredes úmidas eram lavadas,
Vargens desencantavam aguadas,
No caudal a grossa enchente morria.
Terra das águas sujas, secular;
Tantas vezes lavada, Blumenau,
Que cargas teu seio há que suportar?
Quando as fortes chuvas vêm desabar,
Túmidos córregos negam dar vau,
E teu rio lodoso parece um mar.*

(Evaldo Trierweiler, 1973)

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini. **Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 244 p.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

O objetivo desta tese foi de compreender como são interpretadas as rotinas e os rituais de cuidado para a promoção da saúde, nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre. Trata-se de um estudo de múltiplos casos, de abordagem qualitativa. Os casos consistiram em seis núcleos de famílias com crianças que residiam em uma localidade rural do Vale do Itajaí/SC, atingida no desastre natural ocorrido em 2008. O referencial analítico da presente pesquisa foi o interpretativismo de Geertz, que norteou o olhar da pesquisadora para buscar a compreensão acerca das interpretações das famílias, sustentando-se também no referencial teórico das Rotinas e Rituais Familiares e na Teoria do Desenvolvimento da Família. A coleta de dados se deu mediante a observação participante, gradativa à entrada no trabalho de campo da pesquisa, com a realização de entrevistas narrativas no domicílio de cada família, após um ano da tragédia. As narrativas das famílias foram complementadas com a elaboração do genograma, o ecomapa e o calendário de rotinas. Todos os encontros foram registrados em diário de campo e transcritos, tendo sido obtida a autorização dos informantes para uso do aparelho gravador durante as entrevistas. As narrativas foram submetidas ao processo de análise proposto por Fritz Schütze: análise formal do texto, descrição estrutural do conteúdo, abstração analítica, análise do conhecimento e comparação contrastiva. Os resultados consistiram em quatro artigos. No primeiro artigo, “Família e pós-desastre natural: resgate da literatura”, realizou-se uma revisão narrativa da literatura em que são exibidas as contribuições de estudos da enfermagem e de outras áreas sobre família na situação de pós-desastre natural. O segundo artigo, “Mudanças das rotinas familiares na transição inesperada por desastres natural”, objetivou-se discutir as mudanças das rotinas familiares, que se constituiu em uma categoria analítica, a partir das trajetórias das famílias, ao longo do período de transição. No terceiro artigo, “Interpretações de famílias rurais sobre a

experiência de transição inesperada por desastre natural”, expressa uma categoria analítica denominada de avaliações comparativas, nas quais são reveladas as interpretações das famílias a respeito da experiência de vida referente aos períodos pré e pós-desastre. O quarto artigo, “Rotinas de cuidado à saúde de famílias em transição após um desastre natural”, representa os achados sobre a categoria de análise das rotinas pós-desastre de cuidado à saúde. Neste, as narrativas das famílias mencionam episódios de doença e a necessidade do atendimento profissional no pós-desastre, os cuidados na rotina diária familiar e nas rotinas junto aos serviços de saúde. A pesquisa conclui que a transição familiar resultou em novas tarefas e em mudanças nas condições de vida e nas relações, em consequência do desemprego, da perda material e da moradia, da morte de pessoas queridas, da migração. Além disso, resultou em uma nova fase, a do recomeço pós-desastre, com prioridades que orientaram a reorganização das rotinas diárias. As rotinas de cuidado à saúde podem sofrer importante impacto em desastres naturais e, na passagem pelos abrigos, estas podem ser significativamente modificadas. Há um esforço contínuo das famílias em prover condições de adaptar suas rotinas para manter a saúde de seus membros, em especial dos filhos, ou modificá-las ante o surgimento de novas necessidades de cuidado. O suporte da equipe de saúde na assistência às famílias ao longo do processo de recuperação pós-desastre foi percebido como insuficiente e a enfermagem, pouco mencionada. Neste sentido, estudos futuros poderão abordar outras questões relacionadas à saúde familiar no pós-desastre, assim como, ao preparo e à atuação das equipes de saúde e identificar o papel da enfermagem no cuidado a famílias nesse contexto.

Palavras-chaves: enfermagem, enfermagem familiar, saúde da família, saúde da população rural, desastres naturais.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini. **Care rituals and routines in rural families in unexpected transition due to the disaster**. 2011. Thesis (Doctorate on Nursing) – Nursing Post-Graduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 244p.

Tutor: Dr. Astrid Eggert Boehs.

ABSTRACT

The aim of this thesis was to understand how care rituals and routines are interpreted to the health promotion within rural families in the unexpected transition from a post disaster. It is a multiple case study from qualitative approach. The cases consisted of six core families with children that used to live in a rural area in the Vale do Itajai / SC and were struck by a natural disaster, in 2008. The analytic frame of this research was Geertz' interpretivism, which guided the researcher in order to seek understanding about families' interpretations, and also supported by the theoretical reference about the Families' Routines and Rituals and Family Development Theory. Data collection has occurred through participant observation related to the entry into the research field work and interviews with narratives at the families' houses, one year after the tragedy. The families' narratives were complemented with genogram development, eco-map and calendar routines. All meetings were recorded in a field diary and transcripts. It was obtained the informants authorization to use a recording device during the interviews. The narratives were submitted to the process of analysis proposed by Fritz Schütze: text formal analysis, content structural description, analytic abstraction, analysis of knowledge and contrastive comparison. The results consisted of four items. In the first article: "Family and post-natural disaster: rescue of literature", it was developed a literature narrative review that shows contributions from nursing studies and other areas about family, in the post-disaster situation. The second article: "Changes on family routines by unexpected natural disasters" aimed to discuss changes in families' routines, which constituted an analytical category, from families' trajectories and throughout the transition period. In the third article: "Rural families' interpretations on the unexpected transition experience due to a natural disaster" expresses one analytical category called comparative evaluations, which are revealed in the families' interpretations about life experiences before and after the disaster. The fourth article: "Health care routines of families in transition after a natural disaster" represents the findings about post-disaster

routines analysis category on health care. Thus, the families' narratives mentioned episodes of illness and the need for post-disaster professional care on daily family routines and health services. This research concludes the family transition resulted in new tasks, changes on living conditions and relationships as result of unemployment, houses and material losses, death of beloved ones and migration. In addition, it resulted in a new phase: the post-disaster restarting, with priorities that guided daily routines reorganization. Health care routines may suffer a significant impact on natural disasters and, when passing through the shelters, they can be significantly modified. There is an ongoing effort from families to provide conditions, in order to adapt their routines to maintain their members' health, especially their children, or modify them in view of the emergence for new care needs. The health care team support, when assisting families through the process of disaster recovery, was considered as inadequate and nursing was rarely mentioned. In this regard, future studies could address other issues related to post-disaster family health, as well as health teams' preparation, performance and nursing role identification to care for families in this context.

Key words: nursing, familiar nursing, family health, rural population health, natural disasters.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini. **Rutinas y rituales de cuidado en las familias rurales en transición inesperada del post-desastre.** 2011. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Post-graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 244p.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs.

RESUMEN

El objetivo de esta tesis fue comprender como son interpretados las rutinas y los rituales de cuidado para la promoción de la salud, en las familias rurales en transición inesperada del post-desastre. Se trata de un estudio de casos múltiples y de abordaje cualitativo. Los casos consistieron en seis núcleos de familias con niños que residían en una localidad rural del Valle del Itajaí/SC, que fue afectada en el desastre natural ocurrido en el 2008. El referencial analítico de la presente investigación fue la forma interpretativa de Geertz, que guió la mirada de la investigadora para buscar la comprensión acerca de las interpretaciones de las familias, apoyándose también, en el referencial teórico de las Rutinas, Rituales Familiares y en la Teoría del Desarrollo de la Familia. La obtención de los datos se realizó mediante la observación participativa, relacionada a la entrada en el trabajo del campo de la investigación; con la realización de entrevistas narrativas en el domicilio de cada familia, un año después de la tragedia. Las narrativas de las familias fueron complementadas con la elaboración del genograma, el ecomapa y el calendario de rutinas. Todos los encuentros fueron registrados en el diario de campo y transcritos, habiendo sido obtenida, previamente, la autorización de los informantes para el uso de un grabador durante las entrevistas. Las narrativas fueron submetidas al proceso de análisis propuesto por Fritz Schütze: análisis formal del texto, descripción estructural del contenido, abstracción analítica, análisis del conocimiento y comparación contrastiva. Los resultados consistieron en cuatro artículos. En el primer artículo: “Familia y post-desastre natural: rescate de la literatura”, se realizó una revisión narrativa de la literatura en las que son exhibidas las contribuciones de los estudios de la enfermería y de otras áreas sobre la familia en la situación de post-desastre natural. El segundo artículo, “Cambios de las rutinas familiares en la transición inesperada por desastre natural” se tuvo como objetivo discutir las mudanzas de las rutinas familiares, las

que se constituyeron en una categoría analítica, a partir de las trayectorias de las familias, a lo largo del período de transición. En el tercer artículo: “Interpretaciones de las familias rurales sobre la experiencia de transición inesperada por desastre natural” se expresa una categoría analítica denominada como evaluaciones comparativas, en las que se divulgan las interpretaciones de las familias en relación a la experiencia de vida referente a los períodos pre-desastre y post-desastre. El cuarto artículo: “Rutinas del cuidado para la salud de las familias en transición después de un desastre natural” representa los hallazgos sobre la categoría de análisis de las rutinas post-desastre para el cuidado de la salud. En éste, las narrativas de las familias mencionan episodios de enfermedades y la necesidad de atención profesional en el post-desastre, los cuidados en la rutina diaria familiar y en las rutinas junto a los servicios de salud. La investigación concluye que la transición familiar resultó en nuevas tareas, cambios en las condiciones de vida y en las relaciones, como consecuencia del desempleo, de la pérdida material y de la vivienda, de la muerte de personas queridas y de la migración. Además, resultó en una nueva etapa, la del recomienzo post-desastre, con prioridades que orientaron para la reorganización de las rutinas diarias. Las rutinas para el cuidado de la salud pueden sufrir impactos importantes en los desastres naturales y, durante la estadía en los albergues provisorios, éstas pueden ser significativamente modificadas. Existe un esfuerzo continuo de las familias en proveer condiciones de adaptar sus rutinas para mantener la salud de sus miembros, en especial la de sus hijos, o modificarlas ante el surgimiento de nuevas necesidades de cuidado. El apoyo del equipo de salud, en el cuidado de las familias a lo largo del proceso de recuperación post-desastre, fue percibido como insuficiente y la enfermería fue muy poco mencionada. En este sentido, los estudios futuros podrán abordar otras cuestiones relacionadas con la salud familiar en el post-desastre, así como, el preparo y la actuación de los equipos de salud e identificar el papel de la enfermería para el cuidado de las familias en ese tipo de contexto.

Palabras claves: enfermería, enfermería familiar, salud de la familia, salud de la población rural, desastres naturales.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVADAN	Formulário de Avaliação de Danos
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS/BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
CEPED	Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (Índice Cumulativo da Enfermagem & Literatura da Saúde)
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMUT	Serviço de Comutação Bibliográfica
EIRD	Estratégia Internacional de Redução de Desastres
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPED	Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres
NEPEPS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SC	Santa Catarina
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SOCINDEX	Base eletrônica de publicações na área da sociologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação das rotinas quanto ao nível de ritualização....	48
Figura 2 - Fatores que afetam as rotinas de saúde da família.....	51
Figura 3 - Perspectiva teórico-filosófica e metodológica da pesquisa.	65
Figura 4 - Tipo de estudo de caso adotado para a pesquisa.....	67
Figura 5 - Genograma e ecomapa da família 1.	76
Figura 6 - Genograma e ecomapa da família 2.	79
Figura 7 - Genograma e ecomapa da família 3.	82
Figura 8 - Genograma e ecomapa da família 4.	84
Figura 9 - Genograma e ecomapa da família 5.	86
Figura 10 - Genograma e ecomapa da família 6.....	88
Figura 11 - Símbolos utilizados para a elaboração dos genogramas, com base em Wright e Leahey (2009)	98
Figura 12 - Exemplo de síntese da história reconstruída, referente ao caso 4.....	105
Figura 13 - Etapa da abstração analítica e reconstrução das histórias das famílias.....	107
Figura 14 - Diagrama representativo das etapas da análise das narrativas elaborado pela autora, com base no método de Schütze (2010).....	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos aspectos que caracterizam os seis casos estudados. **90**

MANUSCRITO 2

Quadro 1 - Características gerais das famílias participantes do estudo. **136**

MANUSCRITO 3

Quadro 1 - Características gerais das famílias participantes do estudo. **158**

MANUSCRITO 4

Quadro 1 - Características gerais das famílias participantes do estudo. **174**

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	21
LISTA DE FIGURAS	23
LISTA DE QUADROS	25
INTRODUÇÃO	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO	35
2.1 ORIGEM DOS ESTUDOS	35
2.2 DEFINIÇÕES E ELEMENTOS DE ANÁLISE DOS RITUAIS E ROTINAS FAMILIARES	41
2.2.1 Rituais familiares.....	41
2.2.2 Rotinas familiares.....	46
2.3 ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS DOS RITUAIS E ROTINAS FAMILIARES E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE	52
2.4 INTERFACE COM O REFERENCIAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	59
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	63
3.1 PERSPECTIVA ANALÍTICA	63
3.2 TIPO DE DESENHO METODOLÓGICO.....	65
3.3 LOCAL DE ESTUDO	67
3.4 TRABALHO DE CAMPO	70
3.5 INFORMANTES.....	73
3.5.1 As famílias participantes.....	75
3.6 TÉCNICAS DE OBTENÇÃO DOS DADOS.....	90
3.6.1 Observação participante.....	91
3.6.2 Entrevista narrativa.....	95
3.6.3 Genograma e Ecomapa.....	97
3.6.4 Registro das famílias: calendário de rotinas.....	99
3.7 ORGANIZAÇÃO E PROCESSAMENTO DOS DADOS	100
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	101
3.8.1 Passos da análise de narrativas	102
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	111
4 RESULTADOS.....	113
4.1 MANUSCRITO 1: FAMÍLIA E PÓS-DESASTRE NATURAL: RESGATE DA LITERATURA	114

4.2 MANUSCRITO 2: MUDANÇAS DAS ROTINAS FAMILIARES NA TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL	132
4.3 MANUSCRITO 3: INTERPRETAÇÕES DE FAMÍLIAS RURAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL	152
4.4 MANUSCRITO 4: ROTINAS DE CUIDADO À SAÚDE DE FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO APÓS UM DESASTRE NATURAL	170
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
REFERÊNCIAS.....	197
APÊNDICES	219
ANEXOS.....	233

INTRODUÇÃO

A temática do cuidado à saúde da família tem feito parte da minha formação profissional e acadêmica, cativando-me ainda na graduação e tomando maior relevância a partir da minha atuação, como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em uma comunidade rural de um município no Vale do Itajaí/SC. No período em que me dediquei à assistência de saúde, com o olhar voltado às necessidades das famílias, defrontei-me com diversas situações que me instigaram a conhecer e a compreender melhor o contexto rural no qual se dava o cuidado. Tais experiências assistenciais me inspiraram a desenvolver estudos com direcionamento para o cuidado à saúde de famílias rurais. Neste sentido, os conhecimentos construídos ao longo dessa trajetória vêm reforçando uma convicção na ideia de que a família é uma importante unidade de cuidado à saúde em todo o ciclo vital, com forças e fragilidades decorrentes da própria condição de ruralidade (MANFRINI, 2005).

Aproximações da saúde da família ao cuidado de enfermagem no contexto rural, específicas ao Sul do Brasil, são encontradas na literatura, porém, pode-se dizer que os avanços em pesquisas sobre este tema são ainda restritos e as publicações escassas para o conhecimento da enfermagem brasileira (FERNANDES; BOEHS, s/d). Os estudos já existentes trazem contribuições acerca das interfaces do cuidado e da relação com sistemas mais amplos à saúde das famílias rurais (SCHWARTZ, 2002), apontando que o cuidado profissional nestas áreas precisa buscar congruência às especificidades culturais e à complementaridade de saberes (BUDÓ, 2000), de forma que os enfermeiros consigam interpretar os aspectos socioculturais que envolvem os processos de doença, de sofrimento e morte (HECK, 2000), o que requer preparo na formação generalista da enfermagem.

As repercussões do ciclo vital à saúde de famílias rurais podem ser iluminadas por diferentes perspectivas, como a Teoria do Desenvolvimento da Família, que acredito auxiliar na compreensão dos processos familiares que permeiam os cuidados à saúde e à doença, de modo a instrumentalizar também a prática dos enfermeiros junto às famílias. O ciclo vital familiar, por sua vez, caracteriza-se pelas mudanças que acompanham as diferentes etapas de desenvolvimento, as quais podem constituir-se de transições esperadas e inesperadas. Segundo Eriksson e Lindström (2008), cada transição no contexto familiar é um período sensível e vulnerável a mudanças, todavia com

possibilidades para mobilizar recursos e habilidades de manejo do estresse, de modo a adquirir novas experiências de vida de uma maneira que promova a saúde.

Nas transições, rotinas e rituais familiares fornecem estabilidade em situações geradoras de estresse, conflitos e desorganização familiar (CARTER; McGOLDRICK, 1995). Dentre as transições inesperadas do ciclo vital, esta pesquisa focaliza os desastres naturais, que são acontecimentos frequentes na região do Vale do Itajaí/SC, nos quais são afetadas famílias residentes em áreas rurais e urbanas. No entanto, o interesse em especial neste tipo de transição inesperada está relacionado ao período posterior ao evento, quando na fase de recuperação das famílias. Diante disso, o objeto em estudo consistiu nas rotinas e rituais de famílias rurais, passado um ano da transição inesperada do desastre natural.

Acredita-se que ao conhecer as rotinas e os rituais familiares na transição do pós-desastre natural, vislumbrem-se novas possibilidades para a promoção da saúde e para o cuidado profissional às famílias, em longo prazo após os desastres. A promoção da saúde envolve o desenvolvimento pessoal e social através da informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, de modo que as populações (no caso, as famílias rurais) possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e meio-ambiente, sobre as políticas públicas e fazer opções para uma melhor saúde (BRASIL, 2002).

No Brasil, a promoção da saúde é entendida como uma das estratégias de produção de saúde e como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde, possibilitando ações voltadas às necessidades sociais. Dentro da perspectiva ampliada da saúde, defendida na Reforma Sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também nas Cartas de Promoção da Saúde, indivíduos e coletividades elegem opções de vida como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades de satisfazer suas necessidades, desejos, interesses, cujos processos de construção e de busca pela saúde se dão no próprio contexto de vida (BRASIL, 2007). Este movimento de indivíduos, famílias e comunidades promoverem a sua saúde reflete um ideário de resgate ou de busca da autonomia para as questões do cuidado à saúde, aliada às responsabilidades e a participação do Estado e de outros setores da sociedade. Na presente pesquisa, o enfoque da promoção da saúde é especialmente dado ao nível micro de cada unidade familiar que vivencia o pós-desastre e suas relações o macro-contexto.

Pesquisas da Enfermagem apontam que rotinas e rituais

representam processos da unidade familiar, associados às dinâmicas individuais e imbuídos no contexto cultural de vida. Além disso, rotinas e rituais se correlacionam tanto ao desenvolvimento familiar, quanto ao desenvolvimento individual, revelando-se uma maneira útil de identificar processos estressantes ao longo do ciclo vital e uma oportunidade para o fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento, com vistas a resultados positivos de saúde (DENHAM, 2003; 2003a). Estudos brasileiros que abordaram as rotinas diárias de cuidado em famílias urbanas revelam que elas ajudam a reconhecer as necessidades de cuidado individuais, como a manutenção ou a modificação de rotinas na situação de doença ou de riscos à saúde das crianças (JORGE, 2007). Mães que necessitam trabalhar para prover sozinhas ou para ajudar no sustento da família, principalmente pela condição de baixa renda, tendem a contar com a participação ativa da rede de apoio na rotina de cuidado às crianças (BOEHS; GRISOTTI; AQUINO, 2007).

A literatura enfatiza que as rotinas familiares sofrem o impacto de desastres naturais, cujo evento de vida tem consequências duradouras à saúde dos membros mais vulneráveis, como as crianças. Para Coffman (1998), os efeitos do desastre sobre a criança começam a aparecer dentro da estrutura diária, quando as rotinas das quais depende são afetadas ou rompidas, e esclarece que, quanto antes os pais conseguem restaurar as rotinas, menos severas tendem a ser as respostas dos filhos à situação. Adicionalmente, Wells (2006) refere que, no pós-desastre, as rotinas familiares são rompidas, alguns papéis podem ser alterados e há um misto de emoções sentidas por toda a família, além da adaptação a uma variedade de perdas. A experiência do desastre intensifica os laços entre os membros da família, que opera imediatamente como uma unidade, preocupando-se primeiramente com a segurança dos membros (WOODING; RAPHAEL, 2004).

Certamente, desastres naturais são frequentes nas várias partes de mundo e, por este motivo, constituem-se em um assunto global que reflete também as preocupações crescentes frente às tendências de mudanças climáticas, assim como as deficiências e carências no setor da saúde ao planejamento de desastres naturais. De acordo com o Anuário Estatístico de Desastres, no ano de 2010 houve um total de 385 desastres naturais, em que morreram mais de 297.000 pessoas em todo o mundo, tendo afetado mais de 217 milhões de outras pessoas. O número de desastres ocorrido só no ano de 2010 se aproximou do total de grandes desastres notificados durante o período de 2000 a 2009 (um total de 387), o que nos faz pensar nos impactos destes fenômenos à saúde das populações (GUHA-SAPIR; VOS; BELOW; PONSERRE, 2011). Na

América Latina, a preocupação com os impactos nas zonas rurais amplia-se pelos problemas de pobreza, dos recursos limitados, da falta de acesso a serviços de saúde e da degradação do meio-ambiente, refletindo-se na vulnerabilidade destas populações frente aos desastres (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

Entretanto, é preciso reconhecer que a ocorrência cada vez mais frequente dos desastres denominados naturais reflete os danos ambientais provocados pela ação do ser humano ao longo dos anos, subentendendo-se tais eventos como socialmente construídos. O tipo de ocupação desenfreada e não planejada, a degradação da natureza e a despreocupação com ações e políticas de promoção de ambientes sustentáveis são causas que envolvem tanto as populações urbanas quanto as rurais em desastres.

No ano de 2008, o excesso de chuvas inundou a maioria dos municípios do Vale do Itajaí/SC, provocando uma das maiores tragédias já ocorridas na região. Especialmente, em uma localidade rural, houve um grande número de famílias que teve suas moradias destruídas pela enchente e os deslizamentos de terra, permanecendo abrigadas durante os meses subsequentes, em locais públicos ou na casa de familiares. Ademais, o desastre inviabilizou a manutenção de empregos locais que se constituíam em fonte de renda e os prejuízos nas propriedades agrícolas afetaram os pequenos agronegócios que garantiam o sustento das famílias. No entanto, a ocorrência súbita e imprevista do evento teve como consequência mais trágica as mortes de pessoas e, inclusive, de núcleos familiares inteiros.

Tal evento causou grande impacto na região e repercutiu na mídia nacional, promovendo a mobilização de doações e de recursos para suprir as necessidades imediatas dos sobreviventes. As primeiras notícias e imagens divulgadas do pós-desastre foram comoventes, chamando-me a atenção as histórias das famílias apresentadas em meio aos improvisos dos abrigos e nas expressões de sofrimento das pessoas em tentar recuperar o que foi perdido, limpar a sujeira que ficou e reconstruir. As reportagens traduziam o esforço gradativo das famílias para normalizarem suas rotinas após o desastre, da mesma forma que retratavam o lento processo de recuperação, os entraves políticos e de gestão da situação em longo prazo. Porém, mais recentemente têm sido noticiadas algumas iniciativas e projetos implementados para a redução dos riscos de desastres e para o planejamento e a prevenção, em áreas mais propensas no Vale do Itajaí.

Os serviços de saúde da referida localidade rural foram igualmente prejudicados, e temporariamente interrompidos, até a

recuperação das estruturas físicas das Unidades de Saúde. A equipe de saúde da família prestou atendimento nos abrigos e necessitou também de adaptações para responder à demanda de cuidados. Os profissionais observaram que após o evento houve o aumento expressivo da medicalização com psicotrópicos à população adulta e jovem, manifestando o medo da ocorrência de novos desastres e a insegurança posteriormente latente na comunidade. Além disso, a baixa procura para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores, em virtude dos percalços temporários para o funcionamento da sala de vacinas e ao trabalho dos agentes comunitários de saúde. Neste sentido, as informações concedidas pela equipe de saúde da localidade, assim como a convivência cotidiana na região após o desastre, provocaram uma aproximação empírica com esta realidade, propondo-me conhecê-la, através desta pesquisa com famílias rurais na presença de crianças.

A investigação do problema anteriormente contextualizado e justificado pressupõe que as famílias rurais com crianças, atingidas no desastre natural ocorrido em 2008 tiveram suas rotinas e rituais de cuidado afetados no pós-desastre, bem como, as suas relações com o ambiente externo de cuidado.

Assim, a problemática confluiu para a seguinte pergunta de pesquisa: como as famílias rurais interpretam suas rotinas e rituais de cuidado para a promoção da saúde, na transição do pós-desastre?

Para responder a esta questão norteadora, definiu-se como **objetivo** do presente estudo:

- compreender como as famílias rurais interpretam as rotinas e os rituais de cuidado para a promoção da saúde na transição inesperada do pós-desastre no Vale do Itajaí/SC.

Por acreditar que as rotinas e os rituais de cuidado e de promoção da saúde de seus membros são elementos da vida diária influenciados pelos recursos internos e externos de cada família no contexto rural, os quais podem ser afetados ao longo do seu desenvolvimento e também em transições inesperadas por desastre natural, defendo a **Tese**:

Rotinas e rituais de cuidado familiar são afetados ao longo da transição inesperada do pós-desastre e podem ser adaptados, modificados ou recuperados para a promoção da saúde da unidade familiar e de seus membros. As relações com o ambiente externo da família têm influência na promoção da saúde e oferecem suporte social e estabilidade durante a transição inesperada.

Este trabalho está sendo apresentado no novo formato de disponibilização de teses de doutorado do Programa de Pós-graduação

em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 (Anexo A). Deste modo, prosseguindo a este primeiro capítulo em que lhes foi apresentado o tema e o problema de pesquisa, as justificativas e o objetivo, a presente tese constitui-se ainda de mais quatro capítulos. O segundo capítulo traz as contribuições de estudos originários e mais atuais sobre o referencial das Rotinas e Rituais Familiares, o qual fornece a sustentação teórica nesta pesquisa. A metodologia e o referencial filosófico são apresentados no terceiro capítulo. Em seguida, no quarto capítulo, é exibido o manuscrito referente à revisão da literatura sobre família e enfermagem no pós-desastre natural, além dos resultados da pesquisa, a partir de outros três manuscritos que os compuseram. No quinto capítulo, são tecidas as considerações finais, apresentando as descobertas desta pesquisa, suas limitações e as recomendações para a assistência, o ensino e a pesquisa em Enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o referencial teórico das Rotinas e Rituais Familiares, no qual está embasada esta pesquisa. Partiu-se da busca por estudos de autores chaves encontrados na checagem manual de artigos impressos e livros sobre Rotinas e Rituais Familiares, e também por publicações levantadas nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). Utilizou-se da estratégia de pesquisa integrada para a seleção de artigos com os termos “*family routines*”, “*family rituals*”, “*rituals*”. Algumas publicações estavam disponíveis com texto completo nas bases de dados e outras foram obtidas pelo serviço bibliotecário de comutação (COMUT).

O referencial teórico das Rotinas e Rituais Familiares representa a linha estruturalista, uma vez que faz uso do conceito de *estrutura* (ABBAGNANO, 2003), relacionado à organização da vida familiar. Contudo, evitando qualquer controvérsia epistemológica, salienta-se que a escolha do interpretativismo baseado em Clifford Geertz, conforme é apresentado no capítulo seguinte, representa a perspectiva analítica e metodológica que norteou o olhar da pesquisadora para a compreensão das experiências das famílias imbuídas nos processos estruturais de suas vida diárias no pós-desastre.

2.1 ORIGEM DOS ESTUDOS

Em 1950, os sociólogos James H. S. Bossard e Eleanor S. Boll publicaram seu trabalho intitulado *Rituals in Family Living* (Rituais na Vida Familiar), resultado de um longo estudo no qual concluíram que rituais familiares são fortes organizadores e representam o cerne da vida familiar, dando suporte à sua estabilidade durante os períodos de estresse e transição (BOSSARD; BOLL, 1950). Nesse estudo, eles forneceram a mais completa descrição de um conjunto de rotinas familiares que relatam as regularidades no comportamento familiar. Os autores ainda identificaram que cada família constrói suas próprias rotinas e que fornecem uma matriz estrutural em torno da qual as atividades familiares são organizadas. Os requisitos para a organização interna parecem aumentar proporcionalmente com o crescimento da família, dando a idéia de que as rotinas podem ser alteradas ao longo do ciclo de vida familiar.

Bossard e Boll também sugerem que houve mudança na organização dos rituais ao longo do tempo, historicamente com a Revolução Industrial, quando as famílias reorganizaram suas vidas diárias de acordo com mudanças nos padrões de trabalho fora de casa. Eles apontam que, do início do século XX até o final de 1940, os rituais mudaram de práticas predominantemente religiosas para práticas seculares; de rituais de reuniões em grande grupo para reuniões em pequeno grupo; de um grupo social estável para um grupo mais móvel que preserva suas conexões com o passado, de rituais consequentes à lógica das famílias contemporâneas considerando as mudanças na sua organização de família centrada no adulto para a família centrada na criança e na individualização da vida familiar, ou seja: de uma definição comunitária para uma definição democrática das relações; e de uma mudança da família cercada de vizinhança para a família isolada em ambiente urbano, que parece caracterizar rituais familiares até o século XXI (FIESE, 2006). Estas observações históricas iluminam a ideia de uma inter-relação dos processos familiares, no caso com foco sob os rituais e rotinas, e o contexto histórico, social e cultural em que estão imersos. Ademais, o tempo é também co-determinante, permeando os processos de mudança da família na sociedade.

A partir da década de 1950, pesquisadores sociólogos, antropólogos e clínicos, especialmente da área de psicologia, têm buscado compreender como as famílias e suas práticas diárias são afetadas sob condições de estresse familiar, como na situação de doenças crônicas. O foco dos estudos nessa época se voltava para a influência de eventos estressantes e o desenvolvimento de doenças ou deficiências mentais em indivíduos. Porém, estudos mostraram controvérsias quanto a tal relação, ao revelarem que, mesmo sob condições estressantes, muitos indivíduos não desenvolveram doenças psiquiátricas, enquanto que outros adoeciam sob condições ausentes de formas reconhecíveis de estresse psicológico ou social. As referidas observações levaram estudos, na década de 1970, a explorar a hipótese da bidimensionalidade entre determinantes psicossociais da doença, no caso, o estresse que aumenta a susceptibilidade a doenças, e o suporte social que protege e age como mediador entre a experiência estressante e a doença. Estes contribuíram para a evolução de abordagens na linha da epidemiologia social da doença (BOYCE et al., 1983).

Boyce et al. (1977) desenvolveram um dos primeiros estudos nesta linha, salientando que efeitos negativos de mudanças de vida podem alterar rotinas habituais, com maior impacto em famílias muito ritualizadas. No caso de tal estudo, verificaram que crianças

acostumadas com uma vida muito rotinizada são relativamente mais estressadas do que protegidas pelas rotinas de suas famílias, e quando combinadas a mudanças de vida, tiveram aumento inesperado na severidade de suas doenças respiratórias. Para os mencionados autores, a previsibilidade e a continuidade das rotinas diárias podem operar como um aspecto da estrutura familiar que interfere nas mudanças negativas e na saúde. Esse estudo também contribuiu para o desenvolvimento e posterior validação de um instrumento padronizado para medir e avaliar o grau de rotinização familiar, denominado *inventário de rotinas* (BOYCE et al., 1983), o qual foi utilizado e referenciado em estudos das décadas seguintes.

Os estudos de rotinas e rituais familiares partem da premissa de que algum grau de regularidade comportamental é uma característica quase universal das famílias e que a continuidade para o atendimento das necessidades dos membros representa uma dimensão crítica na ligação entre a experiência social e a saúde (BOYCE et al., 1983). A ideia de continuidade e estabilidade na vida familiar parte das rotinas como meio por onde uma família é capaz de fomentar a noção de permanência entre seus membros. A continuidade representa um importante princípio conector para o entendimento do múltiplo e variado fenômeno conhecido como suporte social. As rotinas familiares sustentam a consciência de estabilidade e permanência das famílias, constituindo-se em fator de intervenção nas suas respostas coletivas ou individuais ao estresse.

O estudo de Sprunger, Boyce e Gaines (1985) mostra os efeitos benéficos que acompanham a previsibilidade e a consistência na vida familiar, com a ideia de que a incongruência de estilos comportamentais entre bebê e família prevê dificuldades no ajustamento e adaptação entre si. Segundo os resultados desse estudo, há associação positiva entre a ritmicidade da família e o senso de competência dos pais e as rotinas familiares consistentes com as habilidades parentais.

Ainda na década de 1980, Reiss (1981 apud FIESE et al., 2002) propôs que famílias criam rituais e cerimônias que integram as relações familiares e fornecem coerência, situando-as no tempo e no espaço. O autor também identificou que tais rituais podem ser levados e mantidos ao longo das gerações de formas distintas nestas famílias. Estudos subsequentes como o de Steinglass et al. (1987 apud FIESE; WAMBOLDT, 2000) ofereceram uma discussão ampliada da criação da identidade familiar através dos rituais e rotinas, com o olhar sobre como o problema do alcoolismo invade a vida familiar e rompe rotinas, empobrecendo rituais e caracterizando o modo de viver destas famílias.

É significativo entender a natureza simbólica e repetitiva dos rituais na vida familiar, porque promove a noção coletiva da família e da sua identidade, clarificando suas funções, delineando as fronteiras internas e externas e definindo as tarefas entre os membros para que se reconheçam como família (WOLIN; BENNETT, 1984).

Identidade e significado simbólico são dimensões centrais dos rituais e dão noção de continuidade ao longo das gerações, assim como a prática regular e significativa de rituais desenvolve o próprio senso de identidade dos adolescentes e sentimentos de continuidade com o grupo, conforme menciona Fiese (1992). Neste aspecto, o acordo ou o desacordo entre pais e filhos com relação a tais dimensões dos rituais influencia positiva ou negativamente na relação do adolescente quanto à sua identidade e quanto a sentimentos de amor, integração, alienação e auto-estima.

A função protetora dos rituais é revelada nos estudos, sobretudo naqueles que enfatizam os processos de ruptura dos rituais e rotinas. Em famílias com problemas crônicos como o alcoolismo de algum dos membros (BENNETT et al., 1987; FIESE, 1993a), rotinas e rituais podem estar relacionados com o risco de desenvolvimento de padrões problemáticos e sintomas pelos filhos ou a recorrência deles nas gerações futuras. No entanto, enquanto algumas famílias mantêm seus comportamentos rituais apesar do estresse sob o impacto do alcoolismo, outras não conseguem manter seus rituais sob condições de estresse semelhantes. O alcoolismo pode levar a uma potencial mudança e se tornar a força organizadora ao invadir a vida familiar e romper o comportamento ritual normal da família, elevando os riscos de transmissão do alcoolismo (WOLIN; BENNETT; NOONAN, 1979). No estudo de Fiese (1993a), adolescentes que cresceram em famílias na presença de um dos pais alcoolista perceberam menor significado dos rituais, como a hora do jantar, o final de semana e as férias familiares, levando a maior vulnerabilidade destes filhos a sintomas de ansiedade. Entretanto, em ambos os estudos, quando pais e filhos adolescentes conseguem manter os significados associados a alguns rituais ou preservar alguns rituais distintos, favorecem a condição de proteção na transmissão do alcoolismo. Recorrentes rupturas de rituais e rotinas, especialmente o café da manhã, o jantar, hora de ir para a cama, as atividades de lazer, o contato social e algumas celebrações anuais, foram também encontradas em famílias com crianças escolares, entre diferentes fases do ciclo do alcoolismo (HAUGLAND, 2005). Estas rupturas foram tipicamente consideradas quanto à participação dos pais nos rituais e rotinas, às funções parentais e à responsabilidade, à

qualidade afetiva dos rituais e ao clima geral da família. Em algumas das famílias, a mãe assume uma função compensatória pela ausência e falta de responsabilidade do pai, visto que a ruptura e a perda na qualidade afetiva de rituais representam uma mudança importante para as crianças. A ruptura das rotinas interfere na organização familiar, tornando a experiência da criança e família imprevisível e incontrolável ao longo dos ciclos da doença. O grau de previsibilidade experienciada pelas crianças depende do nível de ruptura dos rituais e rotinas, da comunicação e compreensão da criança sobre o abuso de álcool dos pais.

Sob a mesma perspectiva, em famílias de crianças com asma crônica, os rituais podem exercer função protetora e significados associados a baixos níveis de ansiedade, em contextos de múltiplos estresses na vida familiar e de riscos à saúde das crianças (MARKSON; FIESE, 2000). Segundo as autoras desse estudo, sob condições de múltiplos estressores, os rituais são um caminho para as famílias estabilizarem suas vidas e promoverem a continuidade, com melhores respostas aos estressores. Os estudos citados acima exemplificam as importantes funções que rituais e rotinas exercem sobre a organização da vida familiar e intergeracional e as implicações sobre a saúde dos membros quando há situações que conflitam em rupturas ou perda da previsibilidade e de significado.

A partir da década de 1990, estudos acerca de rituais e rotinas foram desenvolvidos na Psicologia, influenciando também estudos na área da Enfermagem com interesse nos processos que promovem a saúde da família. Nessa época, destacam-se as publicações de Barbara H. Fiese, da área de Psicologia e Terapia Familiar, a qual contribuiu com a elaboração e validação de um *questionário de rituais familiares* (FIESE; KLINE, 1993). Tal instrumento se tornou referência e foi amplamente utilizado em vários desenhos de pesquisa desenvolvidos posteriormente.

Na Enfermagem, o pioneirismo nos referidos estudos se deu à enfermeira norte-americana Sharon Denham, que procurou aproximar rotinas e rituais familiares à prática do cuidado de enfermagem. Na menção de Denham (1995), rotinas familiares são pouco consideradas pelas enfermeiras, mas podem ajudar no diálogo com as famílias sobre seus cuidados à saúde e o acesso usual às práticas de saúde; pode contribuir na identificação do impacto de estressores da vida e determinar os modos de intervir para o enfrentamento da família e a promoção de estilos de vida saudáveis.

Ela desenvolveu uma sequência de três etnografias com famílias

Appalachian, cuja síntese dos resultados contribuiu para a elaboração do *Modelo de Saúde da Família* (DENHAM, 2003; 2003a), apoiada também nos estudos e autores anteriormente citados. Sua ênfase é sobre as influências culturais nos rituais e rotinas familiares, e sua relação com a saúde e a doença. O interesse nas três etnografias girou em torno de como famílias Appalachian, do sudeste de Ohio (EUA), definiam e praticavam a saúde da família nos seus domicílios. O primeiro estudo dissertou a respeito de famílias rurais Appalachian com crianças pré-escolares, cujos resultados foram bastante pertinentes à compreensão de sua saúde durante períodos de transição e com desvantagem econômica (DENHAM, 1999). O segundo estudo explorou como famílias definiam a saúde durante o cuidado de algum de seus membros em processo de morrer, e enquanto viviam a perda. Os resultados mostraram padrões de saúde dos indivíduos de várias gerações e a transferência de rotinas de saúde da família ao longo do tempo (DENHAM, 1999a). O terceiro estudo avaliou como é definida e praticada a saúde em domicílios de famílias com menor condição econômica e revelou a interferência de alguns fatores na saúde da família, principalmente para acesso a serviços na situação de doença e obtenção do seguro de saúde (DENHAM, 1999b).

Na menção da autora, rituais e rotinas familiares fornecem modos inovadores para avaliar crenças de saúde, discutir conhecimentos de saúde, observar comportamentos de saúde individuais e familiares, além de propiciar um meio de explorar similaridades e diferenças dentro e entre famílias. “Rituais e rotinas familiares são áreas da vida familiar por onde enfermeiras podem avaliar necessidades culturais e oferecer intervenções culturalmente sensíveis” (DENHAM, 2003b, p. 325).

No Brasil, estudos de rituais e rotinas na Enfermagem são ainda escassos, destacando-se como primeiros registros a pesquisa de Boehs, Grisotti e Aquino (2007), que investigou as rotinas de famílias de mães que enfrentam o mercado de trabalho, com filhos lactentes, e que utilizam a Unidade Básica de Saúde de um município no Sul do Brasil. O subsequente estudo realizado por Jorge (2007; JORGE et al., 2009) trouxe contribuições sobre as rotinas de famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional, participantes de um Programa de Suplementação Alimentar, no município de Florianópolis (SC), onde as práticas de cuidado à saúde das crianças eram influenciadas pela baixa renda em estruturas familiares heterogêneas. O estudo de Silva et al. (2010) sobre rotinas de famílias ribeirinhas, geograficamente isoladas na Amazônia, contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento de aspectos metodológicos em pesquisa qualitativa, mediante a elaboração de um

instrumento de investigação, o *Questionário de Rotinas Familiares*, utilizado para coletar dados de rotinas de famílias e de um modelo ilustrativo de organização dos resultados, o qual denominaram de *Diagrama de Atividades Familiares*.

Neste sentido, a presente proposta de pesquisa se apoia nas ideias que sustentam o referencial dos rituais e rotinas familiares ao longo dos anos, reforçando a premissa da noção de estabilidade e continuidade que as rotinas e rituais fornecem à família em situação de estresse ou de transição desenvolvimental, influenciando no modo com que promovem sua saúde e a de seus membros.

2.2 DEFINIÇÕES E ELEMENTOS DE ANÁLISE DOS RITUAIS E ROTINAS FAMILIARES

A literatura consultada oferece definições de rituais e de rotinas familiares, as quais são apresentadas nos itens seguintes, bem como, os elementos que os compõem e os diferencia, teoricamente.

2.2.1 Rituais familiares

Teóricos da antropologia, da sociologia e de outras áreas concordam que rituais envolvem um componente prático em termos da organização comportamental de um grupo e um componente simbólico que fomenta a identidade do grupo e o significado das ações (FIESE et al, 2002). A ênfase nos símbolos reforça a natureza simbólica dos rituais, descrevendo uma estrutura profunda das relações familiares. Os rituais “afirmam a realidade de significados abstratos da vida diária e definem a continuidade da experiência entre passado, presente e futuro” (CHEAL, 1988, p. 638 apud FIESE, 2006, p.10). Esta noção do simbólico e a análise sobre as performances culturais expressadas na multiplicidade de formas rituais (ritos sagrados ou religiosos, formas de entretenimento e processos políticos) caracterizam a antropologia contemporânea, enquanto que em décadas anteriores os antropólogos se limitavam a estudar rituais e cerimônias coletivas relacionadas a eventos religiosos que ocorriam na vida das sociedades simples e primitivas (LANGDON, 2007).

O antropólogo Victor Turner originalmente definiu ritual como

“comportamento formal prescrito para ocasiões não determinadas durante rotinas técnicas, tendo referência a crenças em seres místicos ou poderes” (1967, p. 19 apud VIERE, 2001, p. 285). Eventos rituais são entendidos como parte dos “dramas sociais” que se caracterizam por fluxos contínuos na vida social, os quais abalam o equilíbrio e instalam uma ameaça ou crise à continuidade do grupo, demandando uma resolução ou restauração. O equilíbrio social é continuamente interrompido pelos dramas sociais, nos quais os conflitos ocorrem em torno de figuras sociais (TURNER, 1967 apud LANGDON, 2007).

Na área da terapia familiar, a definição de rituais foi inicialmente introduzida por Palazzoli (1974) como ações acompanhadas por formulações verbais que envolvem toda a família e que consistem numa sequência de passos realizados num tempo e espaço corretos. Combinando tais perspectivas, Lind (2004) afirma que os rituais podem manter e criar a estrutura social para o indivíduo, família e comunidade, bem como contribuir para manter e criar uma visão de mundo.

Wolin e Bennett (1984) definiram rituais familiares como uma forma simbólica de comunicação que, devido à satisfação que os membros da família experienciam com a sua repetição, é considerada num modelo sistemático ao longo do tempo. Pelo seu significado especial e natureza repetitiva, rituais contribuem significativamente para o estabelecimento e a preservação da identidade familiar. Além disso, os rituais familiares fornecem informação sobre as relações, mudanças, o modo como as crises e a informação afetam as necessidades da família, os valores e crenças dos membros, e os meios que celebram suas vidas diárias. (IMBER-BLACK; ROBERTS, 1992 apud DENHAM, 2002). Os estudos da enfermagem nesta linha também se pautaram nas definições anteriormente descritas.

A partir de observações e entrevistas em seu estudo com famílias, Wolin e Bennett (1984) identificaram uma tipologia dos rituais que se distingue em três categorias: celebrações familiares, tradições familiares e interações familiares padronizadas. As *celebrações* são rituais amplamente praticados em torno de eventos celebrados ou partilhados na cultura das famílias. São exemplos as celebrações anuais ou religiosas (Natal, Páscoa), celebrações seculares (passagem de Ano Novo, Carnaval, Dia dos Pais, etc), celebrações sazonais que podem ser específicas a determinadas culturas (festa da colheita, do vinho, etc). Os ritos de passagem também são considerados rituais de celebrações do ciclo de vida familiar, e geralmente se constituem em marcos ou em mudança geracional (como o nascimento, adoção, batismo, primeira comunhão, formatura, funeral, etc). As *tradições familiares* são menos

específicas em termos da cultura e mais idiossincráticas para cada família. São moderadamente organizadas quando comparadas às celebrações e não têm periodicidade anual ou ritos de passagem padronizados, embora aconteçam com certa regularidade em algumas famílias. São exemplos: aniversários, férias, visitar alguém da família ampliada, etc. *Interações familiares padronizadas* são rituais menos intencionais e mais secretos (pouco percebidos ou planejados pelos participantes), menos padronizados quando comparados às celebrações e tradições familiares, alterando-se com mais frequência ao longo do tempo. A regularidade de tais rituais caracteriza-os como rotinas, a exemplo, as rotinas das refeições, a hora de dormir, as atividades do final de semana, dentre outras (WOLIN; BENNETT, 1984; VIERE, 2001; LIND, 2004). A prática destas diferentes atividades e o significado simbólico atribuído a cada uma delas ajudam na compreensão da organização da vida familiar.

O ritual ainda pode ser explorado quanto ao seu processo, ou seja, à maneira que acontece ao longo do tempo na vida familiar. Transições normativas (ou esperadas) do ciclo vital familiar são geralmente acompanhadas da participação de rituais que facilitam estas passagens. No entanto, indivíduos e famílias podem se deparar com transições idiossincráticas (ou inesperadas), as quais não são marcadas por rituais repetitivos ou aceitos para facilitar as mudanças necessárias e para unir indivíduo, família e comunidade nesse processo social. Em circunstâncias desenvolvimentais como as transições inesperadas, famílias podem interromper ou abandonar alguns rituais que contribuem para a sua coesão e identidade, especialmente quando esses rituais provocam lembranças dolorosas e requerem rearranjos nos relacionamentos (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

De acordo com alguns autores, o ritual é composto de três propriedades principais: a *transformação* se refere ao período que antecede o ritual, como exemplo, a fase de planejamento das férias, ou a compra dos ingredientes para o jantar no feriado (DENHAM, 1995). Serve como uma preparação da casa e dos participantes para a performance, consistindo num período de transição ou de passagem do não ritual para o ritual, o que parece ser mais dramático em ritos de passagem, onde as transições são formalmente prescritas e simbolicamente executadas (WOLIN; BENNETT, 1984). A *comunicação* converge com o estágio dinâmico do ritual, estimulando o envolvimento emocional, o engajamento e a interação dos participantes, de forma diferente do que acontece em eventos não ritualizados (DENHAM, 1995). A comunicação permite libertar os afetos durante a

performance dramática do evento ritual que difere no tom dos sentimentos na transação que ocorre ao curso dos eventos não ritualizados. Todavia, a comunicação afetiva difere da comunicação simbólica, uma vez que a família utiliza muitos símbolos na sua performance ritual, através dos comportamentos (WOLIN; BENNETT, 1984). A *estabilização* é propiciada pela previsibilidade que os eventos rituais garantem à estrutura familiar ao longo do tempo, no “aqui e agora”, na ligação com o passado, o presente e o futuro. A noção de continuidade entre passado e presente pode ser visível quando alguns símbolos são utilizados. A família cresce na sua própria performance do ritual e, particularmente, cada família encontra um equilíbrio da espontaneidade e intencionalidade entre o original e o familiar (WOLIN; BENNETT, 1984).

A performance dos rituais varia de uma família para outra e entre gerações, em função de dimensões que incluem o compromisso para o uso do ritual no estabelecimento e na manutenção da identidade familiar, e a habilidade de adaptar rituais de uma fase desenvolvimental para outra. Através destas dimensões é possível determinar os níveis gerais de ritualização da família, as quais também podem ser consideradas funções distintas dos rituais. Wolin e Bennett (1984) distinguiram estilos familiares quanto ao nível de ritualização.

Famílias com *elevado nível de compromisso* para ritual são fortemente ligadas ao passado e têm alta padronização de eventos em inúmeras áreas da vida familiar, com cuidadoso planejamento e execução elaborada. Tanto fatores internos quanto externos à família podem promover o forte compromisso para o ritual. Internamente, há uma pressão sobre os indivíduos quanto à noção de controle e constância e, externamente, estas famílias são mais prováveis a mostrar forte identificação com o grupo comunitário, étnico ou religioso. Este elevado compromisso preserva a estrutura ao longo das gerações e a hierarquia das posições familiares é cuidadosamente observada, assim como as funções. O risco deste tipo de ritualização está no potencial em tornar os rituais vazios e falsos, onde os participantes continuam a agir, mas o significado é perdido. Tal situação pode ocorrer quando a família falha na adaptação dos rituais às mudanças desenvolvimentais entre os membros. Os rituais têm função importante no ciclo vital familiar por favorecer o encontro intergeracional e promover a continuidade (WOLIN; BENNETT, 1984).

Em famílias com *baixo nível de compromisso* para ritual, há orientação no presente quanto à importância dos rituais, com pouca referência do passado e breve perpetuação que reflete planos modestos

para o futuro. Nestas famílias, as fronteiras geracionais são menos precisas, as funções e o poder na hierarquia, igualmente divididos. Os rituais estabelecidos podem ter pouca força simbólica e, dependendo das necessidades familiares, alguns rituais podem ser facilmente dissolvidos. Em situação extrema, estas famílias evidenciam mínima noção de identidade como grupo (WOLIN; BENNETT, 1984).

As famílias flexíveis, por sua vez, demonstram graduais modificações no modo como percebem os rituais por responderem às suas necessidades desenvolvimentais e serem capazes de adaptá-los sem necessariamente alterar o valor dos rituais, mantendo o significado simbólico intacto (WOLIN; BENNETT, 1984).

Outras *dimensões* dos rituais emergiram dos estudos de Fiese (1992, FIESE; KLINE, 1993) que constituíram o questionário de rituais familiares, por meio do qual puderam ser medidos e comparados entre famílias: acontecimento (como a atividade ocorre), funções (atribuição de funções, obrigações durante a atividade), rotina (regularidade em que a atividade é conduzida), presença (expectativas se a presença é obrigatória), afeto (investimento emocional na atividade), significado simbólico (apego a significados para a atividade), continuação (perseverança da atividade ao longo das gerações) e intencionalidade (preparação antecipada e planejamento associado à atividade).

Rituais e rotinas, por sua vez, podem ser contrastados em torno das dimensões de comunicação, compromisso e continuidade. Enquanto as rotinas envolvem comunicação instrumental para a transmissão das necessidades a serem satisfeitas, com linguagem direta que implica ação e inclui designar funções, os rituais envolvem comunicação simbólica e linguagem densa em significados para os membros. Nas rotinas, o compromisso é momentâneo e são associadas à memória episódica, ou seja, a ação se completa logo após o pensamento, no fluxo ininterrupto da vida diária. Já nos rituais o compromisso é afetivo e promove sentimentos de continuidade e de pertença, cuja memória está presente antes e após o evento. As rotinas são repetidas todo o tempo, com pouca alteração, e podem ser observadas por outros, contrariamente, os rituais podem ter partes abertas e fechadas, partilhadas entre os membros ao longo das gerações, investindo na continuidade do modo de ser da família. Deste modo, quando rotinas são rompidas, a família pode reagir com insatisfação ou aborrecimento (por exemplo, esquecer de passar no mercado após o trabalho e não ter pão para o lanche da tarde), enquanto que, quando rituais são rompidos, a coesão do grupo é ameaçada. (FIESE, 2006).

A cultura é um importante aspecto a ser considerado por

influenciar e distinguir rituais e rotinas de família para família, ou de geração para geração. A variação entre as culturas permite uma multiplicidade de símbolos e de significados dos rituais, o conteúdo dos ritos de passagem, assim como, no modo de interpretar o mundo, de organizar a sua vida e praticar a saúde. Ao passo que o contexto cultural afeta os membros da família no curso de suas vidas, os rituais associados parecem ser relativamente estáveis, em virtude dos membros procurarem aderir a comportamentos que satisfazem mutuamente. De todo modo, Denham (2003) sugere que a relação entre cultura, rituais e rotinas familiares e as práticas de saúde na família ainda precisa ser mais bem elucidada.

2.2.2 Rotinas familiares

Rotinas familiares foram inicialmente definidas por Boyce, Jensen, James e Peacock (1983, p. 198) como “comportamentos observáveis, repetitivos que envolvem dois ou mais membros da família e que ocorrem com regularidade previsível no curso de vida familiar”. As rotinas oferecem uma integridade estrutural para a vida familiar, funcionam como unidades de comportamento e representam símbolos de coesão, operando como rituais pelos quais a identidade familiar é recorrentemente afirmada. Diante disto, é esperado que as rotinas sirvam de proteção à saúde e bem-estar dos membros da família, especialmente por promoverem estabilidade, continuidade, fortalecimento, solidariedade e coesão familiar nos períodos estressantes, como nas fases de transição. A rotinização familiar surge como um importante recurso comportamental, através do qual o estresse das mudanças de vida é absorvido e a ocorrência de doença é evitada ou diminuída (BOYCE et al., 1983).

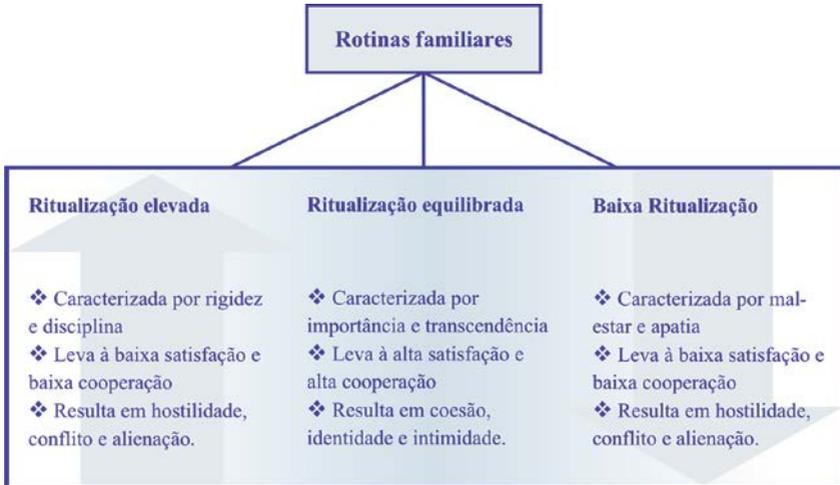
Toda rotina tem potencial para iniciar um ritual, desde que mova de uma ação instrumental para uma ação simbólica (FIESE et al, 2002). Ainda que haja um estreitamento entre estas formas comportamentais ou de interação familiar, há de se considerar a diferença entre rotinas e rituais. O estudo de Segal (2004) exemplifica este movimento do significado instrumental para a ação simbólica, quando mostra, a partir de narrativas de cinco famílias, que rotinas da manhã são estabelecidas para que elas alcancem suas metas, aliadas às demais atividades e ocupações ordenadas para o período do dia. No entanto, para alguns membros, a questão de como são realizadas as rotinas é considerada

uma meta relegada de valor, ou seja, foi adicionado um conteúdo simbólico na rotina da manhã e esta foi construída como um ritual da manhã.

Um elemento que constitui e que, ao mesmo tempo, diferencia as rotinas dos rituais familiares se refere à predisposição biológica do ser humano quanto ao ritmo circadiano, pelo qual uma série de atividades se repete de forma cíclica no período de 24 horas (BOYCE et al., 1983). Neste aspecto, o caráter estrutural das rotinas as torna mais visíveis e descritíveis, possibilitando conhecer os modos com que as pessoas ou famílias organizam suas práticas de cuidado e processam as informações, conhecimentos e experiências de saúde (DENHAM, 1999; 1999a; 1999b; 2002).

As rotinas familiares possuem aspectos definidos por um conjunto de requisitos e variáveis características. Os requisitos de espiritualidade, etnicidade e herança cultural, presentes de forma implícita ou explícita na vida familiar e ao longo das gerações, provêm das próprias relações entre os membros. As variáveis que caracterizam as rotinas incluem o *comportamento* que se refere às ações, reações e comportamentos conduzidos ou condicionados dentro das famílias; as *tradições* pelas quais são transferidos costumes e práticas entre as gerações; os *valores* emergem nas rotinas e são carregados de crenças, experiências e atitudes sob padrões construídos, transmitidos ou modificados na família; os *padrões* se constituem em ações regulares e consistentes nas diversas circunstâncias da vida; e o *ritual* que através da prática e do significado simbólico envolve a história familiar cultural, étnica e espiritual (DENHAM, 1995). A complexidade que compõe a morfologia das rotinas familiares permite uma compreensão aprofundada dos elementos que integram as interações familiares.

As rotinas podem ser classificadas de acordo com o nível de ritualização, apresentando-se sob ritualização elevada, ritualização equilibrada ou baixa ritualização (DENHAM, 1995). A figura 1 mostra as características de cada nível e seus resultados nos comportamentos familiares.



Fonte: Denham (1995, p.18)

Figura 1 - Classificação das rotinas quanto ao nível de ritualização

Neste sentido, níveis elevados ou muito baixos de ritualização das rotinas podem resultar em estresse familiar e prejudicar a saúde da família, levando eventualmente a comportamentos obsessivos ou caos familiar. No caso, a meta para a saúde da família está na ritualização equilibrada das rotinas, pois favorece comportamentos característicos relacionados com a promoção da saúde, saúde da família ou aderência a regimes terapêuticos. (DENHAM, 2003). A rigidez ou a flexibilidade parecem estar vinculadas também com a qualidade dos rituais ou os significados atribuídos a eles e a segurança emocional de adultos com suas representações do apego na transição do nascimento do primeiro filho, conforme identificou Leon e Jacobvitz (2003), que associam o nível de rotinização com a adaptação às circunstâncias em que mudanças nos rituais se fazem necessárias.

Em contrapartida, em circunstâncias de vida estressantes, como exemplificam McLoyd, Toyokawa e Kaplan (2008), a ocorrência de conflitos pela demanda elevada de trabalho em famílias monoparentais associa-se à maior manifestação de problemas em crianças pela diminuição na rotinização familiar, a qual também é influenciada quando as mães apresentam sintomas depressivos. Os resultados de tal pesquisa fornecem evidência da importância de ambientes domésticos/familiares organizados e estruturados para o ajustamento

psicológico e comportamental de crianças que vivem com mães solteiras, tendo em vista que a previsibilidade e a regularidade inerentes às rotinas acentuam a noção de controle das crianças e a conexão com a família.

Transições normativas (ou esperadas) do ciclo de vida são também denominadas de eventos maturacionais, tais como casamentos, nascimentos, passagem para a vida adulta e mortes, sendo frequentemente assinalados com rituais religiosos e étnicos ou seculares, como exemplo a transição da graduação, que marca a passagem do adulto jovem à vida profissional. “Os rituais são processos que acontecem ao longo do tempo e podem ser vistos como o drama visível e condensado das transições que assinalam” (IMBER-BLACK, 1995, p.131). Por outro lado, muitas famílias se deparam com transições do ciclo de vida idiossincráticas (inesperadas) e também denominadas de eventos nodais, que podem incluir o nascimento de um filho deficiente, aborto, migração, acidente, gravidez indesejada ou na adolescência, dentre outros. Estas transições frequentemente imprevisíveis para a família não têm nenhum ritual, mas trazem mudanças que podem influenciar nas rotinas e em outros rituais (IMBER-BLACK, 1995).

Referindo-se a famílias rurais, por sua vez, Manfrini (2005) identificou que a vida no campo segue uma rotina diária, e pode-se sugerir bem previsível, onde membros de diferentes gerações dividem o espaço da propriedade e estabelecem tarefas voltadas à organização do domicílio, ao trabalho na roça e ao desenvolvimento dos respectivos núcleos familiares. Eventos de transição maturacionais e situacionais colaboraram para mudanças nas tarefas¹ e papéis², inclusive no cuidado de saúde na família. Contudo, cabe questionar a respeito da lacuna existente no conhecimento sobre como rotinas e rituais em famílias rurais são afetados nos eventos de transição.

Estudos aprofundados da Enfermagem (DENHAM, 1999; 1999a; 1999b; 2003; 2003a) buscaram uma aproximação entre rituais e rotinas familiares e a saúde da família, numa perspectiva de contextos ecológicos e da produção doméstica da saúde. *Rotinas de saúde da*

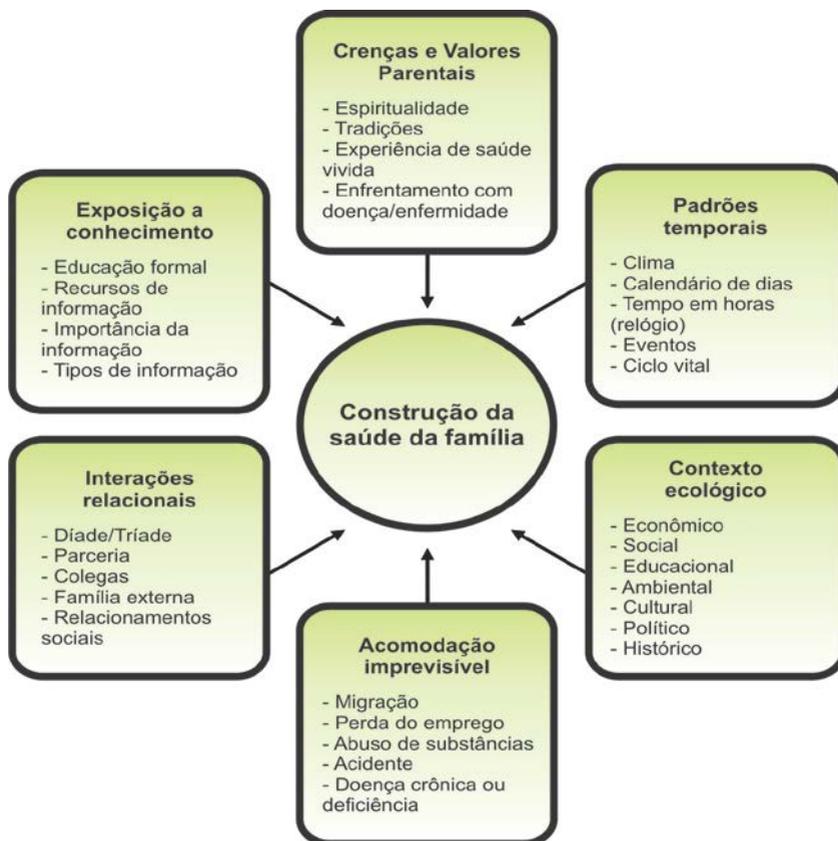
¹ O conceito de tarefa é central na Teoria do Desenvolvimento da Família e consiste em conjuntos de normas crescentes a partir de determinada fase do ciclo de vida, incorporada pelos membros de acordo com a sua posição na família como um papel (dentre outros papéis) que integra sistema (RODGERS, 1962 apud ROWE, 1981).

² Segundo Leonard (1989), os indivíduos que ocupam posições na estrutura familiar cumprem certos papéis reciprocamente relacionados e que contribuem para o funcionamento do sistema como um todo. Entretanto, a dificuldade de algum membro em incorporar normas traz prejuízos à integração no conjunto dos papéis da posição familiar.

família são definidas como

padrões dinâmicos de comportamento relevante para a saúde dos membros que os aderem consistentemente, e são estruturadas na vida diária onde podem ser lembradas, descritas e discutidas para o indivíduo, família e nas diversas perspectivas ambientais. Comportamentos estruturados têm qualidades únicas e envolvem todos os membros da família dentro de um domicílio, mesmo se eles não estão ativamente engajados no comportamento. As rotinas de saúde da família não são estáticas e, ao invés disso evoluem todo o tempo (DENHAM, 2003, p. 12).

Rotinas de saúde da família também foram caracterizadas por práticas individuais de saúde altamente ritualizadas que incluíam interações padronizadas dos membros. Alguns fatores foram identificados por Denham (2002) como reações à modificação de rotinas de saúde, dentre eles, a mudança de crenças e valores, experiências pessoais externas à convivência com a família de origem, alterações no contexto domiciliar, valorização de novos conhecimentos e experiências. Diferentes graus de tolerância para mudanças na prática de rotinas e a flexibilidade ou abertura às influências externas contribuíram para as respostas à informação de saúde, recursos e suporte. Todavia, as rotinas de saúde da família são mantidas ou modificadas ao longo do tempo e os comportamentos são socialmente construídos, através das interações dos membros dentro do nicho doméstico ao longo do ciclo de vida familiar. A mudança nas rotinas e a construção da saúde da família são afetadas por diversos fatores, conforme ilustrado na figura 2 a seguir.



Fonte: Denham (2003, p. 162).

Figura 2 - Fatores que afetam as rotinas de saúde da família

As rotinas de saúde da família que emergiram dos três estudos etnográficos de Denham (1999; 1999a; 1999b; 2002) podem ser sintetizadas em: rotinas de auto-cuidado (dieta, higiene, sono e repouso, atividade física, gênero e sexualidade), segurança e prevenção (proteção à saúde, prevenção de doenças, tabagismo, abuso e violência, abuso de álcool ou outras substâncias), comportamentos de saúde mental (auto-estima, integridade pessoal, trabalho e lazer, níveis de estresse), cuidado familiar (diversão em família, celebrações, tradições e eventos especiais, práticas espirituais e religiosas, estima a animais, senso de humor), cuidado na doença (tomada de decisão para avaliação médica, uso de

serviços de cuidado à saúde, seguir regimes médicos prescritos), cuidado entre os membros (ensinar questões de saúde, funções e responsabilidades dos membros, ações de suporte entre os membros). A análise e a interpretação destas rotinas em torno dos processos estruturais, funcionais e contextuais das famílias levaram ao entendimento de *saúde da família* como um conceito complexo e dinâmico influenciado pelas múltiplas variáveis domésticas, pela interação dos membros e o contexto cultural, e ocasiões médicas individuais nas quais os membros se encontram (DENHAM, 2003).

Partindo das construções e contribuições dos estudos anteriores, alia-se a proposta desta pesquisa à ideia de que a saúde da família é interpretada pelos indivíduos e a família, através de suas experiências de saúde e doença, das condições de vida e dos significados construídos pela sua cultura. Neste sentido, acredita-se que rotinas e rituais tenham essencial função na promoção da saúde e dos cuidados nas famílias, ao longo do ciclo vital, com especial atenção nas transições. A concepção de promoção da saúde a que se refere esta proposta de estudo está contemplada na Carta de Otawa (1986) e pode ser entendida como um processo para a melhoria da saúde e qualidade de vida que enfatiza recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas para além do estilo de vida saudável, ou seja, a busca de um bem-estar global de indivíduos, grupos e comunidade (BRASIL, 2002). Para a promoção da saúde da família, são focalizados processos internos e externos que envolvem tanto os indivíduos e a unidade familiar, quanto o contexto mais amplo, social e político. Rotinas e rituais familiares podem ser considerados processos internos pelos quais a família estrutura e organiza suas práticas de cuidado, identifica as necessidades dos indivíduos, com vistas à saúde e ao bem-estar da unidade. Os processos externos compreendem a inter-relação dos indivíduos e/ou da unidade familiar com o suporte social, pelos quais são mobilizados recursos de ajuda e de fortalecimento (e também empoderamento), capacitação (educação) e participação social, capazes de influenciar nos resultados de saúde e nos processos internos de promoção da saúde familiar (modificando ou reforçando rotinas e rituais, por exemplo).

2.3 ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS DOS RITUAIS E ROTINAS FAMILIARES E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

A literatura estudada indica íntima conexão de rotinas e rituais

familiares ao desenvolvimento da família e dos indivíduos, especialmente das crianças e adolescentes. De acordo com Carter e McGoldrick (1995, p. 8), “o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano”. Os rituais têm importante função protetora e podem preservar as relações familiares nos pontos de transição de um estágio para outro, onde o estresse familiar é maior (FIESE et al., 1993b). O modo com que as rotinas e rituais estão imersos na vida familiar implica resultados para a saúde dos membros, promoção de bem-estar e satisfação. No entanto, rotinas e rituais podem também não atender as necessidades dos membros e da família, ainda que em situação de conflitos, estresse, ou problemas de saúde. Todavia, as rotinas servem como janela pela qual podemos visualizar os diversos ângulos da vida e desenvolvimento familiar.

O desenvolvimento da família é um processo em espiral, regulado por normas sequenciais da sociedade e segue a dimensão linear do tempo, o que lhe garante alta previsibilidade nas transições de um estágio para outro. As normas sociais regulam a interação do grupo familiar, mas os membros da família criam normas internas e estabelecem regras. Porém, as normas para o desenvolvimento familiar não permanecem isoladas de outras normas institucionais (como escola, trabalho, etc), havendo um ajuste nos comportamentos familiares (KLEIN; WHITE, 1996). As regras e normas surgem na família e também para os indivíduos, a partir da repetição de comportamentos, que os torna previsíveis e esperados, parecendo absolutamente naturais (ANTON, 2000). Neste aspecto, é possível aproximar normas e rotinas familiares, tendo em vista a função similar na organização da estrutura ao longo do ciclo vital.

Algumas transições requerem maior reorganização da vida familiar, especialmente quando repercutem em mudanças nos relacionamentos pessoais ao longo do ciclo (com o casamento, nascimento de cada filho, perda ou morte de algum membro); mudança no status e função que pode ser acompanhada das mudanças nos relacionamentos pessoais (parentalidade, por exemplo) ou pode ser acompanhada de mudanças por doença ou incapacidade; mudança no ambiente familiar (mudar de casa, migrar para outra cidade, etc); mudanças nas capacidades físicas e mentais, sobretudo nas doenças crônicas; e mudanças nas posses de bens ou pessoas amadas, que podem resultar de eventos traumáticos como crimes, desastres naturais, incêndios, dentre outros (RANKIN, 1989). Entretanto, se rotinas e rituais estão presentes nas transições esperadas do desenvolvimento

familiar, é provável que estes elementos também se movam para uma mudança diante do estresse nas transições imprevistas.

Na fase de aquisição³, casais organizam sua vida familiar negociando e praticando rotinas e rituais com significados que podem ser transmitidos às gerações, além de promover relações saudáveis e reafirmar a intimidade conjugal. A prática de rituais religiosos é um aspecto de como famílias jovens criam significado nas suas relações, influenciadas pelas experiências nas famílias de origem (FIESE; TOMCHO, 2001).

A fase que marca a transição da chegada do primeiro filho é particularmente vulnerável, porém um importante momento para a família desenvolver rotinas consistentes e rituais significativos. Nos estágios iniciais da paternidade, algumas rotinas são integradas aos padrões já existentes da vida diária, ao passo que a facilidade ou flexibilidade com que as rotinas são estabelecidas podem resultar em bem-estar, satisfação conjugal e promover um contexto de adaptação ao filho. O nascimento de uma criança leva o casal a negociar tarefas, buscando atender às necessidades do filho (SPAGNOLA; FIESE, 2007). Tal mudança é também uma demanda importante em famílias monoparentais, cujas respostas adaptativas a estressores podem levar à ruptura ou à manutenção da integridade familiar. A prática de rituais de ligação, amor, celebração e recreação tem uma função motivacional na adaptação familiar à transição, oferecendo significados de estrutura, consistência, continuidade, sentimentos positivos, segurança, socialização e compromisso (MORIARTY; WAGNER, 2004).

Durante os primeiros anos da infância, as crianças começam a participar mais ativamente na vida diária familiar, onde rotinas e rituais fornecem um contexto para o seu desenvolvimento. As rotinas familiares como as conversas na hora das refeições ou a leitura de histórias infantis na hora de dormir promovem ligações emocionais e consequências à saúde mental das crianças, além de contribuir para o enriquecimento do vocabulário, construção de habilidades sociais e o desenvolvimento escolar, por oportunizar o envolvimento da criança nas atividades em díade ou em grupo (SPAGNOLA; FIESE, 2007).

³ Cervený e Berthoud (1997; 2002) propõem a caracterização do ciclo vital, a partir de estudos com famílias brasileiras, paulistas de estrato médio, a qual é utilizada nesta proposta de estudo. O ciclo vital familiar de distingue em quatro fases principais denominadas: 1) aquisição; 2) adolescente; 3) madura; e 4) última. A Teoria do Desenvolvimento da Família é marcada pelos estudos com famílias norte-americanas, donde emergiram as primeiras divisões do ciclo vital familiar (RODGERS, 1960; HILL, 1970; DUVALL, 1977 apud KLEIN; WHITE, 1996; CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

A criação e a manutenção de rotinas pelas famílias constituem o processo dinâmico da vida, respeitando as especificidades biológica, psicológica e também social de cada fase de desenvolvimento das crianças de acordo com a sua cultura. No estudo de Serpell, Sonnenschein, Baker e Ganapathy (2002), pais de crianças na idade escolar foram entrevistados sobre o envolvimento das crianças em atividades de alfabetização, a orientação dos pais sobre a importância da alfabetização precoce para o desenvolvimento das crianças, e rotinas familiares como a hora do jantar, leitura em voz alta e fazer as tarefas da escola. Dentre os resultados, destaca-se a associação entre a educação materna e o nível de investimento em incluir o “fazer a tarefa escolar” como uma rotina familiar, o que, na análise dos autores, pode ser reflexo de uma forte tendência de pais com nível educacional avançado em incorporar valores culturais dentro da vida familiar.

Ao comparar pais de lactentes e pais de crianças pré-escolares, Fiese (2006) encontrou diferenças que vão de encontro às demandas destas fases desenvolvimentais. Enquanto famílias com lactentes relataram menor previsibilidade das rotinas e intensa dedicação aos cuidados de alimentação e aos horários de sono dos filhos, houve menor investimento emocional nas práticas de rituais. Por outro lado, famílias com crianças pré-escolares apresentaram rotinas mais previsíveis e os comportamentos caracteristicamente mais regulares das crianças favoreceram recursos familiares para manter as rotinas e praticar rituais.

Spagnola e Fiese (2007) argumentam que o processo transacional pelo qual se dá a criação de rotinas previsíveis e de rituais significativos evolui com as interações dos pais e filhos, dentro de uma cultura particular e sob mecanismos de eficácia parental, monitoramento de comportamentos e coerência nas relações familiares. A ideia de que pais de crianças pequenas relatam maior satisfação e sentimento de competência com a regularidade das rotinas é reafirmada desde estudos originários, como o de Sprunger, Boyce e Gaines (1985).

A satisfação dos pais nos seus papéis parentais é relevante quando as rotinas são bem aproveitadas para estar e cuidar dos filhos. Evans e Rodger (2009) referem que as rotinas das refeições e da hora de dormir são utilizadas por famílias com crianças pequenas para organizar as atividades, ensinar a criança e enfrentar a vida diária, sendo geralmente alteradas à medida que a criança cresce. A qualidade no uso deste tempo, por exemplo, aconchegar e contar histórias às crianças na hora de dormir, ou estarem todos em casa na hora do jantar para ficarem juntos, permite que rotinas adquiram significado emocional, transformando-se em rituais ou caracterizando-se como um processo

continuum em que rotinas se desenvolvem dentro de rituais.

Com relação às rotinas de cuidado à criança, estudos mostram que há diferenças dependendo no nível socioeconômico das famílias e que o contexto cultural e social (específicos às realidades sul brasileira e afro-americana estudadas) dá suporte, constituindo-se numa rede de apoio às famílias de baixa-renda que necessitam de amigos, vizinhos ou outros familiares para cuidar e ficar com as crianças. Entretanto, Boehs, Grisotti e Aquino (2007) consideram que a fragilidade destas redes e a troca constante de cuidadores são aspectos negativos às necessidades de vínculo e de cuidado às crianças, conseqüente à instabilidade nas rotinas quando os pais trabalham. Adicionalmente, ao considerar as experiências sociais das crianças lactentes na rotina diária de famílias afro-americanas, Fouts, Roopnarine e Lamb (2007) viram que, embora todas recebessem estimulação social sob tipos e padrões variados, crianças de menor nível socioeconômico interagem mais com outras pessoas do que as crianças de maior nível socioeconômico. Esses estudos revelam a interface entre a estrutura das rotinas familiares, as diferenças nas realidades de vida e os aspectos de cuidado para a saúde de crianças lactentes.

A regularidade e o planejamento na criação de rotinas de cuidado são aspectos fundamentais para a adesão a tratamentos de doenças, resultando positivamente na saúde das crianças e na prevenção de morbidades, no caso da asma (FIESE; WAMBOLDT; ANBAR, 2005). Peterson-Sweeney (2007) corrobora com esta ideia e acrescenta que o envolvimento das crianças e o compromisso dos adolescentes com o regime terapêutico são também importantes, visto que as rotinas diferem de acordo com a idade e fase de vida. Rotinas previsíveis e rituais significativos contribuem para a saúde da criança e da família que enfrenta mudanças no ritmo de rotinas diárias para manejo da asma que incluem horários das medicações, refeições, redução na exposição a agentes alérgicos ambientais, dentre outros (FIESE, 2006; 2007). Porém, quando as rotinas de cuidado são percebidas como incômodo ou peso, tornam-se estressores ao cuidador, influenciam no clima familiar e, de forma crítica, nos padrões de interação mãe-criança, com reflexos no nível de ansiedade e na qualidade de vida da criança (FIESE et al, 2008). Neste sentido, rituais familiares e rotinas saudáveis podem ser um caminho para a intervenção nas necessidades de saúde individuais a cada família, e no caso das crianças, um fator de proteção (MARKSON; FIESE, 2000).

A transição familiar pela morte inesperada da criança integra a perda e algumas práticas de luto desenvolvidas para consolo na vida

diária da família. Tais práticas honram a memória da criança falecida e consistem numa continuação e ligação espiritual entre a família e a criança. Estas práticas informais envolvem os pais e irmãos de forma diferente, com frequência diária, como cozinhar lembrando as preferências da criança, outras práticas são eventuais, como dormir com uma roupa da criança sob o travesseiro, visitar o túmulo. Desta maneira, os objetos da criança representam uma proximidade física simbólica e dão conforto e os rituais de luto são criados pelas famílias para lidar com o sofrimento (GUDMUNSDOTTIR; CHESLA, 2006). Esse estudo vai ao encontro da realidade das famílias rurais em transição inesperada por desastres natural, tendo em vista que alguns casais jovens vivem o luto pelos seus filhos mortos no evento. Conforme McGoldrick (1995), os rituais de luto envolvem uma transição para um novo estágio de identidade individual e relacional na família, seja pela perda de um filho, seja pela perda de um cônjuge ou de outros membros. De fato, os grupos culturais diferem na importância atribuída às diferentes transições do ciclo vital, assim como as culturas variam na maneira de lidar com os rituais de luto e nas explicações sobre os significados da morte na vida humana.

Na adolescência, a função de proteção das rotinas e rituais parece ser ampliada à prevenção de padrões de comportamento de risco, significativamente associado ao suporte e comunicação familiar. Como revela o estudo de Fulkerson et al.(2006), as chances de adolescentes que participam com maior frequência da rotina do jantar em família são menores para relato de comportamentos de abuso de substâncias ilícitas, álcool ou tabaco, comportamento antissocial ou violência, intercursos sexuais, tentativas de suicídio e sintomas depressivos, problemas na escola ou distúrbios alimentares.

Um estudo mostrou que a satisfação em rituais familiares media a maturação psicossocial de adolescentes, porque durante o processo dos rituais eles têm a oportunidade de interagir com outros membros, em atividades com fronteiras familiares evidentes que refletem no crescimento da competência e independência dos adolescentes, resultando em satisfação e reconhecimento da sua progressão para a vida adulta (EAKER; WALTERS, 2002). Em contrapartida, o estudo de Compan, Moreno, Ruiz e Pascual (2002) identificou que há ligação entre a prática de rituais familiares e a saúde mental. Eles observaram que famílias de adolescentes com problemas psicológicos realizam menos rituais distintos ou do ciclo de vida comparado às famílias de adolescentes que não apresentam problema, com prejuízos às relações afetivas e interação diária. Esta fase da vida familiar, popularmente

conhecida como complicada e complexa, requer habilidade e disponibilidade de pais e filhos em estabelecer padrões de comunicação e de relacionamento que promovam a saúde da família e evitem preocupações quanto às situações de risco nas quais os adolescentes podem se tornar mais vulneráveis.

Finalmente, destacam-se as contribuições do estudo de Denham, Manoogian e Schuster (2007), que buscaram compreender os processos de suporte familiar e a influência nas rotinas de dieta de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). O diagnóstico de doença crônica em um indivíduo adulto pode ter repercussão transacional na vida familiar. Conforme os resultados revelados neste estudo, algumas mudanças iniciais nos padrões de dieta foram motivadas por alguém da família, geralmente mulher que é tradicionalmente a responsável pelo preparo das refeições e escolha dos alimentos, com importante função para os resultados de saúde do membro com DM2. Esta relação entre gênero, planejamento e execução de rotinas e rituais de saúde foi uma questão, de certa forma, identificada na maioria dos estudos anteriormente aqui citados. A cultura de tais famílias influencia nos padrões de dieta e consumo, através das tradições familiares, mas o esforço em mudar alguns padrões está também relacionado à preocupação com a probabilidade da doença nas futuras gerações.

A literatura encontrada sobre o referencial de rituais e rotinas familiares explora amplamente as transições nas fases iniciais da vida familiar e adolescência, sendo conhecimento produzido especialmente pelas áreas social, humanas e da saúde. Segundo a observação feita por Denham (2003), são necessários estudos que explorem rotinas de saúde e rituais em famílias de adultos e idosos, famílias com configurações não tradicionais ou que contemplem outras transições do ciclo vital. O estudo de rotinas desenvolvido por Jorge (2007) contempla em parte esta expectativa, ao abordar famílias de diferentes configurações (monoparental, reconstituída, nuclear) e em transições distintas, como exemplo, a mudança nas rotinas de uma família e a importância do suporte social quando houve perda da moradia em um incêndio accidental. Os resultados mostram que a perda da casa interferiu nas rotinas da família e na saúde das crianças, e o suporte social contribuiu para a recuperação de bens, restabelecimento da moradia e enfrentamento do estresse.

A transição pela migração é outra interessante possibilidade de explorar as mudanças nas rotinas e rituais familiares, por exemplo. Como refere McGoldrick (1995), a migração acrescenta um estágio extra às famílias que precisam negociá-la em algum momento da sua

trajetória de vida, uma vez que o reajustamento a uma nova cultura (seja pela mudança de cidade, de bairro, de país) se constitui num prolongado processo desenvolvimental que pode variar entre os membros, dependendo da sua fase de vida.

Finalmente, vale acrescentar que os estudos mencionam que rituais são potenciais intervenções terapêuticas com vistas a uma mudança sistêmica, atingindo os níveis comportamental, cognitivo e afetivo (IMBER-BLACK, 1995; 2002). Também podem ser utilizados na intervenção do serviço social em âmbito escolar, voltados a crianças com dificuldade de aprendizagem, ou no âmbito comunitário, com criança vítima de violência, pais ausentes e outros (MACKEY; GREIF, 1994). A terapia ocupacional contribui para os rituais na avaliação das dimensões de estrutura, significado, persistência e adaptação em famílias com crianças deficientes (SCHUCK; BUCY, 1997). E na prática de enfermagem centrada na família, a avaliação das rotinas de saúde da família sincroniza a interação enfermeira-família, ajuda no alcance de metas de saúde individual e familiar, através da produção doméstica de saúde, como propõe o Modelo de Denham (2003), além de fornecer informações sobre o funcionamento do dia a dia do sistema familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

2.4 INTERFACE COM O REFERENCIAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na presente pesquisa, considera-se a família uma unidade de cuidado, capaz de promover a sua saúde e a de seus membros, no cotidiano de vida e ao longo das etapas de desenvolvimento. A promoção da saúde se dá no ambiente familiar interno, a partir das interações dos membros, e no ambiente externo, nas relações da unidade familiar e dos membros, individualmente, com o contexto mais amplo (vizinhança, amigos, comunidade, serviços de saúde e demais instituições, as políticas públicas). Tanto o ambiente interno quanto o ambiente externo da família influenciam no estabelecimento das rotinas e dos rituais de cuidado, podendo resultar positivamente ou não na saúde da unidade e dos membros.

Promoção da Saúde é um referencial que aborda o movimento de conformação de um novo paradigma pautado na determinação social e positiva da saúde, formalizado a partir da Conferência de Alma-Ata (1978) em sua proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia

de Atenção Primária de Saúde. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá (1986) produziu um documento conhecido como Carta de Ottawa, no qual são apresentados cinco campos de ação que objetivam alcançar a equidade em saúde e oportunizar recursos para que as populações tenham controle sobre sua saúde (BRASIL, 2002). Os campos de ação da Promoção da Saúde, de acordo com a Carta de Ottawa:

1) a *construção de políticas públicas saudáveis*: inclui ações legislativas, fiscais e organizacionais de diferentes níveis de governo e setores, com vistas aos diversos determinantes de saúde, de modo a diminuir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida da população (HEIDEMANN; ALMEIDA; BOEHS; WOSNY; MONTICELLI, 2006).

2) a *criação de ambientes favoráveis*: sugere a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como responsabilidade global. Para tanto, propõe o acompanhamento sistemático nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização, cujos impactos refletem na saúde (BRASIL, 2002).

3) o *reforço da ação comunitária*: o desenvolvimento das comunidades, através dos recursos humanos e materiais comunitários que promovam a auto-ajuda, o apoio social e o reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. É essencial o acesso à informação, recursos financeiros e oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde (BRASIL, 2002).

4) o *desenvolvimento de habilidades pessoais*: propõe o desenvolvimento social e pessoal para o cuidado e controle de sua saúde ao longo da vida, através de informação e educação em saúde, desenvolvimento e capacitação de habilidades vitais, nos espaços de vida como os ambientes de trabalho, moradia, escola, comunidade (BRASIL, 2002).

5) a *reorientação dos serviços de saúde*: recomenda que os serviços de saúde enfoquem a saúde e não somente a doença, com ações de saúde voltadas para a integralidade. Sugere que para isto são necessárias mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes dos serviços de saúde (BRASIL, 2002; HEIDEMANN; ALMEIDA; BOEHS; WOSNY; MONTICELLI, 2006).

O conceito de promoção da saúde empregado nesta pesquisa também tem respaldo na Carta de Ottawa. Dessa maneira, entende-se a promoção da saúde como o

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (BRASIL, 2002, p. 18)

A interface da Promoção da Saúde com os referenciais das Rotinas e Rituais Familiares e da Teoria do Desenvolvimento da Família reflete um denominador comum que é a saúde da família e dos seus membros, como resultado dos processos internos e externos, a partir dos quais se constroem os cuidados domésticos e também os cuidados profissionais.

Ainda que subseqüentes Conferências Internacionais de Promoção da Saúde tenham acontecido e contribuído para o avanço desse movimento, os cinco campos apresentados na Carta de Ottawa (1986) persistem na articulação das políticas públicas de saúde nos cenários dos diversos países, inclusive no Brasil, em que foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde, mediante a Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, contemplando as seguintes diretrizes:

- I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
- VI – Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando

metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006, p. 19).

A temática dos desastres pode ser contextualizada como assunto de saúde e transversal à política da promoção da saúde, tendo em vista que envolve diversos atores sociais e setores do governo e sociedade, suscita políticas e ações sustentáveis fundamentadas na educação e no empoderamento da população para o alcance de metas de prevenção, de preparação, de resposta e de recuperação frente aos desastres, de acordo com os aspectos sócio-culturais e ambientais a cada região ou país, cujos eventos são mais prováveis.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 PERSPECTIVA ANALÍTICA

O problema que motivou esta pesquisa está situado na perspectiva analítica interpretativista que pressupõe compreender o mundo complexo da experiência sob o ponto de vista de quem a vive.

Conforme Schwandt (1994), o foco primário de tal perspectiva está no significado e nos processos pelos quais os significados são criados, negociados, apoiados ou modificados dentro de um contexto específico de ações humanas. Os interpretativistas constroem a natureza da realidade social, onde os agentes sociais são considerados autônomos, intencionados, ativos e que constroem e interpretam seus próprios comportamentos e os de seus compatriotas. O meio ou o processo com que o pesquisador chega à interpretação das ações humanas é conhecido como *verstehen* (compreensão).

O interpretativismo e a hermenêutica se originaram no final do século XIX e início do século XX, a partir de historiadores e sociólogos neokantistas (Dilthey, Rickert, Windleband, Simmel e Weber) que se opunham à dominação da filosofia positivista, afirmando as diferenças fundamentais entre as ciências humanas e as ciências naturais, ou seja, compreender a ação humana e os significados atribuídos a estas ações, sem necessariamente oferecer explicações causais aos fenômenos sociais (SCHWANDT, 2006).

Clifford Geertz é o principal representante da linha interpretativista da cultura, na antropologia. Defende o conceito de cultura como teias de significado, construídas e analisadas pelo homem que está amarrado a elas. O autor ainda complementa que a cultura é um contexto dentro do qual acontecimentos sociais, comportamentos, instituições e processos podem ser descritos, e é pública porque os significados também o são (GEERTZ, 1989). Para conseguir interpretar os significados de uma cultura, o pesquisador busca “ver as coisas do ponto de vista do ator”, o qual se expressa nas suas narrativas da experiência a sua própria cultura. Desta maneira, a descrição da interpretação do pesquisador jamais será de primeira mão, mas sim a interpretação da interpretação (GEERTZ, 1989, p.10).

Neste sentido, a base epistemológica do presente estudo se fundamentou na linha do interpretativismo antropológico, a fim de compreender como são interpretadas as rotinas e rituais de cuidado nas

famílias rurais com crianças, após o evento do desastre natural.

As narrativas são formas culturais de linguagem que expressam as experiências das pessoas, assim como outras formas simbólicas orientam a sua percepção do mundo. Na menção de Byron Good (1996), as narrativas não apenas informam e recontam experiências de vida ou eventos, descritos de uma perspectiva limitada e posicionada no presente, mas elas também projetam nossas atividades e experiências no futuro, organizando nossos desejos e estratégias teleologicamente, direcionando-as também a formas de experiência nas quais nossas vidas ou atividades sociais, particulares, pretendem cumprir. Segundo o autor, os estudos de narrativa também problematizam esta relação entre cultura ou formas simbólicas e experiência. Ainda que não tenhamos acesso direto às experiências dos outros, podemos aprender mais sobre a experiência através das histórias contadas pelas pessoas sobre coisas que têm acontecido com elas ou em torno delas. Assim, a narrativa pode ser entendida como uma forma em que a experiência é representada e recontada, na qual eventos são apresentados como portadores de significado e ordem coerente e descritos pelas experiências associadas a eles.

A figura 3 ilustra a perspectiva teórico-metodológica que propôs o desenvolvimento deste estudo.



Fonte: a autora

Figura 3 - Perspectiva teórico-filosófica e metodológica da pesquisa.

3.2 TIPO DE DESENHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa seguiu a abordagem qualitativa e se caracterizou pelo delineamento de estudo de múltiplos casos, instrumental e *trans-seccional*. O estudo de caso é uma investigação empírica que focaliza fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos e o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos ou comportamentos estudados (YIN, 2005; 1993). Isto envolve múltiplos recursos de informação para aprofundamento e detalhamento do estudo (CRESWELL, 1998).

O estudo de múltiplos casos, em questão, considerou o caso de

cada uma das famílias com crianças, vivenciando diferentes transições no contexto de pós-desastre natural na localidade rural de um município do Vale do Itajaí/SC. Esta caracterização do estudo de múltiplos casos pode ser visualizada conforme ilustrado na figura 4, em que apresenta o contexto do estudo abrangendo os múltiplos casos e as unidades de análise que são as rotinas e os rituais de cuidado familiar.

A finalidade instrumental deste estudo de múltiplos casos corresponde ao que Stake (1994) esclarece como um foco ou um interesse maior na análise dos casos que fornecem *insight* sobre alguma questão teórica ou refinamento de uma teoria. Neste sentido, a escolha de famílias em transição e a análise sobre suas rotinas e rituais aproximaram-se do interesse de explorar e aprofundar o referencial teórico que sustenta a presente pesquisa. O delineamento *trans-seccional* significa que a pesquisa se referiu a um único ponto no tempo, ainda que tenha incluído reconstruções do passado (BAUER; GASKELL, 2002). Isto oportunizou resgatar retrospectivamente as interpretações das famílias acerca das rotinas e rituais no período anterior ao evento e no período pós-evento, a partir das narrativas no tempo presente. As revelações relacionadas às transições e às repercussões na saúde da família surgiram dentro de uma cronologia interpretada pela experiência das próprias famílias. Além disso, a Teoria do Desenvolvimento da Família forneceu uma noção linear do tempo, ao longo dos estágios do ciclo vital familiar, o que auxiliou a pesquisadora na localização de cada família em particular no tempo e no espaço de sua trajetória.



Fonte: a autora.

Figura 4 - Tipo de estudo de caso adotado para a pesquisa.

3.3 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma localidade rural de um município na região do Vale do Itajaí/SC, que foi especialmente afetada pelo desastre natural ocorrido no final do ano de 2008. Tal município tem aproximadamente uma população de 12.000 habitantes e 4.500 na área rural, conforme os primeiros resultados do Censo de 2010 (IBGE, 2010). A economia é movida especialmente pela fabricação têxtil e agricultura, sobretudo pelo cultivo de arroz, bananas e hortaliças.

A área rural em questão possui três unidades de saúde, nas quais atende uma equipe de ESF composta por um enfermeiro, um médico, um dentista e uma técnica em enfermagem. A estrutura física das unidades de saúde foi parcialmente destruída pela ação das enchentes e deslizamento de terra. Todavia, grande parte dos materiais, mobília, documentos e equipamentos contidos nas unidades de saúde foram também perdidos. Tal situação provocou a interdição das estruturas e

dos atendimentos nos locais, por um período de meses, e no caso da unidade de saúde mais afetada, por um período de dois anos, até que a Prefeitura angariasse recursos e prosseguisse com as reformas/reconstruções das Unidades. Ao longo deste período, a equipe de saúde da família foi deslocada para a realização dos atendimentos nos abrigos temporários, e com a inauguração de uma das Unidades de Saúde da localidade, a equipe reiniciou as atividades nesta unidade, que se tornou, temporariamente, a referência para todas as famílias da área de abrangência.

Atualmente, a referida equipe se divide entre os atendimentos nas três unidades durante a semana, ou seja, enquanto a equipe está em atendimento na unidade mais centralizada, as duas outras unidades são mantidas em funcionamento com a recepção e serviços de uma auxiliar de enfermagem (aferição de pressão arterial, agendamento) e odontologia. A área de abrangência destas unidades conta com o trabalho de sete agentes comunitários de saúde. O serviço funciona sob o agendamento de consultas médicas e odontológicas, atendimento em sala de vacinas e demais procedimentos efetuados pela equipe de enfermagem, visitas domiciliares atendidas a partir de critérios estabelecidos entre os membros da própria equipe.

De acordo com o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de abril de 2009, a área de abrangência desta equipe contava com um total de 609 famílias cadastradas. Este total de famílias expressava uma significativa redução da população cadastrada no mês de outubro de 2008 (ano em que ocorreu o desastre). Entretanto, dados do relatório de novembro de 2010 (dois anos após a ocorrência do evento) mostram um aumento de famílias cadastradas para um total de 810. Conforme explicação do enfermeiro da equipe de saúde da família na localidade, o aumento no cadastramento se deve tanto à migração de outros núcleos de famílias que já estavam residindo na localidade, os quais temporariamente dividem a mesma moradia até a aquisição ou aluguel de outra moradia pelo(s) núcleo(s) recém-chegado(s), quanto à migração de novas famílias, procedentes inclusive de outros Estados. Estas se instalam, em especial, na microárea mais promissora em termos de emprego e com melhor infraestrutura, embora também tenha sido uma região atingida pelo desastre.

No evento do desastre natural ocorrido no final do ano de 2008, muitas famílias da referida localidade rural foram afetadas. Na avaliação dos danos ocasionados pelo desastre, encaminhada pela Defesa Civil do município ao Órgão Estadual de Defesa Civil, através do preenchimento de um formulário denominado AVADAN dentro de

cinco dias correntes após o desastre, a intensidade dos danos na localidade foi mencionada como muito importante, assim como o vulto dos prejuízos econômicos e sociais, requerendo recursos suplementares insuficientemente disponíveis. O desastre foi caracterizado de grande porte, com padrão evolutivo súbito e imprevisível, e tendência a agravamento. Ademais, alguns critérios agravantes ao desastre foram apontados nesta avaliação: a grande relevância de desastres secundários, o despreparo da defesa civil local, o importante grau de vulnerabilidade do cenário e da comunidade.

Segundo dados da Defesa Civil do município, foram contabilizados em torno de 40 mortos e um desaparecido, sendo que, dentre as mortes, cerca de oito eram crianças. Entre desabrigados, desalojados e deslocados, somaram-se mais de 8.000 pessoas, além do número expressivo de vítimas levemente e gravemente feridas, e aquelas enfermas que foram resgatadas pelas equipes de socorro. Informações de um relatório cedido pela assistência social revelam que os abrigos temporários estruturados em escolas, galpões de empresas e em igrejas na ocasião do desastre receberam por volta de 2.000 pessoas que permaneceram ali por períodos variados, tendo em vista que muitos se abrigaram posteriormente na casa de familiares ou de amigos, enquanto o retorno à localidade não fora permitido pela Defesa Civil.

O acesso à localidade rural foi limitado e resguardado por equipes de soldados durante alguns meses, em função dos riscos e das más condições de tráfego nas estradas destruídas no desastre. Desta maneira, as famílias que possuíam suas habitações, ainda que intactas, nestes locais mais afetados, não puderam voltar a residir lá no período, e mesmo para apanhar algum pertence, só podiam fazê-lo sob a permissão e acompanhamento do pessoal do exército. De acordo com dados informados pela equipe de saúde, foram aproximadamente 200 famílias vitimadas com crianças, e destas, 188 permaneceram em abrigos no período posterior ao desastre. Oito famílias perderam alguma criança e 29 tiveram perda total de suas moradias.

Conforme informação da Defesa Civil, dois anos após o desastre, estima-se que 97% das famílias tenham retornado à localidade, não existindo ainda uma estatística oficial de quantas moradias foram interditas permanentemente ou parcialmente, quantas foram reconstruídas e quantas foram abandonadas. Sabe-se, porém, que houve famílias que migraram da localidade, da cidade e até o Estado. A equipe de saúde também informou que muitas famílias ainda se encontram em situação instável, em virtude de suas moradias estarem em áreas consideradas de risco pela Defesa Civil, as quais são constantemente

monitoradas, e em ocasião de chuvas torrenciais, tais famílias são retiradas por medida de segurança.

A cobertura da mídia sobre o evento e o período pós-desastre transmitiu a ideia de uma situação extrema, traumática e de uma sensação permanente de medo e insegurança por parte dos moradores desta localidade, especialmente na recorrência de chuvas mais intensas. Por outro lado, os comentários da mídia enfatizaram também o processo de reconstrução e de recuperação das famílias e das moradias, após as primeiras semanas e o primeiro ano pós-desastre, comumente acompanhados da expressão de que “a rotina dos moradores está voltando ao normal” e avaliando o que estava sendo feito para a reconstrução da comunidade ao longo deste período, por parte dos órgãos de governo. No entanto, quase três anos pós-desastre, a ideia é de que há muito o que fazer, por exemplo, finalizar a construção das casas populares destinadas às famílias que tiveram perda de suas moradias e impossibilidade de recuperá-las por se tratarem de áreas de risco.

Algumas mudanças locais e regionais surgiram com a experiência do desastre natural, como exemplo, capacitações de profissionais da saúde sobre aspectos psicossociais, planejamento municipal para prevenção e atendimento em situações de desastre, vigilância da Defesa Civil e Corpo de Bombeiros, acompanhamento psicológico em abrigos e escolas, mutirões comunitários para reconstrução de moradias, estudos climáticos e geográficos na região, dentre outros.

3.4 TRABALHO DE CAMPO

A entrada no campo se deu em novembro de 2009, para contato com a equipe de saúde da família e apresentação da proposta de estudo, de forma a poder contar com a colaboração dos profissionais e agentes comunitários de saúde na seleção de famílias. Ainda que os colaboradores tivessem fornecido uma lista de famílias sugeridas para a pesquisa, este processo de contatar cada família e agendar a primeira entrevista foi progressivo ao longo dos nove meses de trabalho em campo para a coleta de dados.

O primeiro contato com as duas primeiras famílias aconteceu no mês de janeiro de 2010, por intermédio de uma das agentes comunitárias de saúde, pois as famílias residiam na mesma microárea, tendo sido realizada a primeira entrevista no mesmo mês. Foram efetuadas mais

quatro entrevistas com a família 1: duas no mês de fevereiro, com intervalo de quinze dias, uma no mês de maio, e a entrevista após registros no calendário de rotinas, no mês de agosto de 2010. Todos os membros da família participaram como informantes na pesquisa e estavam presentes em todas as entrevistas, inclusive as duas crianças.

Com a família 2 foram também mais três entrevistas: uma no mês de fevereiro, uma no mês de maio e a entrevista após ter sido aplicado o calendário de rotinas, em agosto de 2010. O casal foi entrevistado em três das quatro entrevistas, e em uma delas somente a mãe e a adolescente foram as informantes. As crianças estavam presentes em todas as entrevistas, mas não participaram diretamente da conversa.

A terceira família foi contatada em fevereiro de 2010 e a visita para convite de participação na pesquisa foi acompanhada da agente comunitária de saúde da respectiva microárea. Foram realizadas três entrevistas: a primeira no final de fevereiro, e as demais nos meses de março e junho de 2010. Esta família não fez o registro no calendário de rotinas, porém, nas entrevistas realizadas, o casal esteve sempre presente e também as crianças. Ainda nesta microárea, foram visitadas mais outras duas famílias que corroboravam com os critérios de seleção dos informantes, conforme haviam sido indicadas pela agente comunitária de saúde, contudo sem sucesso para a aceitação em participar da pesquisa.

A quarta família selecionada foi uma sugestão da família 3 que inclusive forneceu o número do telefone para que fosse diretamente contatada pela pesquisadora. Em uma conversa informal, ao término da primeira entrevista com a família 3, perguntei ao casal se conheciam alguma família na vizinhança ou na própria família ampliada, que tivesse alguma criança e que também fora atingida pelo desastre natural, para que se pudesse fazer uma visita e informar sobre a pesquisa. Prontamente, veio à lembrança do casal a família 4, que era conhecida pela história de perdas que vivera no desastre e também pela sua participação na associação de moradores. A partir de um contato telefônico com a mãe, fez-se uma primeira visita à família 4, acompanhada pela técnica de enfermagem de uma das unidades de saúde, que se prontificou a ajudar na localização da moradia. Foi feita uma entrevista no mês de maio, outra em junho e a última, após o calendário de rotinas, em setembro de 2010. Embora o casal tenha consentido participar e fornecer dados à pesquisa e as datas e os horários para entrevista tenham sido convenientemente agendados para os finais de semana, apenas a mãe pôde ser considerada informante, pois, mesmo presente na moradia nas citadas ocasiões, o cônjuge não participou das

conversas.

Para a seleção da família 5, a pesquisadora contou com uma pequena lista fornecida por outra agente comunitária de saúde, a qual sugeriu que fossem visitadas algumas famílias que migraram após o desastre para outra localidade, também rural do município. O local onde tais famílias passaram a residir foi popularmente conhecido como vila, visto que as casas construídas abrigaram em torno de dez a quinze núcleos familiares, dentre os quais, alguns correspondiam aos critérios de seleção para a pesquisa. Foram visitadas quatro famílias, todavia apenas uma aceitou participar da pesquisa. Deste modo, totalizaram-se três entrevistas com a família 5, das quais duas aconteceram no mês de julho de 2010, com intervalo de quinze dias, e uma em agosto, após a aplicação do calendário de rotinas. Na primeira e segunda entrevista, participaram o casal e um dos filhos em idade escolar, e na última entrevista, a mãe e a mesma filha foram informantes. Tendo em vista que o agendamento das entrevistas respeitou a preferência da família, foram realizadas em dias úteis, e também por este motivo é que eventuais imprevistos justificaram a ausência dos demais membros.

A sexta família foi contatada em julho de 2010, por indicação de uma agente comunitária de saúde que informou tratar-se de uma jovem mãe, a qual na época do desastre, estava no segundo trimestre de gestação. Já familiarizada com a localidade rural, a pesquisadora não teve dificuldade para chegar à residência da família, após uma primeira apresentação da idéia da pesquisa via telefone. Foram efetuadas duas entrevistas no mês de julho e outra no mês de agosto de 2010, sendo que o companheiro da jovem mãe não esteve presente em todas.

O longo período de duração do trabalho no campo, consistiu em um dos critérios que confere a confiabilidade do processo investigativo, por oportunizar as idas e vindas no processo de coletar e analisar concomitantemente os dados e, assim, aprofundar na medida do possível os dados até a definição da saturação teórica, tendo em vista o alcance do objetivo da pesquisa. Conforme mencionam Fontanella, Ricas e Turato (2008, p.24) “o ponto exato de saturação amostral é determinado, logicamente, sempre *a posteriori*, embora sua ocorrência tenha sido prevista no desenho da pesquisa”. Contudo, ainda segundo os autores, a constatação de saturação não é de ordem matemática, mas cognitiva por envolver a percepção do pesquisador e o seu domínio teórico. Além disso, vários fatores intervêm nesse processo e influenciam na decisão de interromper a seleção de novos participantes.

No caso desta pesquisa, percebeu-se a saturação teórica mediante a repetição de narrativas contadas pelas famílias que constituíram a

população do estudo. Embora a inclusão de novas famílias à pesquisa poderia, possivelmente, levantar outros elementos de análise e amplificar os resultados da pesquisa. Neste sentido, “questões práticas do processo de pesquisa, como a possibilidade de acesso aos informantes, tempo disponível para a sua realização ou a abrangência ou tamanho possíveis do relatório”, constituíram-se também no fator decisório para a “amostra completa” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p.24) .

3.5 INFORMANTES

Participaram deste estudo seis famílias nucleares, com ao menos uma criança entre 0 e 12 anos, residentes na localidade rural de um município do Vale do Itajaí/SC e que foram atingidas pelo desastre natural ao final do ano de 2008.

Embora, inicialmente, um dos critérios de seleção dos núcleos familiares tenha sido que estes estivessem vivenciando a fase de aquisição no ciclo vital familiar, cuja característica definida para a escolha das famílias foi a presença de ao menos uma criança com idade entre 0 e 12 anos, cabe esclarecer que a seleção não seguiu rigorosamente o critério da fase no ciclo vital. Quando solicitada ajuda aos membros da equipe de saúde da localidade em questão, para a seleção de famílias que porventura pudessem participar da pesquisa, deu-se maior ênfase ao critério da presença de crianças, de forma a não adentrar em meandros teóricos sobre as fases do ciclo vital nesta comunicação com os colaboradores. Consequentemente, os membros da equipe indicaram e sugeriram famílias que apresentassem alguma criança, porém, somente após a primeira entrevista da pesquisadora com duas das famílias selecionadas, deu-se conta de que estas também eram compostas de filhos na adolescência, caracterizando-as na fase adolescente do ciclo vital. Assim, tem-se apenas a intenção de argumentar que, independente da fase do ciclo vital em que os núcleos selecionados se encontravam, cuja dinamicidade e sobreposição de fases serão também discutidas nos resultados deste estudo, foram respeitados os demais critérios de seleção previamente estabelecidos para a pesquisa.

Os agentes comunitários de saúde e o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na localidade rural colaboraram de maneira bastante significativa na seleção de famílias para a pesquisa. Nos contatos

iniciais com a equipe de saúde, depois de apresentada a proposta de pesquisa e informados os critérios de seleção, a pesquisadora contou com o relato, em especial, dos agentes comunitários de saúde, sobre as suas percepções a respeito do “estado” das famílias que eles visitavam nas suas respectivas microáreas, no período pós-desastre. Também forneceram uma versão prévia sobre os acontecimentos e o sofrimento de cada família que indicavam como possibilidade de “caso interessante” para a pesquisa. Contudo, esta forma de comunicar o “estado geral” das famílias expressava, por um lado, o que os colaboradores entenderam ou elegeram como seus critérios de escolha de famílias que poderiam ser sugeridas à pesquisadora, por exemplo, avaliar como “bom caso” aquelas famílias mais problemáticas, ou seja, as que julgaram terem sofrido mais perdas no desastre ou as que apresentavam maiores dificuldades de adaptação à vida no pós-desastre, conseqüentemente, aquelas que a equipe não tinha muita aceitabilidade para abordagem ou manejo para cuidar.

Em outro sentido, isto pode significar também uma espécie de interesse da equipe de saúde na atuação da pesquisadora que é uma profissional da saúde. Embora isso possa supor um risco de interpretação sobre esta relação inicial da pesquisadora com os colaboradores, assim como uma provável confusão de papéis interpretada pela própria equipe de saúde, uma vez que a pessoa da pesquisadora já era conhecida pelo enfermeiro e tal relação anterior inspirou confiança de que a enfermeira/pesquisadora pudesse ajudar a resolver tais situações problemáticas enfrentadas pela equipe junto às famílias mencionadas.

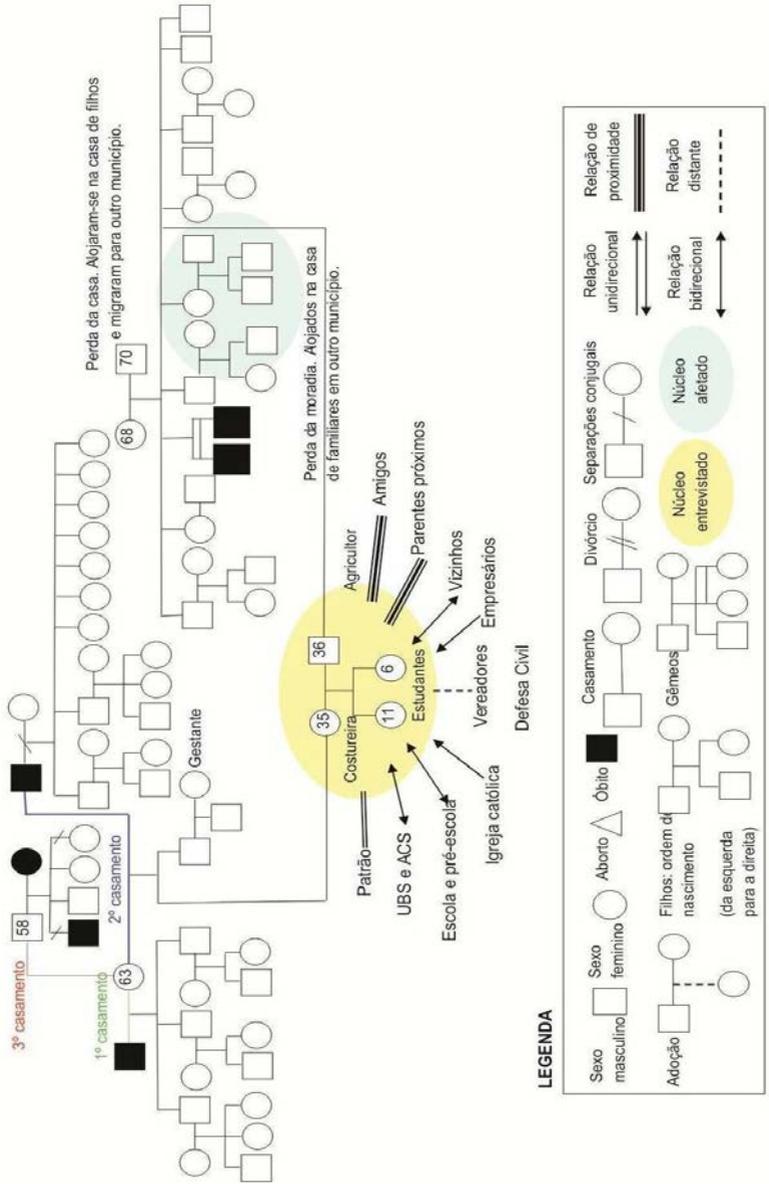
A seleção das seis famílias atendeu a ideia de Stake (1995), que estabelece, para o estudo de múltiplos casos, um número mínimo de quatro casos. A população do estudo, a qual compunha as seis famílias, totalizou doze indivíduos adultos, dez crianças entre 0 e 12 anos e três adolescentes.

A estratégia de localização das seis famílias selecionadas ocorreu por intermédio de visita no domicílio, acompanhada do agente comunitário de saúde correspondente à microárea em que se situava cada família. Tais visitas possibilitaram o contato pessoal para a apresentação da pesquisadora, da proposta de estudo, e também para a realização do convite de participação. Mediante o aceite da família, prosseguia-se com o agendamento da primeira entrevista, ocasião pela qual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era prioritariamente lido, e depois de obtidas as assinaturas, iniciavam-se os demais procedimentos da pesquisa.

3.5.1 As famílias participantes

A **Família 1** é um núcleo composto de um casal que vive em união estável há 12 anos e de duas filhas: uma de 6 e a outra de 10 anos. O pai (PF1), 36 anos de idade, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental. Declarou sua ocupação como a de agricultor, mas justificou que trabalha com serviços gerais, numa jornada diária de 8 horas, de segunda a sexta-feira e, às vezes, aos sábados. É funcionário em uma empresa de agronegócio local, sem registro de carteira de trabalho. A mãe (MF1), de 35 anos, também estudou até a 4ª série e trabalha como costureira registrada em uma “facção”⁴ localizada próxima a sua casa, por aproximadamente 10 horas diárias, de segunda a sexta-feira. A filha de 6 anos (C2F1), recém egressa da pré-escola, está iniciando o primeiro ano do Ensino Fundamental, no período vespertino, em uma das escolas públicas da comunidade, juntamente com a irmã de 10 anos (C1F1), estudante na 6ª série. A renda mensal estimada da família é de dois salários mínimos. A família pratica a religião católica.

⁴ Facção é o termo que se refere a uma empresa, malharia que presta serviços de costura para terceiros.



Fonte: a autora.

Figura 5 - Genograma e ecomapa da família 1.

A maioria dos membros de ambas as famílias de origem moram em outros municípios de Santa Catarina, alguns mais próximos e outros mais distantes. Há dois núcleos da família ampliada de PF1 que residem na mesma comunidade e que também foram atingidos pelo desastre natural. A família extensa de MF1 é bastante numerosa, como é possível observar no genograma. A mãe de MF1 é viúva do primeiro marido, com o qual teve 3 filhos, e mais tarde veio a se tornar viúva do segundo marido, relação da qual nasceram 2 filhos, um deles é a MF1. Este segundo marido, por sua vez, também tinha um casamento anterior, com 9 filhos, todos casados e com suas respectivas famílias (no genograma não estão discriminados estes núcleos, porque MF1 não soube relatar sobre as famílias destes irmãos). Atualmente, a mãe de MF1 vive com um companheiro que também foi casado anteriormente, o qual teve 2 filhos consanguíneos e mais 2 adotivos.

A família extensa de PF1 também é caracteristicamente numerosa, cujos pais tiveram 11 filhos. Dentre eles, gêmeos que faleceram na primeira infância, 7 filhos casados e com suas respectivas famílias, mais dois filhos adultos e solteiros que ainda moram na casa dos pais. O núcleo formado pelos pais de PF1 e os dois irmãos solteiros também foram atingidos pelo desastre. Eles residiam em sua propriedade rural na comunidade, quando sua casa foi destruída por deslizamento de terra e tiveram que mudar para outro município, vender um terreno e deixar o sítio.

A casa onde a família 1 residia antes do desastre ficava próxima à propriedade da família de origem paterna, mas foi levada pelas águas da enxurrada, com destruição total da sua estrutura e perda dos pertences. O terreno foi avaliado como área imprópria para reconstrução, ainda que permaneça como seu patrimônio. Um ano após o desastre se mudaram para a nova moradia, ainda inacabada, construída em outro terreno comprado pela própria família.

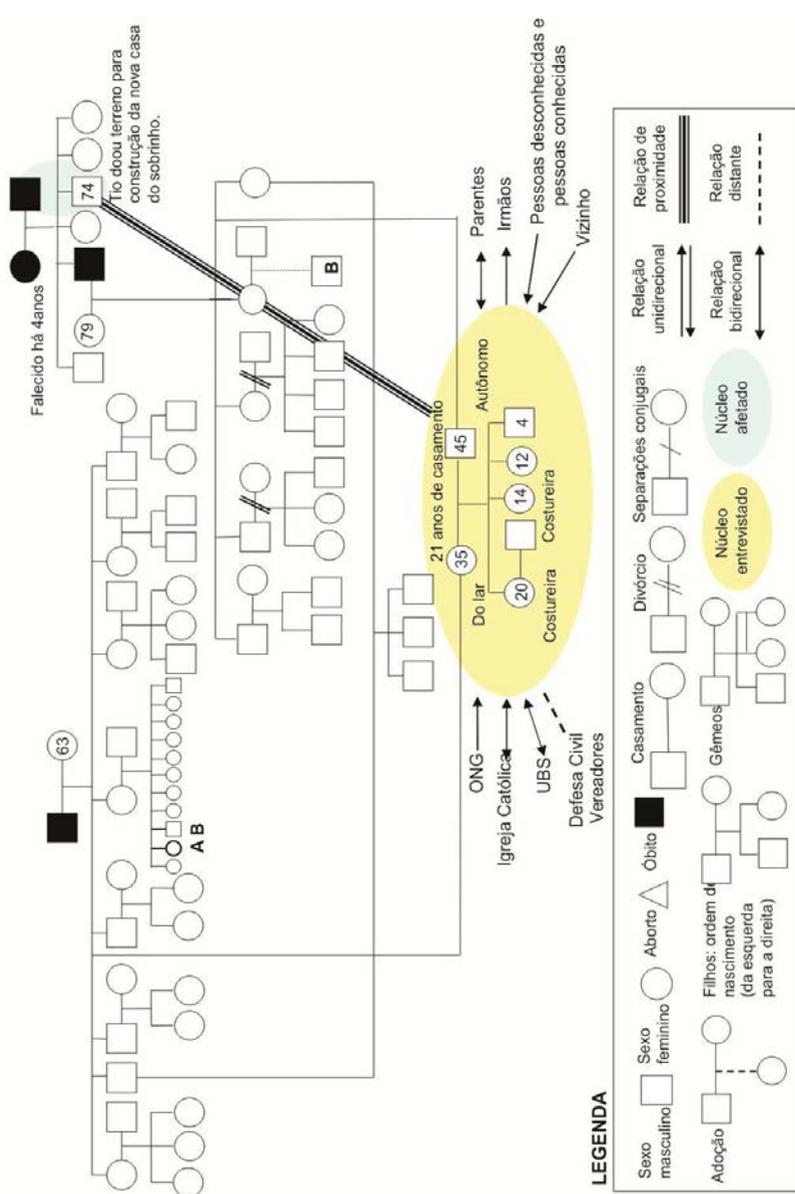
A Família 2 é um núcleo composto pelo casal, juntos há 21 anos, e três filhos que residem numa mesma moradia, mais o núcleo da filha (20 anos, ensino fundamental completo, costureira) e seu marido, vivendo em união estável e residindo perto, em moradia própria. O pai (PF2) tem 45 anos de idade, estudou até a quarta série do ensino fundamental e considera sua profissão a de pedreiro, mas atualmente também trabalha como atendente em um bar próximo de casa, onde são realizados regularmente torneios de bocha entre equipes procedentes da microrregião. O lucro do trabalho no bar complementa a renda mensal da família, havendo ganho também nos serviços de construção,

estimados no valor de três salários mínimos. Na ausência dos serviços de pedreiro, a renda do trabalho no bar torna-se principal, com a ajuda da esposa, que prepara os salgados vendidos nos torneios.

A mãe (MF2) tem 36 anos, estudou até a segunda série do ensino fundamental e, atualmente, ocupa-se com o cuidado do lar. Anteriormente, trabalhou como merendeira na creche e também como auxiliar de serviços gerais na Unidade Básica de Saúde. Contou que recentemente prestou a prova do concurso público municipal para a vaga de auxiliar de serviços gerais, e no período em que foram feitas as duas primeiras entrevistas, aguardava o resultado na esperança de voltar ao trabalho que tinha prazer de realizar. A filha de 14 anos, que mora ainda em casa, é estudante do primeiro ano do ensino médio, em uma escola pública fora da comunidade, no período noturno. Trabalha como costureira em uma facção que fica perto de casa, cerca de oito horas diárias, de segunda a sexta-feira. O caçula de 4 anos, que iniciou a pré-escola neste ano, frequentando-a no período vespertino, e nas manhãs fica sob os cuidados da mãe. O casal ainda tem uma filha adotiva, de 12 anos de idade, estudante na sexta série do ensino fundamental. O casal adotou legalmente a menina, que é sua sobrinha, quando ela tinha quatro anos e estava em um abrigo, juntamente com outros nove irmãos, os quais foram sucessivamente retirados da família por motivos do ambiente familiar e cuidado inadequado dos pais. Ao contarem sobre a história da adoção, o casal expressou a metáfora do “coração de mãe, onde sempre cabe mais um”, expondo como percebem a sua família.

A família pratica a religião católica e mencionou, inclusive, que o pai já foi eleito representante da comunidade, dirigindo a comissão da capela por quatro anos, onde desempenhava funções participativas na igreja e na preparação das festas. Contar sobre este cargo de dirigente comunitário pareceu ter um sentido de reconhecimento pelo seu caráter participativo e a disposição em ajudar.

Como é possível verificar no genograma, a família de origem de MF2 é bastante numerosa e todos os familiares, inclusive a mãe (63 anos), residem em uma cidade populosa de Santa Catarina, de onde MF2 saiu quando tinha 17 anos e foi morar na atual comunidade. Ela conta que sua família é de origem humilde e que sua infância foi bastante difícil, no que se refere à alimentação e recursos financeiros. Este foi o motivo da saída de casa, e especialmente o fato de serem em muitos irmãos, levou-a a começar a trabalhar e a se casar muito jovem.



Fonte: a autora

Figura 6 - Genograma e ecomapa da família 2.

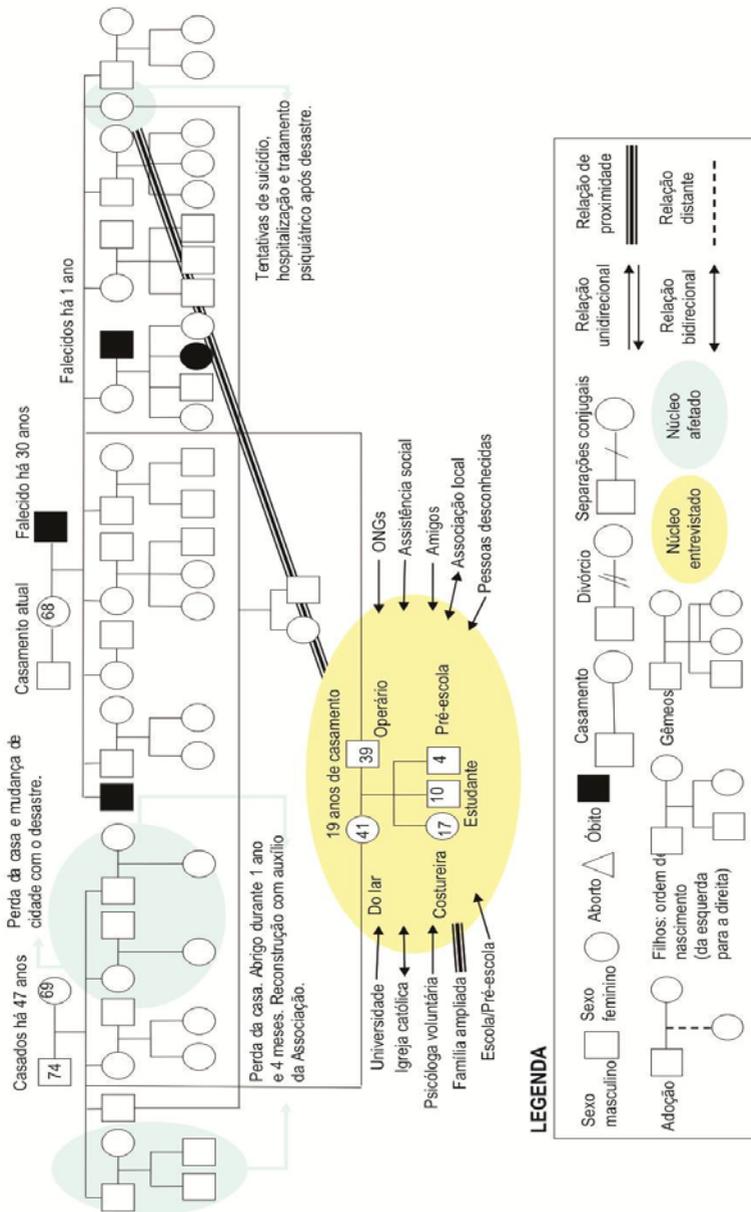
A família de origem de PF2 é também numerosa, constituída de seis irmãos: quatro casados e dois separados. Uma informação que PF2 frisou foi a existência de um casamento entre uma irmã sua com um irmão de MF2, além disso, uma adoção por outra irmã e o marido. Os membros da família ampliada residem em outros municípios vizinhos, e mais próximo da moradia da família 2 reside a família de um tio paterno (74 anos) e o primo, com quem são muito ligados. Conforme expressou PF2, “tenho este tio como meu pai [...] e meu primo é como um irmão, porque nos criamos juntos”. A casa deste tio e deste primo fica bem próxima à casa atual da família 2, que foi construída sobre um terreno doado por eles. Há uns 100 metros dali fica a casa da filha e do genro, que também ganharam uma casa construída pela família de origem do marido. A moradia atual, doada por uma ONG, é de alvenaria, cinco cômodos e com aproximadamente 70m² de área construída.

A **Família 3** consiste do casal, o pai (PF3), de 39 anos, cursou até a 2ª série do ensino fundamental, a mãe (MF3), de 41 anos, cursou até a 4ª série, e três filhos: uma adolescente (17 anos), com ensino fundamental concluído e que trabalha como costureira em uma cooperativa têxtil; um filho de 10 anos (C1F3), estudante na 5ª série do ensino fundamental, na escola pública da localidade; e um filho de 4 anos (C2F3) que frequenta a pré-escola. A renda da família advém do auxílio doença recebido pelo marido, o qual se encontra em afastamento do trabalho há mais de um ano, e também da venda de salgados caseiros produzidos em seu domicílio, em especial depois do abandono do emprego de costureira pela esposa, no período pós-desastre. Segundo informação do casal, a renda familiar atual alcança dois salários mínimos, dependendo do seu empenho na produção e venda dos salgados. Eles são casados há dezenove anos e a filha adolescente se considera amasiada, pois morava com o noivo desde antes do desastre, porém, atualmente, mora com os pais e o noivo permanece durante a semana em outro município, onde foi transferida a empresa em que trabalha. O jovem casal está construindo a casa própria na localidade rural.

A família é praticante da religião católica, assim como os demais núcleos da família ampliada. A família de origem paterna é numerosa, no entanto, apenas PF3 e a irmã caçula (30 anos) residem na localidade rural, os demais familiares vivem em outros municípios. Esta irmã foi criada por PF3 e MF3 desde os 12 anos de idade, quando a sua mãe teve que migrar para outro município e deixar a filha caçula com o irmão. Posteriormente ela constituiu família casando-se com um dos irmãos de

MF3, gerando dois filhos. Na menção do casal, esta irmã é considerada como uma filha, sendo assim também o modo como ela refere a sua relação com o irmão e a cunhada.

Por outro lado, a família de origem materna, menos numerosa, possui o núcleo familiar composto pelos pais idosos de MF3 e mais dois núcleos familiares constituídos por dois de seus três irmãos, residindo na localidade rural. Um dos irmãos vive com a família em outro município e se tornou um importante suporte no período pós-desastre.



Fonte: a autora.

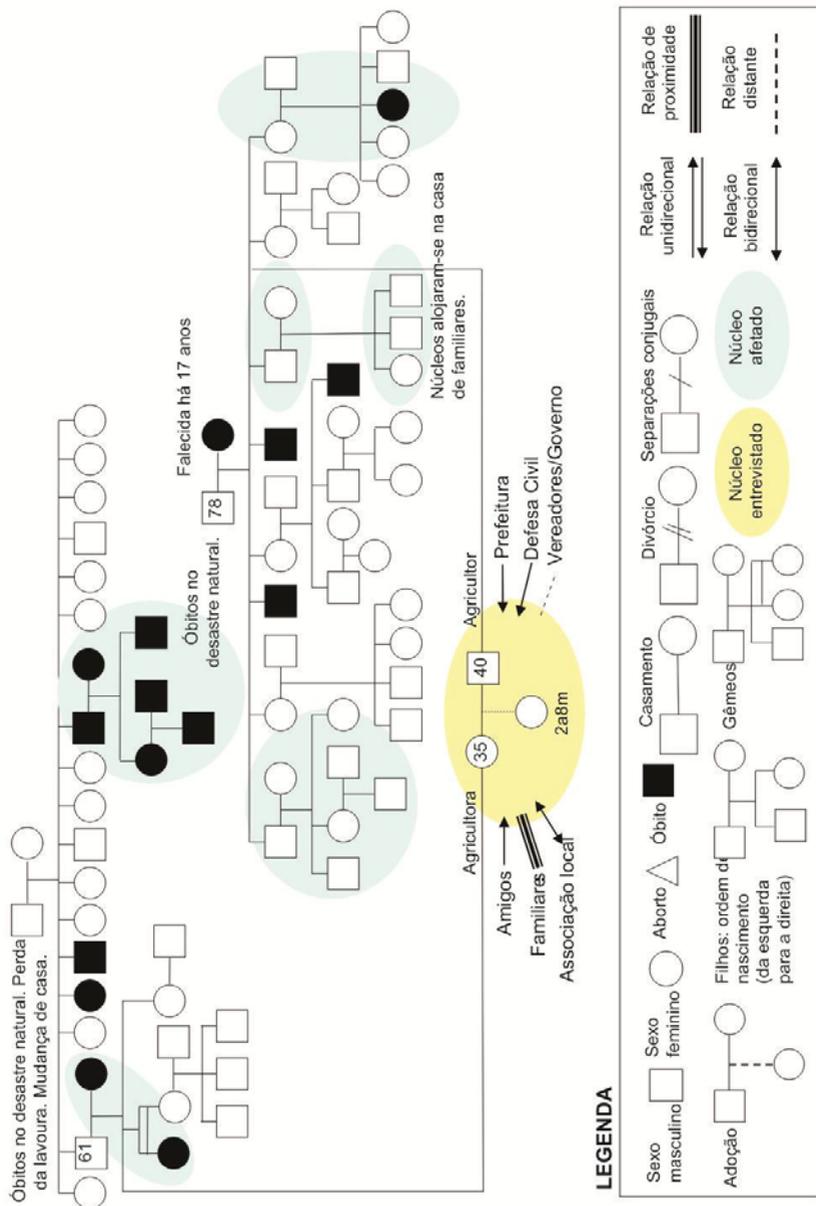
Figura 7 - Genograma e ecomapa da família 3.

A característica de convivência entre os núcleos da família de origem materna nesta localidade rural é de moradias próximas e o contato diário, contudo, todos os núcleos foram, de alguma forma, afetados pelo desastre. A moradia da família 3 teve a estrutura bastante comprometida com a enchente e perda total dos móveis e pertences que ficaram na casa. A moradia da família de um dos irmãos de MF3 e também a moradia da família da irmã caçula de PF3 foram totalmente destruídas pela ação de deslizamentos de terra.

O casal de idosos que não teve danos materiais na moradia foi o primeiro a retornar para a localidade, em questão de poucos meses após o desastre. Já a família 3, cerca de nove meses após o desastre e tendo conseguido reformar a sua casa, retornou para o local. Entretanto, os demais núcleos permaneceram mais de um ano em abrigo temporário até a conquista da nova moradia.

A **Família 4** é um núcleo formado pelo casal e uma filha adotiva. A mãe (MF4), de 35 anos, com ensino médio completo, é agricultora. O pai (PF4), com 40 anos de idade e ensino fundamental completo, é agricultor e também gerencia seu agronegócio. A filha adotiva tem 2 anos e 6 meses fica sob os cuidados diários da mãe, ou sob os cuidados do pai, quando há algum compromisso da esposa na associação local dos atingidos pelo desastre, na qual atua como representante comunitária.

A renda mensal atinge cinco salários mínimos e a família mora em casa própria, ampla e de alvenaria, em meio às plantações de banana que lhes fornece o sustento. A moradia não foi atingida pelo desastre, mas em torno dela houve muitos estragos, inclusive nas moradias da vizinhança, e por esta razão, a família precisou alugar-se na casa de familiares que vivem em outra região do município. A família é de religião católica e muitos dos núcleos da família ampliada convivem em moradias próximas na localidade, como é tipicamente caracterizado no meio rural.



Fonte: a autora.

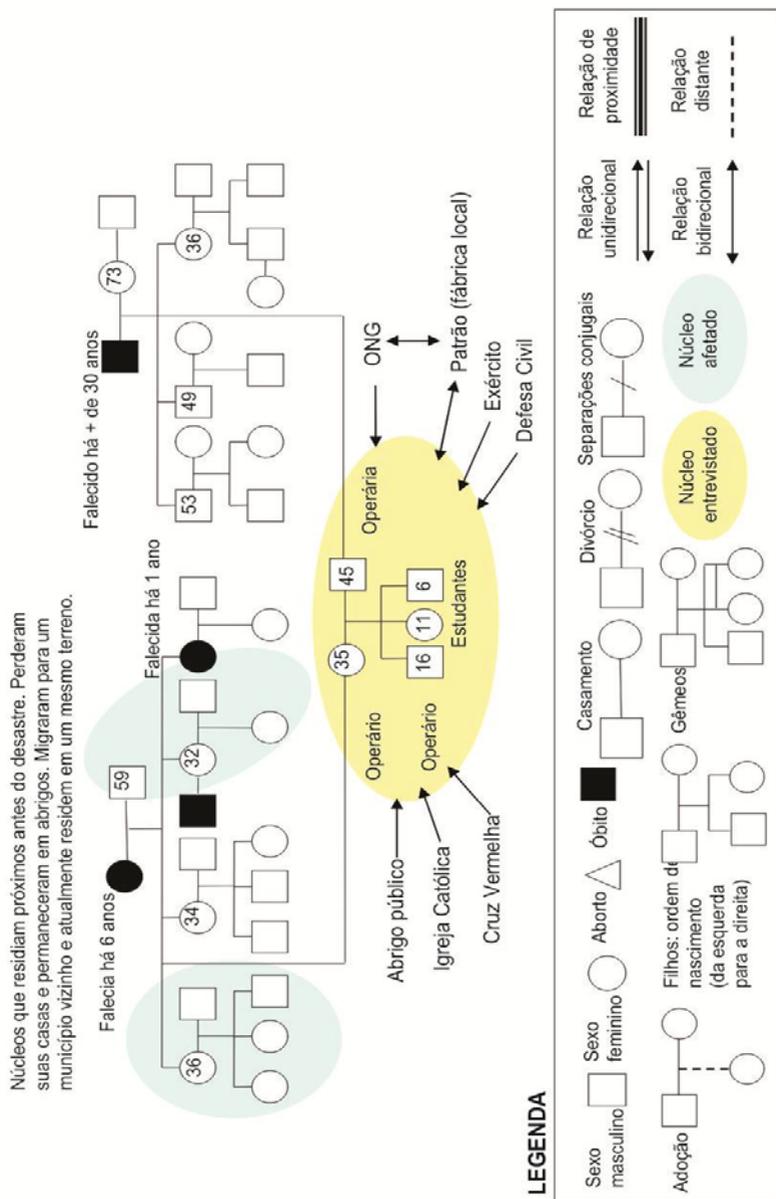
Figura 8 - Genograma e ecomapa da família 4.

Como demonstrado no genograma, a família ampliada sofreu diversas perdas pela morte de membros atingidos no desastre natural, além de outros danos materiais e perda significativa da lavoura. Na família de origem materna, houve a morte da mãe e de uma das irmãs de MF4 e ainda a morte de um núcleo familiar inteiro e de outros membros de gerações mais distantes, mas que contabilizaram mais de dez mortes em função da tragédia. Na família de origem paterna, bastante numerosa por sinal, não houve mortes pelo mesmo motivo, mas alguns núcleos foram também atingidos, tendo que deixar suas moradias e permanecer temporariamente alojados em casa de familiares.

A **Família 5**, diferentemente das demais, morava na localidade rural antes do desastre, no entanto, com a perda da moradia, migrou para outra localidade rural no mesmo município. O núcleo familiar é composto do pai (PF5), 45 anos, e da mãe (MF5), 35 anos, ambos estudaram até a 4ª série do ensino fundamental e trabalham como embaladores em uma fábrica de conservas. Estão casados há 17 anos e tiveram três filhos: um deles está na fase adolescente, aos 16 anos, tendo concluído o ensino fundamental e iniciado no trabalho de embalador na mesma fábrica em que os pais estão empregados; uma filha de 11 anos, estudante da 6ª série do ensino fundamental em uma escola pública do município; e um filho de 6 anos que iniciou a primeira série na escola.

Atualmente, a família reside em uma moradia mista, parte dela doada por uma ONG no pós-desastre, e com a ampliação dos cômodos custeada pelo casal que desejava mais espaço à família. A renda mensal é de aproximadamente seis salários mínimos, contando com a ajuda do filho adolescente para o sustento de duas motocicletas e de um automóvel que compõem o patrimônio familiar. São praticantes da religião católica.

A família ampliada também sofreu mudanças com o desastre, tendo em vista que todos os núcleos da família de origem materna tiveram perda das suas respectivas moradias e decidiram migrar para outro município, onde reconstruíram suas novas casas e instalaram uma facção de costura, cujo trabalho e renda são compartilhados pelas irmãs de MF5. O pai de MF5 também deixou a localidade rural para dividir moradia com o núcleo familiar constituído por uma de suas filhas. Um fato comentado e considerado marcante na vida da família 3 foi a morte acidental da irmã caçula de MF5, por volta de um ano e meio após o desastre.



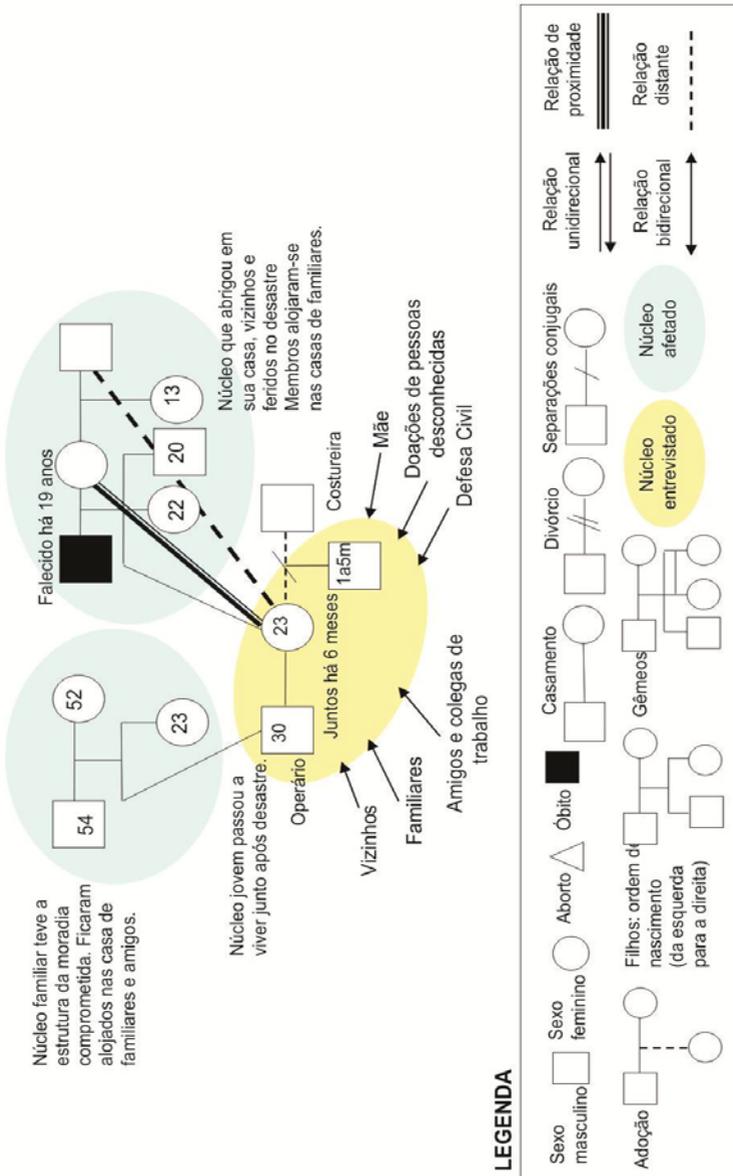
Fonte: a autora.

Figura 9 - Genograma e ecomapa da família 5.

A família de origem paterna também tem seus núcleos com residência na localidade rural, mas não tendo sofrido danos materiais ou suas moradias afetadas, permaneceram na localidade, em especial, a mãe de PF5 com a qual mantém as visitas de final de semana no pós-desastre.

A **Família 6** é um núcleo de arranjo monoparental materno, com uma criança de um ano e cinco meses e a companhia recente (aproximadamente seis meses anteriores ao primeiro encontro para pesquisa) de um namorado da jovem mãe. A mãe (MF6), de 23 anos, com ensino médio concluído e o curso universitário interrompido, trabalha como operadora de máquina em uma fábrica localizada no município vizinho. O companheiro tem 30 anos, ensino superior completo, trabalha como assistente comercial de uma indústria têxtil, em outro município. O pai da criança não mantém contato desde que abandonou MF6, após a descoberta da gravidez.

A moradia onde vive este núcleo monoparental foi construída após o retorno da família de origem à localidade, no pós-desastre, e fica dentro da propriedade rural da família. É uma pequena casa de madeira, suficientemente equipada, onde se acomodam a jovem mãe, o namorado e a criança. Na vida diária, a mãe conta exclusivamente com os cuidados e a presença da avó materna e das irmãs que ajudam a tomar conta da criança, nos períodos em que a jovem se encontra no trabalho. A renda mensal do núcleo monoparental alcança em torno de três salários mínimos.



Fonte: a autora.

Figura 10 - Genograma e ecomapa da família 6.

Na época do desastre, MF6 morava ainda na casa da mãe com o padrasto e trabalhava como costureira. No entanto, com os grandes deslizamentos de terra ocorridos próximo à moradia, houve consequente comprometimento da estrutura e a interdição, devido aos riscos iminentes da área. Após alguns meses, a família de origem reformou a moradia e retornou à vida na localidade, embora tenham sido obrigados a abandonar as atividades agrícolas pelas perdas na propriedade, o padrasto e o irmão passaram a trabalhar em uma serraria local, e a mãe continuou com a produção e venda de pães e doces caseiros, cujas atividades geram a renda.

Conforme informações colhidas do companheiro de MF6, a sua família de origem também reside na localidade rural e teve a moradia em parte danificada ao ser atingida por deslizamento de terra no desastre natural. Depois de reformada a casa, retornou à localidade com a família de origem e, ocasionalmente, veio a conhecer a namorada MF6, com quem passou a dividir a moradia e ter planos para o futuro.

O quadro a seguir sintetiza as informações que caracterizam os casos estudados.

Composição Familiar	Escolaridade	Ocupação	Renda	Danos
F1: Casal e duas filhas na idade escolar	Ensino fundamental incompleto. Estudantes da 1ª e 5ª séries.	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 incompl. Ensino médio incompleto (adolesc).	Pedreiro e do lar. Costureiras (adolesc)	Aprox. 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 incompl. Ensino fundamental completo (adolesc)	Autônomos (produção caseira de salgados). Costureira (adolesc)	Aprox. 2 salários mínimos	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 séries. Ensino fundamental completo (adolesc).	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.	Aprox. 3 salários mínimos	Perdas materiais, desemprego.

Quadro 1 - Síntese dos aspectos que caracterizam os seis casos estudados.

3.6 TÉCNICAS DE OBTENÇÃO DOS DADOS

Yin (2005) e Stake (1994) concordam que os dados para estudos de caso podem se basear em muitas e diferentes fontes, geralmente

auxiliadas por um processo de triangulação que serve para clarificar significados, verificar a repetição de uma observação ou interpretação e identificar diferentes meios pelos quais o fenômeno está sendo visto. Desta maneira, a coleta de dados sobre o contexto dos múltiplos casos e as narrativas procedeu do uso de algumas técnicas descritas a seguir.

3.6.1 Observação participante

Embora em um nível menos comprometido e minucioso das etapas de observação descritiva, focalizada e seletiva, consideradas por Spradley (1980) para a observação participante em pesquisa etnográfica, a pesquisadora utilizou-se desta técnica por nortear o mergulho no campo e oportunizar a ampliação de dados que podem ser vistos, ouvidos e sentidos pelo pesquisador quando este se envolve ativamente no contexto do estudo. De acordo com Flick (2009), a observação participante deve ser entendida como um processo, pelo qual o pesquisador deve gradativamente tornar-se um participante no campo e no contato com as pessoas/informantes, além de concentrar-se cada vez mais em aspectos direcionados à questão de pesquisa.

Neste sentido, pode-se dizer que, tomando por base o modelo metodológico da Observação-Participação-Reflexão de Leininger (1991 apud BOEHS, 2001 e MONTICELLI, 2003), seguiram-se as etapas:

- *observação e escutar ativo*: em que a pesquisadora, desde o primeiro contato com o campo, observou o cenário com sinais de destruição pós-desastre conduzida pelo enfermeiro que gentilmente cedeu parte do seu período de um dia de trabalho para apresentar a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). Ele narrou sua versão sobre o “estado geral” da comunidade e de alguns “casos particulares” que a equipe procura cuidar, ao mesmo tempo, alertando a pesquisadora sobre os riscos ainda presentes no cenário como exemplo, a fragilidade das pontes e as más condições de tráfego nas estradas de terra após dias de chuva, ou seja, uma maneira cuidadosa de mostrar-lhe os caminhos para chegar às famílias. Ao passar pelas unidades de saúde, a pesquisadora observa um dia típico de atendimentos. E, nos encontros com a equipe de saúde para a seleção das famílias participantes, a atenção redobrada ao ouvir as histórias contadas pelos ACS, suas anotações nos cadernos de acompanhamento das famílias e o desabafo sobre as suas dificuldades em lidar com as famílias “problemáticas” no pós-desastre, ou as boas notícias sobre exemplos e situações de

superação conquistadas por outras famílias.

- *fundamentalmente observação com limitada participação*: a observação esteve mais aguçada em especial quando se iniciou o contato com as famílias escolhidas para o estudo, cuja participação da pesquisadora foi também avançando com o trabalho em campo, ao circular pelas ruas da comunidade acompanhada dos ACS para fazer o convite e apresentar a proposta de pesquisa. No primeiro contato com as famílias, aconteceu de, geralmente, as ACS fazerem a aproximação da pesquisadora, apresentando-a como “uma enfermeira interessada em conversar sobre uma pesquisa” e, antes que isto lhes pudesse causar qualquer espanto, oferecia-lhes informações suficientes a respeito da sua pessoa (nome, procedência, atuação no cursando de doutorado na Universidade, e esclarecendo a ausência de vínculo empregatício com os serviços de saúde locais). Estas primeiras visitas ocorreram tanto em dias úteis da semana, como em dias de final de semana, o que possibilitou também a observação sobre o que acontece na comunidade nestes diferentes momentos, o movimento das pessoas ao trabalho, o andamento de obras para reconstruções (da unidade de saúde destruída pelo desastre, recuperação de trechos de estrada, das plantações, etc), as famílias que se encontram em casa e quais podem ser consultadas somente no final de semana.

- *participação com observação continuada*: a partir do aceite da participação de cada família e da realização da primeira entrevista, o contato da pesquisadora foi se tornando mais frequente e a troca de informações também. Nesse momento inicial foram coletados dados de identificação das famílias (Apêndice A). A cada entrevista com as famílias, houve interação suficiente da pesquisadora para a observação de atitudes, gestos, expressões dos informantes, além de exercitar o “olhar panorâmico” sobre o contexto de vida e das moradias em si, com especial atenção às situações da rotina, e sinais que oportunizassem falar acerca dos acontecimentos mais íntimos nas famílias, ou seja, dos rituais.

À medida que a vinda ou a visita da pesquisadora se tornava mais “natural” e até, pode-se dizer, esperada pelas famílias em alguns dos finais de semana quando eram combinadas as entrevistas, as observações foram focalizando melhor os comportamentos rotineiros. Houve uma significativa diferença entre a primeira entrevista, na qual os membros se comportaram mais formalmente. A pesquisadora foi conduzida até a sala de visitas da moradia, onde cada um assentou em

um lugar, e ao solicitar autorização para o uso do gravador, prontamente evitavam qualquer ruído dentro da casa. Isto porque participar de uma pesquisa era ainda uma experiência desconhecida para eles. No entanto, quando comparado às entrevistas subsequentes, em que mesmo a pesquisadora já tendo chegado na moradia, pediam que aguardasse até terminarem alguma atividade doméstica que ainda não estava finalizada, como exemplo, estender as roupas no varal ao sol, ou sentar-se à mesa na cozinha para tomar um café, enquanto os demais membros se aprontavam para a entrevista. A sensação da pesquisadora, estranhamente, foi de “sentir-se em casa”, não apenas pela gentil recepção e aceitação das famílias participantes, mas também pela impressão de estar participando, de alguma forma, daquela rotina e as conversas, por conseguinte, também foram se tornando menos formais, embora estivessem sempre direcionadas às experiências de vida, de cuidados à saúde da organização das rotinas no pós-desastre.

A interação da pesquisadora com os informantes foi sendo reconhecida como um vínculo de respeito às suas histórias contadas, com demonstração de certa permissividade para que aspectos da vida privada da família pudessem ser mais bem explorados ou observados. Assim como, os pertences à mostra nos espaços da moradia (fotografias de família, lembranças, enfeites, medicamentos) são uma forma de atentar às narrativas não ditas. Um exemplo que remete ao uso da observação chamando a atenção sobre narrativas não ditas foi durante a primeira entrevista na primeira família selecionada, quando, mostrando a nova casa ainda inacabada, discorreram então sobre os planos futuros. Tais observações inspiraram algumas perguntas que fizeram parte das entrevistas e que, por sua vez, geraram narrativas. Do mesmo modo, os assuntos abordados pelas famílias nas entrevistas levaram à observação de aspectos até então privativos ao círculo social familiar. A exemplo da narração dos informantes desta família sobre as comemorações e rituais da família ampliada, espontaneamente eles resgataram uma caixa com fotografias e mostraram-nas, comentando sobre as pessoas e as situações retratadas nas imagens e, em outro momento, conduziram a pesquisadora para assistir a fragmentos de filmagens dos eventos familiares, junto deles na sala.

Em contrapartida à abertura de suas vidas para que interesses da pesquisadora pudessem ser contemplados ao longo do processo, logicamente, as famílias participantes também se sentiram no direito de questionar a pesquisadora quando tinham alguma dúvida, ou então, quando necessitavam de alguma opinião sobre questões de saúde na família. Esta “troca de favores” foi sendo descortinada com o avançar do

trabalho em campo, uma vez que a pesquisadora frequentava a comunidade pois, à medida que ia realizando as visitas para a seleção de outras famílias, retornava às primeiras famílias entrevistadas para saber se estavam bem e se estariam disponíveis para o agendamento de mais algum encontro. Acredita-se que isto tenha contribuído sobremaneira para a relação de confiança, cuja participação na pesquisa foi tomando importância menor do que o “acompanhamento”, ou porque não dizer, o cuidado (já que deste procedimento profissional é quase que impossível se desvencilhar!), oferecido pela enfermeira pesquisadora, como era conhecida na vizinhança: “*Olha quem chegou! A minha enfermeira particular!*”

- *fundamentalmente reflexão e reconfirmação dos dados com os informantes*: o processo de refletir sobre os dados coletados e a validação dos mesmos com as famílias entrevistadas se deu quase que concomitante à realização das entrevistas, durante o trabalho intenso no campo de pesquisa. Após cada entrevista, a pesquisadora buscava organizar todos os dados de transcrição e de observação, tanto para a preparação da entrevista seguinte e de sua necessidade de aprofundamento, quanto para refletir os achados com o referencial teórico, isto é, pensar sobre onde se estava chegando, afinal, com tais dados. Imediatamente ao término de cada encontro com as famílias, procurava-se registrar as observações em tópicos, os quais eram detalhadamente descritos no diário de campo, no transcorrer da semana subsequente, o que se considera um cuidado metodológico que fornece credibilidade à coleta dos dados. A confirmação sobre as reflexões ou interpretações rascunhadas pela pesquisadora acerca dos os dados anteriormente coletados era feita, geralmente, antes de iniciar ou ao encerrar a entrevista seguinte em cada uma das famílias.

Quanto às reflexões da pesquisadora, destacam-se os registros das observações e, simultaneamente, o das transcrições das entrevistas que levaram a *insights* relacionados também às narrativas não ditas, as quais não são tão óbvias aos olhos de um observador despreparado ou inexperiente. Na menção de Langdon (1993, p.155), “não é só a narrativa contada que transmite uma mensagem. Frequentemente a narrativa que não pode ser contada carrega um peso igual ou maior que aquela contada”. Confere-se aos *insights* teóricos um profundo compromisso com os dados e também com o mergulho em campo, sob as lentes da teoria.

3.6.2 Entrevista narrativa

Flick (2004) considera a entrevista narrativa uma técnica que possibilita abordar as experiências individuais dos entrevistados e a sua interpretação sobre elas e seu mundo, através das narrativas. Ainda que a entrevista narrativa seja especialmente empregada em estudos biográficos, tem grande importância nos estudos de método qualitativo em geral, por oportunizar que o entrevistado conte de forma improvisada a história sobre algum acontecimento de que tenha participado, os eventos relevantes, do início ao fim. Esta abordagem de coletar narrativas enriquecidas de interpretação dos entrevistados se aproxima da perspectiva interpretativista definida para o estudo. A escolha por esta técnica de coleta de dados procedeu da definição do método de análise das narrativas, o qual foi descrito pelo sociólogo alemão Fritz Schütze, criador da técnica de entrevista narrativa.

Dessa forma, a entrevista narrativa é classificada como

método de pesquisa qualitativa, [...] é considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade, com características específicas. [...] A entrevista narrativa vai mais além que qualquer outro método ao evitar uma pré-estruturação da entrevista. É o empreendimento mais notável para superar o tipo da entrevista baseado em pergunta resposta. Ela emprega um tipo específico de comunicação cotidiana, o contar e escutar história, para conseguir esse objetivo (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p.95).

A entrevista autobiográfica improvisada, como foi denominada por Schütze (1977; 1992; 2007; 2010), compõe-se de três partes: a primeira - *a narrativa inicial*, que é gerada por uma questão autobiograficamente orientada, ou seja, sobre a história de vida ou sobre uma fase da história de vida que interesse ao estudo. Nesta etapa, os informantes não devem ser interrompidos em sua narração, que é finalizada, geralmente, com uma expressão que indique o coda (final) da narrativa. Na segunda parte, o entrevistador introduz perguntas para explorar temas que foram resumidos na narrativa inicial ou que se tornaram fragmentos vagos, abstratos que necessitam de clareza ou de complementação para compreensão. A terceira parte da entrevista visa à descrição abstrata de situações apresentadas pelo informante, respostas

argumentativas, através da introdução de perguntas para explorar “a capacidade de explicação e de abstração do informante como especialista e teórico de seu “eu” (SCHÜTZE, 2010, p. 212).

Neste sentido, na ocasião da primeira entrevista narrativa, cada família foi abordada com a pergunta gerativa: *Conte-me sobre como tem sido a vida da família após o desastre natural*. Durante o processo de escutar o informante, o entrevistador pode tomar nota de pontos especialmente interessantes que possam ser mais esclarecidos para uma melhor compreensão da história. Outras perguntas foram feitas nas entrevistas subsequentes, as quais previamente elaboradas a partir de anotações feitas durante a entrevista anterior ou após a transcrição, no intuito de detalhar pontos da história que narravam situações das rotinas e rituais familiares, ou sobre os cuidados à saúde da família no pós-desastre, de maneira que o interesse nesta etapa da entrevista narrativa era de aprofundar os dados que se referem ao objeto de investigação.

Contudo, a ansiedade da pesquisadora e sua inabilidade com a técnica da entrevista narrativa interferiram na escuta concentrada aos informantes, sobretudo nas primeiras entrevistas, em que a narração foi interrompida diversas vezes para a introdução de perguntas diretas que foram sendo percebidas ao longo das transcrições como desnecessárias para o esclarecimento nos respectivos momentos, prejudicando a estruturação e a construção das narrativas dos membros das famílias. Notados estes percalços metodológicos, a pesquisadora redobrou a atenção para a escuta, apropriando-se com mais afinco da estratégia de anotação das dúvidas ou dos aspectos narrados que necessitavam de maior aprofundamento em fase posterior das perguntas.

Foram realizadas ao total vinte e uma entrevistas, que aconteciam no domicílio de cada núcleo familiar, com duração de no máximo uma hora e meia, a partir de agendamento prévio para que oportunizasse a participação de mais de um integrante de cada família. A ideia de entrevistar o núcleo familiar e não apenas um representante da família atentou para o que Hildenbrand e Jahn (1988 apud FLICK, 2004) chamaram de coleta sistemática de narrativas conjuntas, com base na observação de tais autores em estudos de famílias. Neste sentido, a conveniência do uso desta estratégia nas entrevistas direciona-se para a produção de narrativas construídas em conjunto, permitindo que a conversa seja moldada pelos próprios membros da família, gerando dados a respeito da experiência com o desastre natural.

Na presença de crianças, foi disponibilizado um material para desenho livre, de forma a entretê-las quando inquietas durante as entrevistas. Porém, verificou-se que, ao ouvir o relato dos adultos, as

crianças se expressaram acerca da experiência do desastre. Surpreendentemente, elas desenharam sobre suas casas antes e depois do desastre e também criaram desenhos da família que oportunizaram um canal de comunicação e de participação delas durante as entrevistas, especialmente, nas duas primeiras famílias. Ao mostrarem seus desenhos, elas também relatavam o que eles significavam e contavam algo que lembravam sobre a família ou a sua experiência. Os desenhos não se tornaram material de análise, e sim as narrativas das crianças.

Todas as entrevistas foram gravadas, utilizando-se de aparelho MP3, sob autorização consentida pelos informantes, e as transcrições foram feitas sempre durante a semana que sucedeu cada entrevista realizada.

3.6.3 Genograma e Ecomapa

Na ocasião da segunda entrevista com cada uma das famílias, optou-se pela aplicação do genograma e do ecomapa, através da construção conjunta com os membros de cada família. Estes instrumentos sugeridos pelas autoras Wright e Leahey (2009) são apropriados para a abordagem assistencial na avaliação dos sistemas e subsistemas familiares, e também na pesquisa em enfermagem com famílias.

O genograma é um diagrama que fornece dados geracionais do grupo familiar e é definido por Wright e Leahey (2009, p. 84) como “uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna”. Já o ecomapa “é um diagrama do contato da família com outros, além da família imediata, e representa conexões importantes entre a família e o mundo”.

O uso do genograma possibilitou o conhecimento sobre a estrutura interna das famílias, considerando três gerações. Também oportunizou a obtenção de informações a respeito das características dos núcleos familiares informantes (idade, escolaridade e ocupação de cada membro, tempo de casamento), além de informações sobre os demais núcleos da família ampliada (como exemplo, quais foram atingidos no desastre, condição de saúde). A construção conjunta do genograma contou com uma pergunta gerativa, habitual para a aplicação deste instrumento: *quem faz parte da família?* Neste aspecto, foram geradas narrativas sobre as relações internas do núcleo familiar no contexto anterior e posterior ao desastre natural.

A construção conjunta do ecomapa se mostrou um importante recurso para a coleta de dados sobre as relações externas da família, as relações com os profissionais e os serviços de saúde, além das narrativas sobre a ajuda (e as formas de ajuda) com que puderam contar no período imediato e mediato do pós-desastre, estimulada pela pergunta: *com quem vocês puderam contar no pós-desastre?*

Tais instrumentos merecem reconhecimento para o desenho de estudo de múltiplos casos de famílias, fundamentalmente pela capacidade de gerar dados importantes à compreensão do contexto de saúde, tendo em vista que é possível explorar as relações de cuidado internamente e externamente, resgatando os recursos disponíveis e acessados pelos membros individualmente e pela unidade familiar.

Em seguida à elaboração manual dos genogramas e ecomapas junto de cada família, os dados eram diagramados utilizando as ferramentas do programa Microsoft Word, tomando por base os símbolos padronizados por Wright e Leahey (2009). A confirmação dos dados coletados se deu em encontro posterior com cada uma das famílias, mediante a apresentação visual dos diagramas.

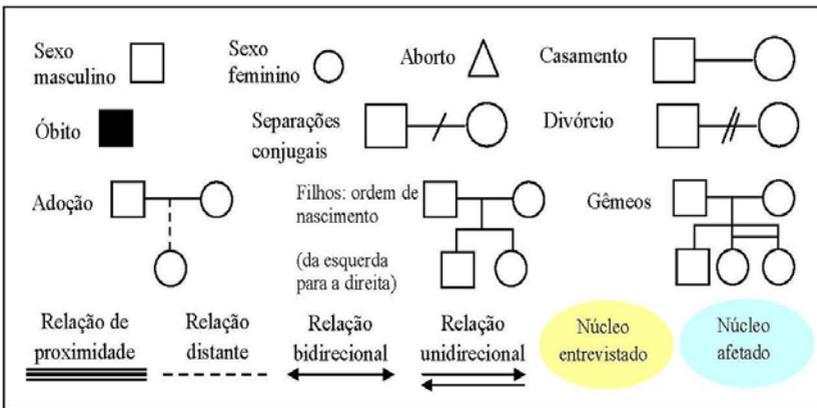


Figura 11 - Símbolos utilizados para a elaboração dos genogramas, com base em Wright e Leahey (2009)

3.6.4 Registro das famílias: calendário de rotinas

Um instrumento complementar elaborado para o registro das famílias sobre as rotinas diárias, denominado Calendário de Rotinas (Apêndice B), foi um recurso adicional utilizado para a obtenção de dados específicos sobre as rotinas familiares. O registro no calendário de rotinas foi colhido de cinco das seis famílias pesquisadas, respeitando-se a decisão dos informantes de dada família em realizar ou não o registro.

Cada membro das famílias foi convidado a fazer o registro das principais atividades individuais e coletivas aos demais familiares na rotina típica, ao longo de sete dias de uma semana, sinalizando se houvesse a ocorrência de alguma eventualidade ou situação inesperada à rotina. Embora a proposta tenha contado que cada membro fizesse seus próprios registros, percebeu-se que em cada núcleo isto aconteceu de forma diversificada, ou seja, em um dos núcleos, a mãe foi quem registrou as atividades de todos os demais membros, auxiliada pela filha adolescente, e em outro núcleo, a filha na idade escolar registrou as suas atividades e as do irmão mais novo, enquanto que a mãe registrou as atividades do casal e do filho adolescente, etc. As estratégias utilizadas para colaborar com o registro no instrumento foram consideradas de grande valia para a pesquisa, uma vez que se tratava de algo voluntário e espontâneo. Além disso, ao serem questionados sobre como haviam chegado à definição de tais atividades de rotina anotadas, alguns dos informantes referiram que a rotina típica não sofre constantes mudanças e por isso da facilidade de uns saberem das atividades diárias dos outros. Complementarmente, em uma das famílias, a informante comentou ser comum os membros trocarem notícias entre si de como foi o dia, ou planejarem o dia seguinte, geralmente quando se encontram reunidos para alguma refeição. Para surpresa da pesquisadora, os registros acerca de situações eventuais na rotina típica da semana estavam relacionados a episódios de doença, o que também foi válido para explorar os cuidados familiares. Um exemplo de registro individual das rotinas é apresentado no Anexo B.

O Calendário foi utilizado em momento oportuno da coleta de dados com cada família, após terem sido realizadas ao menos duas entrevistas, e por este motivo, julgou-se a alternativa útil para ampliar os dados, inclusive porque já se havia discutido algo sobre o assunto das rotinas e rituais familiares. Com os registros em mãos, fez-se uma entrevista posterior para explorar as narrativas a respeito das rotinas individuais dentro de cada família, de forma a ampliar os dados sobre as

rotinas familiares no pós-desastre. O instrumento, embora simples, resgatou narrativas relativas às tarefas dos integrantes, aos cuidados presentes na vida diária, episódios de doença e busca por atendimento de saúde, questões de gênero e rituais da vida diária. Ademais, mostrou-se um instrumento com possibilidades de uso a serem investidas e investigadas para a abordagem no cuidado de enfermagem à família, justamente por auxiliar a comunicação e o enfoque sobre a realidade cotidiana dos seus integrantes, além de facilitar a discussão sobre aspectos do cuidado à saúde em suas rotinas.

3.7 ORGANIZAÇÃO E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados das entrevistas narrativas gravadas foram transcritos pela própria pesquisadora, prioritariamente durante a semana seguinte à realização de cada entrevista, no intuito de que a transcrição mais próxima da ocorrência da entrevista conferisse maior fidedignidade aos dados. As transcrições foram arquivadas em documentos do Microsoft Word®, identificadas pela denominação da família entrevistada, a data em que a entrevista ocorrera e o número de sequência da entrevista.

As observações feitas durante os encontros com as famílias eram sintetizadas em tópicos que facilitassem a lembrança das situações ocorridas, tendo em vista que a pesquisadora fazia uso de uma caderneta para registros em campo. Posteriormente e concomitante ao trabalho de transcrição das entrevistas, os tópicos de observação eram detalhadamente descritos e digitados em documento no Word.

Os genogramas e ecomapas foram construídos manualmente no momento da entrevista com cada uma das famílias e depois foram digitalizados em arquivos separados para melhor visualização e padronização dos símbolos.

Os registros das famílias nos calendários de rotinas ficaram sob a guarda da pesquisadora para eventuais consultas ao longo do processo de análise dos dados, visto que as narrativas geradas destes registros foram também gravadas em entrevista posterior à aplicação do instrumento, com subsequente transcrição e armazenamento.

O armazenamento dos dados contou com a utilização do diário de campo (Apêndice C), o qual consistiu em um instrumento de organização e processamento da análise dos dados. O diário de campo é composto de notas de entrevista (NE), que foram as transcrições propriamente ditas, as notas de observação (NO) referentes às

informações do contexto, situações e dos casos, as notas teóricas (NT), ou seja, as inferências, *insights* ou aspectos teóricos lembrados durante a coleta dos dados, e as notas metodológicas (NM) sobre o andamento da pesquisa e o desenvolvimento das técnicas (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de um estudo de múltiplos casos, a análise das narrativas foi feita primeiramente de cada família e, no quinto passo, os seis casos foram comparados, integrando-os para a finalização da análise.

A análise de narrativas de Fritz Schütze está diretamente associada à técnica da entrevista narrativa, desenvolvida pelo mesmo autor a partir da década de 1970. Nesse período, Fritz Schütze e Joachim Matthes, coordenadores do grupo “Sociólogos de Bielefeld”, desenvolveram um programa alternativo às pesquisas sociológicas vigentes na Alemanha, cujo enfoque retomava a pesquisa qualitativa, inspirados nas premissas do Interacionismo Simbólico e nos estudos de outros autores como George Herbert Mead, Herbert Blumer, Aaron Cicourel, Harold Garfinkel e Ervin Goffman (WELLER, s/d).

Schütze contribuiu fundamentalmente à pesquisa social, dando ênfase à reconstrução da perspectiva do indivíduo sobre a realidade social em que vive, constrói e a modifica, em especial a resignificação da pesquisa biográfica nas ciências sociais e da educação, através da qual direciona a análise sobre as estruturas processuais dos cursos de vida. A entrevista narrativa, por sua vez, não foi criada para a reconstrução de histórias de vida, mas para a compreensão dos contextos de construção biográfica, assim como, os processos e fatores que produzem mudança e motivam ações dos informantes sobre suas vidas (WELLER, s/d).

Para Schütze (2010), os pesquisadores desta linha têm como orientação o paradigma interpretativo, no qual os interesses estão voltados para as interpretações biográficas dos sujeitos envolvidos em seus modelos de análise. No caso específico da análise de narrativas desenvolvida em seus estudos, o foco se dá no contexto da reconstrução da história de vida, em que são desvendados os modelos de análise e de interpretação dos sujeitos portadores da biografia. Ainda na menção do autor,

a história de vida é uma sedimentação de

estruturas processuais maiores ou menores que estão ordenadas sequencialmente, e, que, por sua vez, estão ordenadas sequencialmente entre si. Com a mudança da estrutura processual dominante no decorrer do ciclo de vida, altera-se também a respectiva interpretação da história de vida como um todo por parte do portador da biografia (SCHÜTZE, 2010, p. 211).

Neste sentido, a escolha pelo método de análise de narrativas autobiográficas de Schütze teve como ponto de partida a aproximação com a perspectiva interpretativista que norteou esta pesquisa, de maneira que, sob o ponto de vista dos informantes (as narrativas), pudesse-se chegar à compreensão sobre a mudança de vida de famílias atingidas por desastre natural, ao nível de processos estruturais internos, como a organização da vida diária (rotinas e rituais) e da produção da saúde familiar, tendo em vista o ciclo vital. Com um olhar macroestrutural sobre a mudança de vida das famílias, as narrativas oportunizaram também a análise sobre os processos externos a cada unidade familiar, pelos quais se mostram as relações com outras estruturas da sociedade.

Os conceitos de ciclo de vida e de ciclo familiar são entendidos por Schütze (2010, p. 211) como “pontos que se referem às fases e transições no curso da vida”, os quais embora relevantes no curso de vida de cada pessoa, não podem ser precisamente ditos, sob o ponto de vista teórico-sociológico. Estes conceitos têm a função de demarcar e definir o contínuo temporal.

3.8.1 Passos da análise de narrativas

O primeiro passo consistiu na *análise formal do texto* (SCHÜTZE, 2010), na qual se fez a seleção e o ordenamento das passagens narrativas que descrevem a sequência dos acontecimentos de cada caso, com base nos indicadores formais do texto, ou seja, os marcadores textuais da finalização de um segmento e da inicialização do seguinte. No caso desta pesquisa, a separação dos segmentos narrativos dos não narrativos no texto bruto oriundo da transcrição de cada entrevista abrangeu também os segmentos das entrevistas para a construção dos genogramas e ecomapas, e a entrevista posterior ao

registro no calendário de rotinas.

No segundo passo, foi feita uma análise minuciosa de cada segmento de narrativa anteriormente selecionada no texto de cada entrevista, atentando-se ao quê estava sendo narrado e como cada narrativa foi construída. Tal análise é denominada por Schütze (2007a; 2010) como *descrição estrutural do conteúdo*, pois o objetivo é também identificar as diferentes estruturas processuais no curso da vida. Estas estruturas processuais foram sendo indicadas e destacadas ao longo de cada segmento narrativo para posterior elaboração de categorias analíticas que caracterizam os componentes indexados (quem fez, o que, quando, onde, por quê).

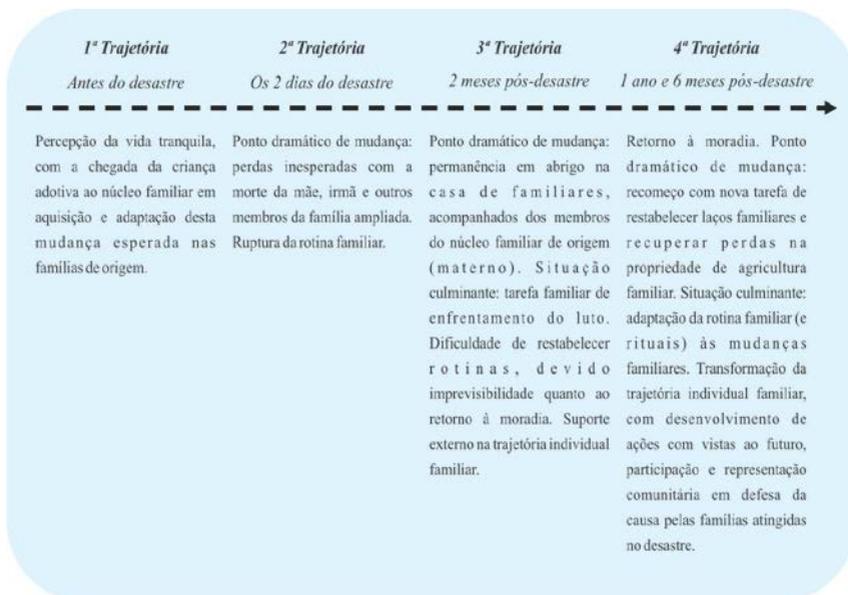
O trecho abaixo exemplifica a segunda etapa da análise de uma narrativa da família 4. A narrativa é da mãe, na primeira entrevista.

[início] Mudou tudo, né! Primeiro, porque eu perdi parte da minha família (-), então eu tive que reconstruir este outro lado. A gente acaba ficando mais ligado a quem ficou, acaba também se preocupando mais, porque não fui só eu quem passou por isso. Eu perdi minha mãe e perdi minha irmã e esta minha irmã era gêmea com outra, e esta acabou sentindo mais (-), por eu ser a mais velha, acabou meio que pesando a cobrança de dizer assim: “olha, não é hora de desespero; vamos tentar nos organizar; vamos tentar olhar o lado do pai” e na parte financeira também, porque nós somos agricultores e perdemos muito naquela época. **[ponto dramático]** Tivemos de começar lá do zero de novo. Então foi uma mudança muito (-) brusca. Se eu fosse ver um ano e meio atrás (-), não sei se eu me imaginaria nesta situação hoje **[situação culminante]** e ainda tem o outro lado: acabei me tornando a presidente da associação dos desabrigados daqui, a [nome da associação]. E isto me levou a conhecer um lado, não que eu não conhecesse, porque eu até sempre participei da comunidade, sempre estive envolvida e tal (-), mas assim, muito mais profundamente que eu não conhecia, é o lado político (>). Então eu já estive umas oito ou nove vezes em Brasília, já estive no Rio de Janeiro, já estive em São Paulo participando de Seminário Internacional que fala da assistência humanitária e de desastres, **[esquema de ação para mudança]** então eu acabei conhecendo outro lado e estou aprendendo

muito com isto. Só que isto aí também mexe na minha rotina (-), de ter que sair e de ter que ficar quatro ou cinco dias, uma semana fora e alguém ter que ficar com a minha filha (-), então assim, foi (-) é uma mudança muito grande e eu nunca imaginei que eu fosse conseguir passar por essa mudança tão grande, do jeito que eu estou passando (...) [finalização]

O terceiro passo consistiu na *abstração analítica*, isto é, o intérprete se distancia dos detalhes da descrição estrutural do conteúdo apresentado nos fragmentos de narrativa para focalizar “as expressões estruturais abstratas de cada período da vida”, pondo-as “em relação sistemática umas com as outras” (SCHÜTZE, 1983, p.286 apud WELLER, s/d, p.7), reconstruindo a história num todo, desde as estruturas processuais dominantes em cada ciclo de vida até a atualidade. Feita a descrição estrutural do conteúdo das narrativas de todas as entrevistas de cada família, analisaram-se individualmente os segmentos das histórias contadas sobre a experiência familiar revelados nas “trajetórias” de cada família ao longo do tempo, as quais se relacionam ao período anterior, durante e após o desastre. Para a reconstrução das trajetórias de cada família na linha do tempo, foram identificadas as expressões abstratas (entendidas como o(s) marco(s) de cada trajetória) referentes às rupturas, mudanças ou adaptações na rotina familiar, assim como, mudanças referentes ao ciclo vital (transições, alterações ou adaptações nas tarefas familiares).

Para exemplificar a abstração analítica, segue como exemplo, a reconstrução da história da família 4.



Fonte: a autora.

Figura 12 - Exemplo de síntese da história reconstruída, referente ao caso 4.

Contudo, antes de se chegar à reconstrução da história do caso 4, tendo sido feito o ordenamento das etapas de vida (ou do evento narrado), e a relação entre cada uma delas, uma análise anterior de cada trecho da narrativa que representa as diferentes trajetórias narradas buscou capturar a expressão que dá o sentido ao respectivo trecho da narrativa e trajetória. Esta abstração é um processo analítico e de interpretação do pesquisador, conforme menciona Schütze (2007), e leva em conta o referencial teórico e o interesse do estudo. Sobre o trecho de narrativa exibido anteriormente como exemplo na segunda etapa da análise, identificou-se como sentido, ou expressão abstrata:

- Nova tarefa da fase familiar: reconstruir laços afetivos, reorganização da rotina familiar após perdas.
- Transformação da trajetória de vida individual, a partir do voluntariado em defesa de uma causa comum.
- Adaptações da rotina familiar diante das mudanças de vida: novas demandas de trabalho na Associação exigem divisão de tarefas entre o casal e suporte da família ampliada.

E assim, seguiu-se com a abstração analítica de cada caso,

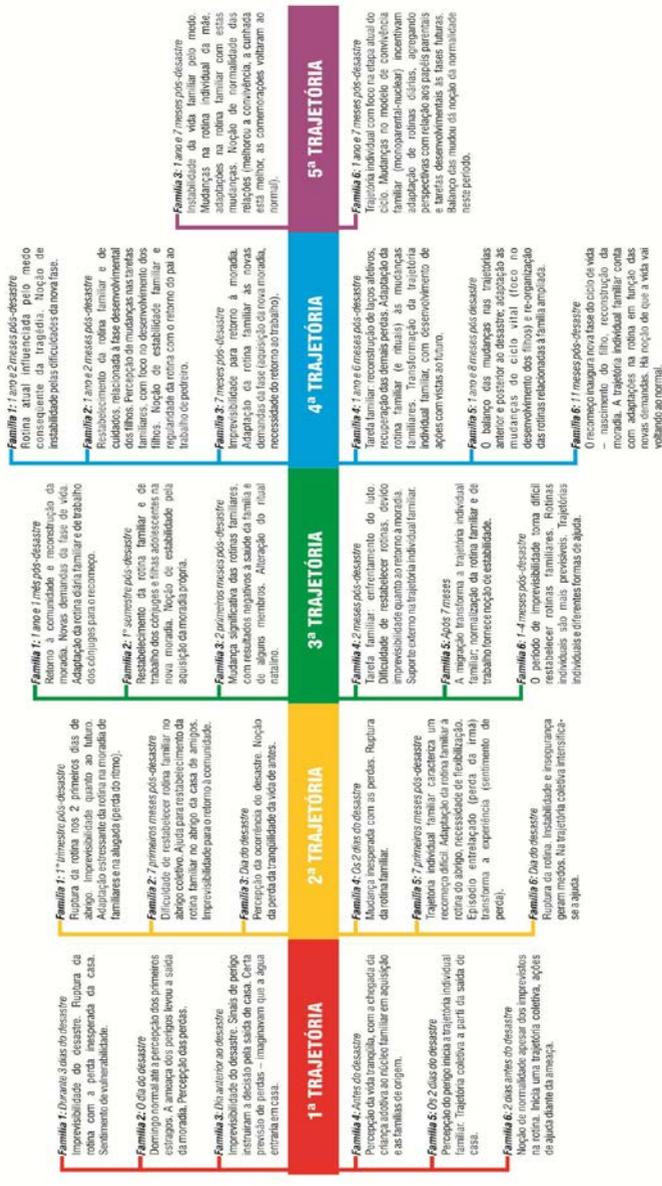
resultando na reconstrução de suas histórias, as quais estão respectivamente representadas de forma sintética ao longo da linha do tempo em que se deram as trajetórias de cada família, conforme pode ser visualizado na figura 13.

O quarto passo resgata os segmentos argumentativos das narrativas e as explicações teóricas desenvolvidas pelos próprios informantes, sobre sua história de vida e identidade na perspectiva atual, cujo interesse está na importância da produção destas teorias para o curso da vida. Trata-se da *análise do conhecimento* que explora os chamados componentes não-indexados, ou seja, as formas como estas construções teóricas dos informantes se refletem, os valores, juízos.

Schütze (1987, p. 175-186 apud WELLER, s/d) destaca algumas das categorias analíticas sobre os componentes não-indexados da análise de narrativas: auto-descrição biográfica ou teorias sobre o “eu”; teorias explicativas; avaliação da trajetória biográfica ou teoria sobre a biografia; explicações ou construções de fundo; projetos biográficos, modelos ou teorias que orientam a ação; descrições abstratas; avaliações gerais e teorias comentadas.

Em cada caso das famílias, foram identificados segmentos narrativos que refletiam algumas das categorias de componentes não-indexados acima citadas, e que mereceram aprofundamento da análise na etapa subsequente, tendo em vista o objetivo do estudo.

ABSTRAÇÃO ANALÍTICA - RECONSTRUÇÃO DAS HISTÓRIAS



Fonte: a autora.

Figura 13 - Etapa da abstração analítica e reconstrução das histórias das famílias.

O segmento de narrativa ainda da mãe da família 4 é apresentado a seguir para exemplificar um componente não-indexado, identificado na categoria analítica de construção de fundo:

[construção de fundo] É como eu te disse, até, por um lado, isso me ajuda (-) vejo que a minha dor é também a dor de outras pessoas e também eu vejo que não dá pra ficar quieta (-), mais do que nunca, não dá pra parar, a gente tem que cobrar, seja dos nossos políticos, seja a parte do financeiro que se perdeu, a parte de estrutura, seja a própria parte da saúde mental (-) a gente vê que depois da tragédia o número de pessoas que estão em depressão, que estão usando psicotrópico, pelo número de pessoas que reclamam (-) o tempo fecha e o coração da gente dispara, então muda tudo (-) e tudo isso, querendo ou não, passa por uma política: seja a de saúde pública, seja a de investimento (...) então, *não que eu me sinta na obrigação, mas eu me sinto bem podendo defender uma causa, porque não é uma coisa só minha (-) é uma coisa de mais pessoas, para mais pessoas (-). E porque eu não quero que a minha filha, se eu puder evitar, ou até onde eu puder evitar que ela passe pelo sofrimento que eu passei. Não que ela não sentiu, ela era criança, mas ela também sentiu especialmente nos primeiros dias que ela veio pra cá, não ficava aqui de jeito nenhum. Ela tinha um ano quando aconteceu, mas é claro que ela não tinha a dimensão do que a gente viu, do que a gente passou e que está passando ainda hoje, e que precisa construir (-), então, se eu puder, de alguma maneira, ajudar que ela, outros e que eu mesma não passe mais por isso, para mim faz bem e me faz acreditar mais uma vez que a vida continua, apesar de tudo [...].*

Para Schütze (1987 apud GOSS, 2010, p.226), as construções de fundo podem ser definidas como

uma afirmação no modo de proposição geral, em cujo conteúdo a situação histórica apresentada na narração tem um significado; que da realização de uma comparação resulta qual a situação histórica

cuja apresentação pessoal ou cujo espaço social sob o recurso à caracterização é contrastada e avaliada em relação a outras situações vivenciadas, pessoais e/ou espaços sociais; que o narrador de uma reflexão conclusiva considere o efeito da evolução da história sobre o portador da história [...], ou que o narrador pondere e julgue valorativamente a evolução do acontecimento e o envolvimento do portador da história nesse acontecimento, e assim por diante.

O último passo alcançado na análise de narrativas, de Schütze (WELLER, s/d), foi a *comparação contrastiva mínima* entre os diferentes casos, em busca de semelhanças que intensifiquem as categorias surgidas nas etapas anteriores da análise, tendo em vista o interesse da pesquisa. E numa *comparação contrastiva máxima* entre os casos, buscaram-se diferenças contrastantes, a fim de confrontar as categorias opostas e destacar estruturas processuais alternativas para a compreensão da história de vida das famílias atingidas pelo desastre natural. O diagrama a seguir apresenta a síntese das etapas da análise das narrativas.

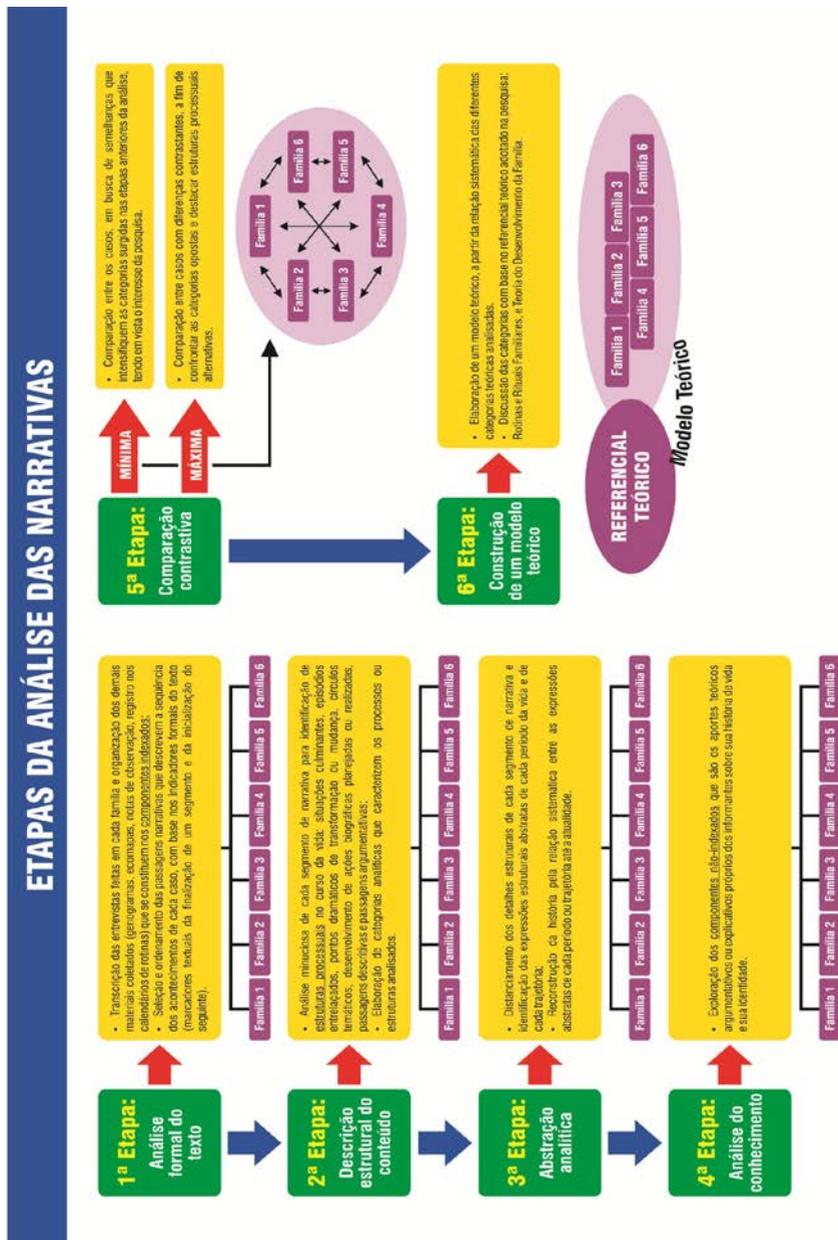


Figura 14 - Diagrama representativo das etapas da análise das narrativas elaborado pela autora, com base no método de Schütze (2010).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos que permearam o planejamento e o desenvolvimento desta pesquisa estão pautados na Resolução 196/96 sobre a Pesquisa envolvendo Seres Humanos. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo aprovação em 30 de novembro de 2009, sob o protocolo de nº 490 (Anexo C).

Os informantes adultos foram apresentados à proposta de pesquisa e mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexos D e E), na presença da pesquisadora, forneceram suas assinaturas concordando em participar. Foram também obtidos os consentimentos dos pais quanto à participação dos filhos (em idade escolar ou adolescente), permitindo o aproveitamento das narrativas das crianças/adolescentes que eventualmente pudessem ser geradas, em alguma forma de participação espontânea, ao longo do período de coleta de dados.

Quanto à identificação dos informantes, teve-se o cuidado de garantir o anonimato, optando-se pelo uso de denominação específica a cada caso: família 1, família 2, família 3, família 4, família 5 e família 6. Para os integrantes, a identificação partiu da posição que ocupavam na estrutura do núcleo familiar, por exemplo, o pai da família 1 foi identificado como PF1, e assim respectivamente, a mãe e as crianças por ordem de idade: MF1, C1F1, C2F1. Procedeu-se desta maneira com as demais famílias.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa no formato de quatro manuscritos científicos, que respondem ao objetivo do presente estudo.

O primeiro manuscrito intitulado “Família e pós-desastre natural: resgate da literatura” consiste em uma revisão narrativa da literatura que apresenta as contribuições de estudos da enfermagem e de outras áreas sobre família na situação de pós-desastre natural. Este manuscrito foi elaborado para contextualizar a temática de família no pós-desastre, auxiliando na sustentação teórica desta pesquisa.

No segundo manuscrito, denominado “Mudanças das rotinas familiares na transição inesperada por desastres natural”, objetivou-se discutir as mudanças das rotinas familiares, o que se constituiu em uma categoria analítica identificada a partir das narrativas das trajetórias das famílias, ao longo do período de transição.

O terceiro manuscrito, “Interpretações de famílias rurais sobre a experiência de transição inesperada por desastre natural” trata de uma categoria analítica denominada de avaliações comparativas, nas quais são apresentadas as interpretações das famílias sobre a experiência de vida referente aos períodos pré e pós-desastre.

Os achados sobre a categoria de análise das rotinas de cuidado à saúde pós-desastre estão representados no quarto manuscrito, o qual foi intitulado “Rotinas de cuidado à saúde de famílias em transição após um desastre natural”. Neste, são também apresentadas as narrativas das famílias sobre os episódios de doença e a necessidade do atendimento profissional no pós-desastre, os cuidados na rotina diária familiar e nas rotinas junto aos serviços de saúde.

Conforme exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 10/PEN/2011 (Anexo A), o material produzido como resultados desta tese, após a análise da banca de examinadores, será submetido para avaliação a fim de publicação em diferentes periódicos científicos da área da saúde.

4.1 MANUSCRITO 1: FAMÍLIA E PÓS-DESASTRE NATURAL: RESGATE DA LITERATURA

FAMÍLIA E PÓS-DESASTRE NATURAL: RESGATE DA LITERATURA

FAMILY AND NATURAL POST-DISASTER: LITERATURE RESCUE

FAMILIA Y POST-DESASTRE NATURAL: RESCATE DE LA LITERATURA

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini⁵
BOEHS, Astrid Eggert⁶

RESUMO: Esta é uma revisão narrativa da literatura que tem como objetivo apresentar as contribuições de estudos da enfermagem e de outras áreas sobre família na situação de pós-desastre. Foram selecionadas 29 publicações entre o período de 1980 e 2011, em diferentes bases de dados eletrônicas. Após leitura do material selecionado, prosseguiu-se com a análise do conteúdo. Identificou-se que a maior parte dos estudos da área de ciências sociais desenvolveu o enfoque na unidade familiar, enquanto que estudos da enfermagem abordaram a família como contexto de aspectos individuais. Dentre os achados na literatura com enfoque na unidade familiar, destaca-se a importância do contexto sociocultural das famílias na recuperação pós-desastre, as mudanças nas rotinas, o suporte social e familiar e a assistência requerida. As demais contribuições dizem respeito às reações pós-desastre e às implicações desenvolvimentais de crianças e adolescentes e ao preparo de famílias em desastres. Conclui-se que a amplitude do tema instaura a necessidade de maior atenção do setor saúde e da enfermagem para o aprofundamento de questões pertinentes à abordagem de famílias na situação de pós-desastre, na estratégia de saúde da família no contexto brasileiro.

⁵ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CNPq. Integrante do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). gisamanfrini@terra.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Associado III PEN/UFSC. Integrante do NEPEPS. Orientadora do trabalho. astridboehs@hotmail.com

Palavras-chaves: Família. Saúde da Família. Enfermagem. Desastres naturais.

ABSTRACT: This is a literature narrative review that aims to present the contributions on nursing studies and other areas about family, in a post-disaster situation. We selected 29 publications between 1980 and 2011, from different electronic databases. After reading the selected material, it was developed the content analysis. It was found most of the studies from social sciences have developed their focus on the family unit, while nursing studies approached the family as a context for individual aspects. Among the literature findings on family unity, it is highlighted the importance of families socio-cultural context in post disaster recovery, routines changes, family and social support and required assistance. The remaining contributions are related to the post-disaster responses, children and adolescents' developmental implications and families' preparation for disasters. It is concluded that the subject extent establishes the need for greater attention on nursing and the health to the exploration of issues relevant to dealing with families in post-disaster situations and family health strategy within the Brazilian context.

Key words: Family. Family Health. Nursing. Natural Disasters.

RESUMEN: Esta es una revisión narrativa de la literatura, que tiene como objetivo presentar las contribuciones de los estudios de enfermería y de otras áreas, sobre la familia en la situación de post-desastre. Fueron seleccionadas 29 publicaciones entre 1980 y 2011, en diferentes bancos de datos electrónicas. Después de leer el material seleccionado, se prosiguió con el análisis del contenido. Se identificó que la mayor parte de los estudios en el área de ciencias sociales desarrollaron sus enfoques en la unidad familiar, mientras que los estudios de la enfermería abordaron a la familia como contexto de aspectos individuales. Entre los descubrimientos en la literatura con un enfoque en la unidad familiar, se destaca la importancia del contexto sociocultural de las familias en la recuperación post-desastre, los cambios en las rutinas, el apoyo social, familiar y la asistencia requerida. Las demás contribuciones hablan a respecto de las reacciones post-desastre y las implicaciones en el desarrollo de los niños, adolescentes y la preparación de las familias para los desastres. Se concluye que la amplitud del tema instaura la necesidad de una mayor atención del sector de la salud y de la enfermería, para profundizar en las cuestiones pertinentes al abordaje de familias en situación de post-desastre y en la estrategia de salud para la

família, en el contexto brasileño.

Palabras claves: Família. Salud de la Família. Enfermería. Desastres naturales.

INTRODUÇÃO

A problemática dos desastres naturais é progressivamente mais presente nas discussões em nível global, em diversos âmbitos e setores sociais, necessitando de maior atenção por parte da comunidade científica em saúde e enfermagem. Desde o ano de 2000, os Estados membros das Nações Unidas têm adotado a Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (EIRD), cujo propósito é alcançar até 2015 uma redução considerável das perdas ocasionadas pelos desastres (vidas humanas, bens materiais, econômicos e ambientais), assim como, a construção de comunidades e nações resilientes, como condição fundamental para o desenvolvimento sustentável. Trata-se de um sistema que envolve governos de todo o mundo, organizações e sociedade civil no compromisso de tomar medidas de redução de riscos de desastres e das vulnerabilidades frente às ameaças naturais, alinhadas ao Marco de Ação de Hyogo, que oferece cinco áreas prioritárias para as ações. Segundo a EIRD, a redução do risco de desastres deve fazer parte da tomada de decisões cotidianas, desde a maneira com que se educam os filhos, até a de como se planejam as cidades (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Possíveis impactos dos desastres podem afetar a saúde e o bem-estar de famílias. Assim, em consequência das perdas, as mulheres e mães estão mais sujeitas a problemas físicos e psicológicos no pós-desastre, enquanto que os homens e pais podem sofrer mudanças nas suas funções ou responsabilidades e tender ao abuso de substâncias químicas e à violência doméstica (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011). Contudo, Strauss e Quarantelli (1960) enfatizam a função protetora da família em desastres, apontando achados da literatura em sociologia em que se destaca a família ampliada como o maior recurso de ajuda às vítimas. Neste sentido, acredita-se que os profissionais da área da saúde e de enfermagem, envolvidos com a atenção das necessidades, a curto e a longo prazo, de famílias afetadas em áreas de desastres, carecem de conhecimento sobre tal tema. Stangeland (2010) revela uma importante lacuna no conhecimento da enfermagem em desastres e sobre as necessidades da enfermagem na atuação em emergências deste tipo. A autora reforça que existem publicações que documentam sobre o trabalho de enfermeiros durante desastres, mas que são ainda necessários estudos que esclareçam e que

ajudem na abordagem prática, educacional e investigativa acerca da temática para o cuidado. Além disso, pouco se sabe ainda sobre a enfermagem no cuidado a famílias na recuperação pós-desastre. Para tanto, o presente estudo pretende apresentar contribuições dos estudos de enfermagem e de outras áreas para o conhecimento de famílias na situação do pós-desastre, com base em uma revisão de literatura.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema dos desastres naturais fazendo interface com o tema família e, mais especificamente, buscando uma aproximação com a saúde da família e a enfermagem. Partindo do questionamento a respeito de *quais as contribuições dos estudos de enfermagem e outras áreas para o conhecimento de família na situação do pós-desastre*, fez-se a busca de publicações, em sua maioria pesquisas em periódicos científicos, mas também relatórios de pesquisa, os quais estavam disponibilizados no formato de texto completo em algumas bases de dados acessadas.

Embora esta revisão não tenha seguido critérios rigorosamente estabelecidos, cabe mencionar que foram exploradas algumas bases de dados, a citar: DESASTRES, BDNF, LILACS, BDNF, CINAHL, SocINDEX, SciELO e MEDLINE, de forma a ampliar a seleção de publicações tanto latino-americanas, quanto de outros continentes. Foram feitas tentativas variadas de busca, utilizando-se os termos desastres naturais, inundações, terremotos, deslizamentos de terra, tsunamis, furacão, família, famílias, saúde da família, enfermagem, adaptando-os ao idioma português, espanhol e inglês conforme a característica de cada base de dados.

A busca nas bases se deu entre julho e agosto de 2011 e o período de publicação do material selecionado foi de 1980 a 2011. No total, foram selecionadas 29 publicações, mediante a leitura dos resumos, tendo em vista o interesse da autora na questão das famílias no pós-desastre, e não na emergência do desastre ou no pós-desastre imediato, temas estes bastante difundidos e predominantes nos resultados das buscas em todas as bases acessadas.

Este manuscrito contempla a revisão das publicações consideradas mais pertinentes ao assunto, referindo-se a diferentes tipos de desastres naturais ocorridos em países das Américas, Ásia e Europa, ao longo das últimas seis décadas. Cabe salientar que, dos estudos que serão exibidos a seguir, apenas um é da enfermagem, sendo os demais da área das ciências sociais, principalmente. Foram localizados cinco estudos brasileiros, desenvolvidos em grupos de pesquisa específicos à

temática dos desastres: o Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED), da Universidade Federal de Santa Catarina e o Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres (NUPED), da Universidade Federal de São Carlos/SP.

RESULTADOS

A unidade familiar no pós-desastre

A seguir serão apresentados alguns estudos que representam de forma mais significativa o enfoque na unidade familiar na fase do pós-desastre, cujas contribuições dizem respeito inicialmente à análise deste processo em diferentes contextos socioculturais; sobre mudanças no funcionamento familiar, em especial nas rotinas diárias; a função da rede social e familiar; o preparo de famílias em desastres e, por fim, algumas recomendações para a assistência a famílias no pós-desastre.

A cultura das famílias é um aspecto considerado na análise acerca das experiências nos pós-desastres abordados por Bolin e Bolton (1983), que comparam famílias urbanas afetadas por um terremoto na Nicarágua e por uma inundação em *South Dakota* (EUA). Enquanto que a recuperação das famílias norte-americanas pode ser explicada pelas perdas, pela ajuda recebida e pela recuperação do nível de renda pré-desastre, nas famílias da Nicarágua a previsibilidade de ter renda em virtude de estar empregado parece ser mais importante do que conquistar ou não o nível de renda anterior ao desastre, e a ajuda também parece ter pouco efeito. Os resultados deste estudo contribuem para a compreensão do processo de recuperação pós-desastre e consideram que a unidade familiar se percebe em recuperação quando o estilo de vida e os padrões de atividade se assemelharam à experiência anterior ao desastre. A moradia e o trabalho são importantes elementos para a noção de bem-estar e satisfação familiar, ao passo que as famílias procuram restabelecer os níveis de emprego e de moradia equivalentes às circunstâncias pré-desastre. *Status*, recursos de ajuda e as perdas que objetivam recuperar são fatores que afetam a percepção familiar de recuperação do nível de satisfação de suas vidas pré-desastre.

Sob o ponto de vista sociocultural, Ayte (1993) estudou famílias rurais de Huancarqui, no Peru, as quais sofreram dramaticamente com deslizamentos que levaram a muitas perdas, sobretudo de propriedades e lavouras, com mudanças significativas nas condições de vida. O autor identificou que as famílias criaram várias formas de explicações sobre a ocorrência do deslizamento, com opiniões de conteúdo religioso. Desde que o evento ocorreu (em 1985), foi reduzida consideravelmente a produção agrícola na área, sendo a economia familiar deficiente, com o

empobrecimento das práticas de subsistência alimentar, provocando o descuido da saúde individual e familiar. Poucas famílias conseguiram o apoio de entidades de crédito ou de prestação de sementes, fertilizantes ou dinheiro, revelando as dificuldades enfrentadas na recuperação das condições de trabalho rural e de renda nestas famílias.

Com algumas similaridades, o estudo realizado por Smith (2004), cinco anos após o furacão Mitch ter vitimado famílias na América Central (dados coletados na Guatemala, El Salvador, Honduras e Nicarágua), apresenta uma análise de como a persistência de determinadas mudanças nas condições de vida rural afeta as famílias e sua recuperação a longo prazo. Neste sentido, a trajetória da recuperação após o furacão denunciou a percepção das famílias que, embora em meio a excelentes reassentamentos nos mesmos lugares de origem, prevalecia falta de fontes de trabalho próprias de sua cultura de subsistência, especialmente para os agricultores e pescadores. Desta forma, tiveram que se tornar assalariados em atividades urbanas, ocasionando problemas de identidade, de saúde (físico-biológica e mental) e de desintegração familiar e comunitária.

Outro exemplo da influência do contexto sociocultural à fase de recuperação pós-desastre é mostrado no estudo de Chen, Daí e Parnell (1992), que, ao enfocarem um dos distritos de Tangshan (República da China), devastado por um terremoto em 1976, analisam o número significativo de recasamentos como mudança social em resposta ao impacto repentino do desastre. O estudo concluiu que o terremoto inesperadamente levou pessoas à viuvez, criando demandas comuns para o recasamento de viúvos e viúvas. Tal processo familiar nas circunstâncias adversas ao terremoto foi uma resposta apropriada ao enfrentamento da depressão social e econômica, emergindo como uma resposta adaptativa para amenizar o sofrimento humano e retomar a vida normal.

A mudança nas rotinas foi observada de maneira significativa em alguns estudos que trataram das repercussões dos desastres no funcionamento familiar. Wiesenfeld e Panza (1999), num estudo sobre sucessivas tempestades tropicais e deslizamentos em Caracas, na Venezuela, apontam que a perda da moradia nos desastres é associada tanto com o material, quanto ao afetivo, social e simbólico que representa na vida das famílias. Esta perda gera uma nova forma de viver que afeta a família num todo, nas condições de realojamento. Surgem dificuldades para suportar sua situação de vida e para desempenhar atividades que usualmente podem ser chamadas de suas rotinas domésticas cotidianas. Perder a moradia ou ser realojado está

associado com a falta de controle sobre diferentes áreas da vida: falta de controle sobre a alimentação, sobre as relações familiares e conjugais, a convivência com estranhos, costumes e hábitos, representando as dificuldades encontradas no desempenho de algumas atividades diárias e satisfazendo as necessidades básicas destas pessoas. Estar desprovido de sua moradia implica incerteza sobre a estabilidade do lar no presente e futuro, além da dissolução da estabilidade das rotinas necessárias para a manutenção da coesão e noção de família.

Ainda de acordo com esse estudo, a experiência de estar desalojado reflete as percepções de um processo com interfaces no desempenho de suas vidas diárias. Todavia, o fluxo das rotinas diárias de vida é interrompido por prescrições externas, pois as famílias passam a submeter-se a um regime prescrito no abrigo, caracterizadas por comportamentos padronizados por pessoas externas ou instituições responsáveis. Os autores concluíram que a perda da moradia afeta negativamente a família pela dissolução das rotinas que são necessárias para a manutenção da estabilidade e a noção de ser uma família (WIESENFELD; PANZA, 1999).

Na menção de Sutherland e Glendinning (2008), desastres alteram a rotina familiar e exigem adaptações, mesmo que temporárias, para minimizar os prejuízos e manter as necessidades básicas. Em seu estudo com famílias de fazendeiros produtores de leite, em uma região de Ontario (Canadá) afetada por uma tempestade de gelo em 1998, os autores identificaram o impacto direto na interrupção das rotinas e um imediato e duradouro aumento na carga de trabalho nestas famílias, visto que a tempestade durou semanas. Os resultados também sugerem a importância financeira para o enfrentamento, uma vez que as famílias mais vulneráveis ao estresse foram aquelas que não possuíam recurso financeiro de emprego adicional à fazenda ou que dependiam exclusivamente da produção.

Estudos desenvolvidos por um grupo brasileiro na área de sociologia dos desastres também contribuíram para o entendimento dos fatores de disrupção ao espaço privado familiar e das implicações à identidade social dos membros na passagem por abrigos temporários no pós-desastre. Os referidos estudos se reportam a casos de abrigos nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, entre 2006 e 2009. Para Siena e Valêncio (2006), quando famílias perdem ou têm sua moradia afetada pelas chuvas, mudanças complexas repercutem nas suas rotinas e nas suas redes sociais que são conjuntamente e estruturalmente modificadas. Na condição de desabrigados, há a perda das condições do exercício de alguns papéis e maior risco de desorganização dos seus

núcleos familiares, principalmente pela descaracterização do espaço privado ao institucionalizado no abrigo e pela violência simbólica na forma como as autoridades públicas lidam com tal situação, refletindo pouco diálogo entre as percepções da Defesa Civil e das famílias sobre as dimensões de risco e perdas.

Uma experiência positiva com relação a uma maior autonomia de famílias rurais desabrigadas foi relatada por Valêncio et al.(2008), referente a pós-enchente de 2007, em Sumidouro/RJ. A disposição colaborativa entre gestores municipais e desabrigados foi imprescindível para que as próprias famílias participassem de seu processo de reabilitação, criando regras para o funcionamento do espaço, com especial participação das mulheres, que puderam organizar e reproduzir relativamente seu *habitus*, contribuindo para a rotina no abrigo. Em comparação a este caso de Sumidouro/RJ, Marchezini (2010, p. 127) analisou também a situação dos abrigos no pós-desastre de 2008, em Santa Catarina, e identificou uma lógica bastante diferente no que concerne aos processos de negociação entre coordenadores e famílias quanto ao uso do território e à redefinição das práticas das famílias, o que, na menção do autor, “demonstra modos pelos quais pode se desenrolar a continuidade do desastre”.

Ademais, tais estudos brasileiros corroboram com a ideia de que as políticas e as ações dos agentes de defesa civil precisam avançar no reconhecimento da legitimidade das experiências e dos argumentos das famílias afetadas na restauração de sua rotina. Conforme Valêncio et al.(2007, p.98), “incentivar a participação dos desabrigados no processo de reconstrução da comunidade é um processo eficaz na medida em que parta da alteridade, isto é, da dialogicidade dos lugares de entendimento do problema e busca de soluções nas quais as famílias saiam fortalecidas”.

Ainda no tocante às mudanças no funcionamento familiar e nas rotinas, Lindgaard, Iglebaek e Jensen (2009), que entrevistaram famílias norueguesas sobreviventes ao tsunami na Ásia, em 2004, na ocasião de viagem de férias, concluíram com seu estudo que mudanças no sistema de valores, tanto positivas como negativas, foram vistas como importantes para o motivo de algumas famílias fazerem alterações em suas rotinas diárias e atividades. Isto envolve maior tempo juntos, gastar menos tempo com coisas percebidas como menos importantes e dar menos valor aos bens materiais. As reações de estresse pós-traumático causaram sofrimento individual, mas também afetaram o funcionamento da família.

Outro achado da literatura tange à importância da rede social

informal e formal para a recuperação no pós-desastre e para o preparo de famílias ante as situações de desastres. Segundo o estudo de Bolin e Bolton (1983), a ajuda de parentes (e patrões) é esperada em tempos de necessidade nas sociedades latino-americanas e se traduz como uma norma que se estende para além do convívio familiar, como uma capacidade oficial de ajudar primeiro aos seus. Enquanto que o sistema de ajuda humanitária pode ser considerado mais funcional, formal e universal quando operado ou encontrado nos desastres dos EUA. Este é um ponto de diferença na recuperação entre as famílias vítimas nos dois países, pois reflete aparente diferença sociocultural no processo de reconstrução e também tem implicações práticas para os esforços na assistência.

Neste sentido, estudos reforçam a função protetora do suporte social e das relações com a família ampliada nas situações de estresse. O estudo de Stewart (1982) aborda a saúde de famílias em tempos de estresse, cujos resultados revelaram que o funcionamento familiar esteve prejudicado durante o ano seguinte ao tornado Woodstock (1979, Canadá), mas retornando ao nível pré-tornado dois anos depois. Os serviços de aconselhamento marcaram um aumento do atendimento a mulheres na primeira metade após o desastre, e segunda metade para homens. Mulheres tiveram uma percepção elevada do suporte social, homens em grau moderado e os adolescentes tiveram pouca percepção deste suporte. Os resultados marcam um aumento nos sintomas de estresse psicológico após o desastre, porém os problemas se reverteram dois anos após. Outro resultado mostrou que, nas famílias em que houve maior suporte social de familiares, amigos ou vizinhos, necessitaram de menos serviços médicos. Concluem que, em situações estressantes, o suporte social tem função protetora e que pessoas com amplo repertório de respostas de enfrentamento aos problemas necessitaram de menos serviços do que pessoas com limitadas respostas de enfrentamento. No estudo de Solomon et al.(1993), o suporte emocional foi percebido como importante moderador dos efeitos dos desastres. Além disso, os resultados sugerem que os pais solteiros têm, particularmente, elevado risco para a falta de suporte emocional adequado quando de desastres, podendo precisar de maior atenção dos serviços.

No que se refere ao preparo das famílias para responder a desastres, a análise de Drabek e Boggs (1968) sobre uma inundação massiva que ocorreu em 1965, no Colorado (EUA), mostrou que as famílias buscaram refúgio mais nas casas de parentes do que em centros oficiais. Todavia, esta tendência foi mais significativa nas famílias com idosos e na classe social mais desfavorecida.

Deste modo, a rede social parece ter função tanto no enfrentamento do estresse, quanto para a organização familiar e comunitária no preparo para enfrentar desastres. A pesquisa de Maturuk (2004) identificou que os comportamentos das famílias são influenciados por uma subcultura de desastre, a qual fornece uma estrutura que a família utiliza para definir suas opções disponíveis. Segundo este estudo, famílias que receberam ajuda da rede próxima relataram maior coesão e solidariedade na vizinhança, promovendo uma subcultura de preparo e resposta, tendo em vista as experiências próximas e semelhantes com o desastre. Kirschenbaum (2006), por sua vez, afirma que o impacto de famílias para o preparo é um fator vital nos comportamentos em desastres subsequentes, os quais extrapolam os comportamentos individuais dos membros. As mulheres têm papel de destaque no que se toca ao processo decisório sobre o acesso à rede social e sobre o conjunto de componentes preparativos domésticos (suprimentos, habilidades, plano e proteção).

Por fim, destaca-se a assistência requerida, conforme recomenda o estudo de Walsh (2007), para o uso de abordagem multissistêmica orientada à resiliência familiar na situação de perdas traumáticas em desastres, considerando a mobilização da rede de apoio familiar e comunitária um recurso essencial na sua recuperação. E o estudo de Wells (2006), que ilustra algumas habilidades requeridas pelos profissionais para o atendimento das necessidades de saúde mental em famílias em crise. Ambos os autores referem que a ajuda na organização, flexibilidade e estabilidade das rotinas diárias podem ser especialmente importantes para a noção de coesão familiar e para a segurança das crianças ao fornecerem mais previsibilidade à vida após as interrupções causadas pelo desastre.

De modo geral, alguns estudos sugerem a importância do trabalho articulado entre setores da sociedade, líderes de governo, lideranças comunitárias e as próprias famílias moradoras em regiões de ocorrência de desastres para a prevenção, preparação, resposta e reconstrução nestas situações. Após o furacão Mitch na América Central (SMITH, 2004), por exemplo, houve a criação de uma pauta para a gestão de riscos, provocando a organização formal de comissões de trabalho, gerando propostas de desenvolvimento comunitário. Houve aumento da consciência sobre a necessidade da população e autoridades locais sobre preparativos e mecanismos de prevenção de desastres. Já no Peru, com relação à participação comunitária nas atividades de prevenção, mitigação e preparo e promoção da saúde, a comunidade mostrou-se consciente após o terremoto e recebeu das instituições beneficentes a

promoção de programas de prevenção comunitária, juntamente com pessoal da saúde local, líderes e autoridades da área (AYTE, 1993). Em sua pesquisa, Espíndola (2005) comparou as diretrizes e legislação referentes ao Programa Agente Comunitário de Saúde e à Estratégia de Saúde da Família, desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, e ao Sistema Nacional de Defesa Civil, na tentativa de propor subsídios à integração de ações para o preparo da população às situações de desastres. Sua análise indicou deficiências no Sistema Nacional de Defesa Civil, que, embora siga uma organização hierárquica, as comissões municipais (COMDEC) não estão suficientemente instrumentalizadas para promover as ações de redução de desastres, conforme preconizado na política Nacional de Defesa Civil. Destacou, ainda, a necessidade de integrar as equipes de saúde às de defesa civil, com devido respaldo dos Ministérios da Integração Nacional e da Saúde, de maneira a potencializar as metas de prevenção, preparação, resposta e reconstrução.

A família como contexto às reações individuais no pós-desastre

Os resultados da busca na literatura, em especial nas bases em que há maior indexação de periódicos da área da saúde, revelou um predomínio de publicações com maior tendência ao enfoque sobre indivíduos das famílias, no caso específico deste tema, as populações vulneráveis (crianças, adolescentes, idosos e mulheres), e de poucos estudos desenvolvidos com famílias. Dentre as publicações da enfermagem, foram escolhidas as que consideravam família como contexto de reações individuais ao desastre, visto que se relacionavam com os aspectos psicossociais e a saúde mental, sobremaneira aos sintomas de estresse pós-traumático. A seguir são apresentadas algumas contribuições desses estudos.

Algumas publicações fazem referência às reações e enfrentamento de crianças e de adolescentes aos desastres como processos influenciados pelas reações dos pais aos eventos. Um estudo realizado três anos após a tragédia provocada pela erupção de um vulcão, em 1985, que atingiu a população de Armero na Colômbia (ANGARITA et al, 1989), apontou que houve maior influência no desenvolvimento afetivo e físico de crianças menores de 5 anos quando na presença de perdas significativas, assim como, a reação dos pais se caracterizou pela super proteção dos filhos. Segundo Coffman (1998), tais reações dependem dos estágios de desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, sendo ainda influenciados pelos fatores situacionais, pessoais e familiares. O que exige atenção, de acordo com esta autora, é

quando a negação dos pais sobre a situação pós-desastre acaba diminuindo a percepção deles sobre as reações de estresse das crianças. A interrupção das rotinas diárias afeta sobremaneira crianças pequenas, enquanto perdas significativas (pessoas, animais, vizinhos, brinquedos, a moradia) levam à reação de luto e, geralmente, a mudanças nas relações e estilos de vida, contudo o suporte dos pais, parentes e comunidade ajuda no ajustamento das crianças às mudanças.

Neste sentido, Deering (2000) menciona que a intervenção pode iniciar com uma avaliação das reações dos pais, do nível de danos relatados com o desastre e perdas significativas ou outros estressores que afetem a família. Para esta autora, a enfermagem tem vantagem no cuidado de sobreviventes de desastres por ser hábil em direcionar o cuidado à saúde tanto às necessidades físicas quanto mentais. Por isso, cuidar de famílias nesta condição significa ajudar em necessidades concretas com relação às medicações de uso, ao retorno de suas rotinas, aos recursos e informações que os auxilie a renovar sua noção de controle e de esperança. Esse estudo conclui que são necessárias intervenções de enfermagem sensíveis aos processos cognitivos das crianças e adolescentes em relação ao evento, considerando seus níveis específicos de desenvolvimento e respondendo às necessidades físicas e emocionais da família integralmente.

Quanto aos adolescentes, Dogan-Ates (2010) alerta que, embora possam ser comparativamente mais autossuficientes e menos vulneráveis ao trauma pós-desastre por serem fisicamente e psicologicamente mais capazes que crianças jovens, podem experimentar distúrbios emocionais adicionais pelas perdas da comunidade, da moradia, de amigos e no realojamento em outra moradia e/ou comunidade. Tais respostas interferem no seu desenvolvimento e podem aumentar a probabilidade de aparecimento dos sintomas de estresse pós-traumático, a redução no interesse pelas atividades diárias e outras alterações de comportamento. A autora reforça que enfermeiros precisam ajudar os pais a reconhecerem as respostas dos filhos ao desastre e ensinar estratégias de enfrentamento, desenvolvendo intervenções culturalmente sensíveis às experiências.

Conforme Murray (2010), compreender os efeitos do desastre numa perspectiva desenvolvimental, considerando os aspectos sociais e emocionais, ajuda os profissionais a direcionarem a resposta adequada às necessidades das crianças e adolescentes, assim como no cuidado de famílias durante todas as fases do desastre. Existem algumas maneiras essenciais para preparar crianças e suas famílias ajudando a desenvolver um plano de resposta, ainda que, mesmo com um planejamento,

desastres possam ser estressantes tanto a crianças e adolescentes, quanto às famílias; trabalhando em conjunto com os recursos da comunidade e escola na educação para o preparo a desastres.

Uma pesquisa desenvolvida por enfermeiras com pais de crianças escolares, moradores em uma região semirural vulnerável a desastres naturais no Peru, destacou o papel da enfermagem na mitigação dos efeitos, através de suas ações preventivo-promocionais à saúde comunitária e em centros de educação. Sugere que conteúdos sobre desastre naturais sejam incluídos nos programas de Saúde Pública dirigidos à população, enfatizando as medidas preventivas; que os conhecimentos sobre isto sejam abordados nos programas de saúde escolar, considerando a vulnerabilidade de cada região. Além disso, recomenda a realização de pesquisas interdisciplinares para que o planejamento e a organização de atividades preventivo-promocionais sejam mais eficazes em nível comunitário (PACCI; LARICO; ZEVALLOS, 1991).

Ainda com relação ao papel da enfermagem no preparo de famílias para a emergência dos desastres, mesmo que o foco desta revisão não esteja voltado para o impacto imediato do evento, cabe ressaltar que algumas publicações enfatizam um importante papel das enfermeiras na educação e no empoderamento de pessoas (mulheres e idosos), famílias e comunidades, como no caso dos estudos de Giarratamo et al.(2010), de Badakhsh, Harville e Banerjee (2010), e no estudo de Deeny, Vitale, Spelman e Duggan (2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura resgatada apresenta a produção do conhecimento sob dois prismas diferentes, no que se refere à família no pós-desastre: o primeiro focaliza a unidade familiar, cujos estudos foram predominantemente desenvolvidos por outras áreas, em especial a das ciências sociais; e o segundo, em que os estudos abordam a família como contexto de reações e aspectos individuais no que concerne ao impacto à saúde na experiência traumática do desastre, com maior presença da enfermagem.

Os estudos contribuem para o entendimento da questão social na temática acerca dos desastres, oportunizando uma reflexão sobre a importância dos contextos socioculturais e das redes para a recuperação das famílias, chamando-nos a atenção a respeito dos mecanismos sociais que influenciam na elaboração do que vários autores denominam de comportamentos das famílias e comunidades atingidas por desastres naturais.

Um achado importante e que se aproxima de abordagens da enfermagem à família tange às mudanças das rotinas e da necessidade do suporte para o restabelecimento das mesmas. Isto parece ter função especial no processo de recuperação das famílias, o que precisa ser considerado pela enfermagem que lida com comunidades nesta situação.

As recomendações sugeridas pelos estudos para a assistência a famílias afetadas levam à reflexão sobre a familiaridade existente entre as necessidades dos afetados e as ações requeridas em vários níveis para a redução de desastres, com a perspectiva da Promoção da Saúde. Tal observação denota a possibilidade de uma interlocução de áreas do conhecimento, políticas públicas, setores e órgãos públicos, incluindo as equipes de saúde da família, que, por seu caráter assistencial e educativo, acredita-se ser capaz de contribuir para a efetivação e o alcance dos objetivos propostos para a segurança, bem-estar e fortalecimento das famílias vulneráveis a desastres.

Espera-se que esta revisão da literatura possa instigar o desenvolvimento de pesquisas na área da enfermagem, com maior ênfase às práticas do cuidado às famílias após desastres naturais. Revisões mais sistematizadas e aprofundadas sobre os diversos aspectos que envolvem esta temática poderão contribuir para o conhecimento e à discussão das equipes de saúde e de enfermagem, com relação à assistência na ESF de realidades brasileiras acometidas pela ocorrência de desastres naturais.

REFERÊNCIAS

ANGARITA ROJAS, E. A. et al. **Influencia de la situación post-desastre en la dinámica de la familia y en el desarrollo integral del menor de 5 años de la población de Lerida:** Tres años después de la tragedia de Armero. Ibagué; Ministerio de Salud; mar. 1989. 127 p.

AYTE, A. P. **Familia campesina y organizacion social, frente a los desastres naturales em Huancarqui.** Tese (Doutorado em Antropologia) Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional San Antonio Abad Del Cusco, Cusco, Peru, 1993.

BADAKHSH, R.; HARVILLE, E.; BANERJEE, B. The Childbearing Experience During a Natural Disaster. **JOGNN**, v. 39, n. 4, p. 489-497, 2010.

BOLIN, R.C.; BOLTON, P.A. Journal of Mass Emergencies and Disasters. **Special Issue Family and Disasters**, v. 1, n. 1, p. 125-144, 1983.

CHEN, X.; DAÍ, K.; PARNELL, A. Disaster Tradition and Change: Remarriage and Family Reconstruction in a Post-Earthquake Community in the People's Republic of China. **Journal of Comparative Family Studies**, v. 23, n. 1, p. 115-132, 1992.

COFFMAN, S. Children's Reactions to Disaster. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 13, n. 6, p. 376-382, 1988.

DEENY, P., et al. Addressing the imbalance: empowering older people in disaster response and preparedness. **International Journal of Older People Nursing**, v. 5, p. 77-80, 2010.

DEERING, C.G. A cognitive developmental approach to understanding how children cope with disasters. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2000.

DOGAN-ATES, A. Developmental Differences in Children's and Adolescent's Post-Disaster Reaction. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, p. 470-476, 2010.

DRABEK, T.E.; BOGGS, K. S. Families in Disaster: Reactions and Relatives. **Journal of Marriage and the Family**, v. 30, n. 3, p. 443-451, 1968.

ESPÍNDOLA, M.S. **Integrar as ações para prevenção de desastres.** Proposta de integrar as ações dos COMDEC'S com as ações das equipes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família/SUS. Monografia (Especialização em Gestão e Planejamento em Defesa Civil) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 72p.

GIARRATANO, G., et al. Targeting Prenatal Emergency Preparedness Through Childbirth Education. **JOGNN**, v. 39, n. 4, p. 480-488, 2010.

KIRSCHENBAUM, A. Families and Disaster Behavior: A Reassessment of Family Preparedness. **International Journal for mass emergencies and Disasters**, v. 24, n. 1, p. 111-143, 2006.

LINDGAARD, C.V.; IGLEBAEK, T.; JENSEN, T.K. Changes in Family Functioning in the Aftermath of a Natural Disaster: The 2004 Tsunami in Southeast Asia. **Journal of Loss and Trauma**, v. 14, n. 2, p. 101-116, 2009.

MANTURUK, K. Nothing We Can't Handle: Disaster Event Behavior Patterns of Vulnerable **Families** and Neighborhood Support Networks. In: ANNUAL MEETING – AMERICAN SOCIOLOGICAL ASSOCIATION, 2004, São Francisco (EUA). **Conference Papers...** San Francisco: American Sociological Association, 2004. p. 1-18

MARCHEZINI, V. Campos de desabrigados. In: VALÊNCIO, N.F.L.S. (Org). **Sociologia dos desastres**. Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. v. 2. São Carlos: RiMA Editora, 2010. p.113-133.

MURRAY, J.S. Responding to the Psychosocial Needs of Children and Families in Disasters. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 481-491, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Estratégia Internacional de Redução de Desastres. **Marco de Acción de Hiogo 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres**. 2007. Disponível em: <<http://www.unisdr.org/eng/hfa/docs/HFA-brochure-Spanish.pdf>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

_____. Estratégia Internacional de Redução de Desastres. International Recovery Platform Secretariat. **Guidance Note on Recovery Health**.

Disponível em: <http://www.unisdr.org/files/18782_irphealth.pdf>.
Acesso em: 20 setembro 2011.

PACCI, M.L.F.; LARICO, T.G.A.; ZEVALLOS, R.J.C. **Aspecto Socio-Cultural de los Padres y su Relación com el Nivel de Conocimientos em Escolares sobre Desastres Naturales C. E. Semirural Pachacutec y Nicaela Bastidas Arequipa** - 1990. Tesis (Doutorado) Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustin, Arequipa, Peru. 1991.

SIENA, M.; VALÊNCIO, N.F.L.S. Moradias afetadas pelas chuvas: dimensões objetivas e subjetivas dos danos pelo recorte de gênero. In: ENCONTRO DA ANPPAS, III, 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Ambiente e Sociedade, 2006. 14 p.

SMITH, W. D. A. **Voces de las víctimas y sus familias 5 años después del huracán Mitch**. Panamá: Alfa Omega Impressores, 2004. 140p.

SOLOMON, S.D. et al. Effect of Family Role on Response to Disaster. **Journal of Traumatic Stress**, v. 6, n. 2, p. 255-269, 1993.

STANGELAND, P. A. Disaster Nursing: a retrospective review. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 421-436, 2010.

STEWART, M.A. A study of families' physical and emotional health subsequent to the Woodstock Tornado. **Report to the Extramural Research Program Directorate Health and Welfare Canada**. Department of Family Medicine. The University of Western Ontario. London, Ontario. Canada: 1982.

STRAUSS, M..A.; QUARANTELLI, E. L. A Note on the Protective Function of the Family in Disasters. **Marriage and family Living**, p. 263-264, 1960.

SUTHERLAND, L.A.; GLENDINNING, T. Farm Family Coping with Stress: The Impact of the 1998 Ice Storm. **Journal of Comparative Family Studies**, v. 39, n. 4, p. 527-543, 2008.

VALÊNCIO, N.F.L.S., et al. O desastre como desafio para a construção de uma hermenêutica diatópica entre o Estado e os afetados. **Cronos**, v. 8, n.1, p. 81-100, 2007.

_____. Práticas de reabilitação no pós-desastre relacionado às chuvas: lições de uma administração participativa de abrigo temporário. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS, IV, 2008, Brasília. **Anais...** Brasília: ANPPAS, 2008. 20 p.

WALSH, F. Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience. **Family Process**, v. 46, n. 2, p. 207-227, 2007.

WIESENFELD, E.; PANZA, R. Environmental hazards and home loss: the social construction of becoming homeless. **Community, Work & Family**, v. 2, n. 1, p. 51-65, 1999.

4.2 MANUSCRITO 2: MUDANÇAS DAS ROTINAS FAMILIARES NA TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL

MUDANÇAS DAS ROTINAS FAMILIARES NA TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL

FAMILY ROUTINES CHANGES IN THE UNEXPECTED TRANSITION DUE TO NATURAL DISASTERS

CAMBIOS DE LAS RUTINAS FAMILIARES EN LA TRANSICIÓN INESPERADA DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini⁷
BOEHS, Astrid Eggert⁸

RESUMO: Desastres naturais são eventos disruptivos às rotinas e rituais familiares e promovem mudanças significativas na vida e na saúde. O objetivo deste artigo é discutir as rotinas diárias ao longo das trajetórias na transição familiar pela ocorrência de um desastre natural ocorrido em uma área rural. Trata-se de um estudo qualitativo de múltiplos casos, realizado com seis famílias com crianças. Os dados foram coletados em 2010, com técnicas de observação participante, entrevista narrativa, genograma, ecomapa e o calendário de rotinas familiares. Foi feita a análise das narrativas e os resultados revelaram a mudança nas rotinas e rituais nas trajetórias entre o pré, o pós-desastre e atualidade. A transição abrupta gerou reações estressantes, afetando a saúde dos membros. São necessários mais estudos sobre a saúde no pós-desastre que contribuam ao conhecimento, ao ensino e à prática do cuidado de enfermagem, especialmente na estratégia de saúde da família.

Palavras-chaves: Enfermagem familiar. Saúde da família. Desastres naturais. Pesquisa qualitativa.

⁷ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CNPq. Integrante do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). gisamanfrini@terra.com.br

⁸ Doutora em Enfermagem. Professora Associado III PEN/UFSC. Integrante do NEPEPS. Orientadora do trabalho. astridboehs@hotmail.com

ABSTRACT: Natural disasters are disruptive events to the family routines and rituals, and they promote significant changes in life and health. The aim of this article is to discuss daily routines along family transition trajectories due to a natural disaster occurred in a rural area. It is a qualitative study of multiple cases conducted on six families with children. Data were collected, in 2010, with participant observation techniques, narrative interview, genogram, eco-map and the family routines calendar. Narratives analysis have been performed and results have revealed changes in routines and rituals in the trajectories, between the pre-post disaster and nowadays. The abrupt transition has generated stressing reactions, affecting the members' health. Further studies on health are needed in the post-disaster, in order to contribute for knowledge, teaching and practice on nursing care, especially, within the family health strategy.

Key words: Family nursing. Family health. Natural disasters. Qualitative research.

RESUMEN: Los desastres naturales son eventos disruptivos para las rutinas, los rituales familiares y promueven cambios significativos en la vida y en la salud. El objetivo de este artículo es discutir las rutinas diarias a lo largo de las trayectorias en la transición familiar, debido a un desastre natural ocurrido en un área rural. Se trata de un estudio cualitativo de múltiples casos, realizado en seis familias con niños. Los datos fueron obtenidos en el 2010, con técnicas de observación participante, entrevista narrativa, genograma, ecomapa y el calendario de rutinas familiares. Ha sido realizado un análisis de las narrativas, y los resultados revelaron cambios en las rutinas y rituales, en las trayectorias entre el pre - pos desastre y la actualidad. La transición abrupta generó reacciones estresantes, afectando la salud de los miembros. Son necesarios más estudios sobre la salud en el posdesastre, que contribuyan al conocimiento, enseñanza y práctica del cuidado de la enfermería, especialmente, en la estrategia de salud para la familia.

Palabras claves: Enfermería familiar. Salud de la familia. Desastres naturales. Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

Desastres naturais podem ser especialmente caracterizados pela experiência de violentos eventos como as enchentes, as inundações, os furacões ou os terremotos, os quais podem ser traumáticos à vida e à saúde de crianças e jovens, mas que também têm potencial assustador para os adultos (DENNY; McFETRIDGE, 2005).

Estudos como o de Coffman (1998), Murray (2010), Rowe e Liddle (2008) apontam que os efeitos de uma crise pós-desastre aparecem inicialmente na estrutura típica diária, o que é sentido sobretudo pelas crianças e adolescentes, uma vez que as rotinas familiares das quais dependem são afetadas, as tarefas e as funções para o funcionamento familiar são modificadas e diversas reações emocionais são experienciadas pela família de uma maneira integral. Contudo, a interrupção das rotinas diárias necessita de um tempo para recuperação após o desastre natural, pois trata-se de um processo que, em si mesmo, implica múltiplas mudanças de vida. Assim como, as adversidades presentes na transição do pós-desastre podem interferir mais diretamente na saúde de alguns de seus integrantes, particularmente às mães que assumem o compromisso pelo bem-estar familiar e as funções de cuidado (WICKRAMA; KETRING, 2011; WICKRAMA; WICKRAMA, 2008). Para tanto, Mulvihill (2007) considera que é importante que profissionais de saúde tenham habilidades para fornecer o suporte adequado e continuidade nos cuidados à saúde, estabelecendo certa previsibilidade dentro da família e ajudando-a no restabelecimento das rotinas.

A enfermagem é uma das profissões mais envolvidas no atendimento aos afetados em desastres naturais, cujo enfoque maior tem sido dado às ações de urgência e emergência na resposta a tais eventos, e no planejamento hospitalar. Entretanto, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm divulgado informações constantes sobre as ações da enfermagem no setor de saúde pública, com ênfase na reestruturação dos serviços/programas de saúde e na recuperação das condições de saúde de populações em situações pós-desastres. Isto se aproxima do foco deste estudo, que está direcionado aos enfermeiros atuantes na Atenção Primária de Saúde (APS), e especificamente na política brasileira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista que as ocorrências frequentes de desastres naturais nas várias regiões do país, tanto em cenários rurais, quanto urbanos, expressam as necessidades de conhecimento e de preparo profissional numa perspectiva longitudinal da assistência nestas realidades.

Um referencial teórico sobre Rotinas e Rituais Familiares foi estudado por uma pesquisadora e enfermeira norte-americana, Sharon Denham (2003), influenciada por estudos antecessores de outras áreas, que resultou em um modelo destinado ao cuidado de promoção à saúde de famílias. Rotinas de saúde familiar são padrões dinâmicos de comportamentos relevantes à saúde, que os membros aderem

consistentemente e estruturas da vida diária que podem ser revistas, descritas e discutidas pelos indivíduos, família e diversas perspectivas ambientais, envolvendo os membros no espaço doméstico, mesmo que nem todos estejam ativamente engajados. As rotinas familiares não são estáticas, mas evoluem todo o tempo e são influenciadas pelas mudanças no ciclo vital e mediante eventos imprevisíveis (DENHAM, 2003). Acredita-se que desastres naturais tenham impacto na organização da vida diária das famílias atingidas, afetando temporariamente ou modificando permanentemente algumas rotinas, o que pode levar a consequências positivas ou negativas à saúde da família e dos indivíduos. Este artigo objetiva discutir as rotinas diárias ao longo das trajetórias na transição familiar pela ocorrência de um desastre natural.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de múltiplos casos, o qual foi desenvolvido com seis famílias atingidas no desastre natural, em uma área rural do Sul do Brasil, no ano de 2008.

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 no quadro a seguir.

Composição Familiar	Escolaridade	Ocupação	Renda	Danos
F1: Casal e duas filhas na idade escolar	Ensino fundamental incompleto. Estudantes da 1ª e 5ª séries.	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 incompl. Ensino médio incompleto (adolesc).	Pedreiro e do lar. Costureiras (adolesc)	Aprox. 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 incompl. Ensino fundamental completo (adolesc)	Autônomos (produção caseira de salgados). Costureira (adolesc)	Aprox. 2 salários mínimos	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 séries. Ensino fundamental completo (adolesc).	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.	Aprox. 3 salários mínimos	Perdas materiais, desemprego.

Quadro 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, conforme classificação de Cerveny e Bethoud (1997): aquisição ou casal com filhos, adolescente e fase madura, na qual uma das filhas 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 com registros em diário de campo, a entrevista narrativa

improvisada (SCHÜTZE, 2010), a aplicação de instrumentos como o genograma, o ecomapa e o calendário de rotinas, que se constituiu em um 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 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*, na qual 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, em que foram identificados elementos de interpretação das histórias narradas denominados de estruturas processuais do curso da vida. Para a realização do terceiro passo, denominado de *abstração analítica*, foi preciso um 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 nesta 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⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número 490/2009. Respeitou-se o anonimato dos informantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se a sequência de narrativas sobre a experiência da família 6 no desastre natural, sendo paralelamente discutidos os achados sobre as cinco famílias. Cabe destacar que tais narrativas representam as trajetórias típicas ao longo do período de transição, de onde emergiu a categoria de análise sobre as mudanças das rotinas familiares,

possibilitando traçar as semelhanças e os contrastes entre os casos.

A história da família 6 é narrada por uma jovem mãe (MF6) que compõe, juntamente com seu filho lactente, um núcleo monoparental. Na época da ocorrência do desastre, ela residia com a família de origem, na respectiva área rural, e estava no segundo trimestre de gestação. A transição do desastre natural foi acompanhada da transição desenvolvimental pelo nascimento do primeiro filho, repercutindo em mudanças nas rotinas familiares. Assim também, as demais famílias apresentam pontos de mudança nas rotinas familiares ao longo da transição pelo desastre natural, com a influência de aspectos do ciclo vital na sua organização diária.

1ª trajetória: narrativa sobre o período anterior ao desastre

No sábado, a gente saiu pra dar uma volta e ver as coisas, porque estava todo mundo curioso, nunca tinha acontecido algo assim aqui (-). À noite já tinha caído uma casa aqui em cima e a mulher que morava lá morreu (-). A estrada já estava fechada e nós não tínhamos mesmo noção do que iria acontecer [...]. No domingo, a gente conseguiu retirar uma família da casa deles e abrigou aqui em casa, porque a mulher nem o marido queriam sair da casa [...]. A nora dela é muito amiga da minha mãe e já estava aqui (-), nós fizemos um almoço e estava sem energia elétrica, então era tudo muito ruim [...] não tinha água, então a gente encheu uma piscina de fibra pra carregar água e poder, ao menos, lavar as louças (-). Até aí estava tudo normal, a gente achou que estava tudo indo bem. (MF6)

A narrativa revela que a rotina e os rituais típicos de um final de semana foram inicialmente afetados, por condições imprevistas ao contexto da moradia, porém improvisaram para manter a normalidade de um almoço de domingo. No entanto, deslizamentos de terra foram sendo percebidos, chamando a atenção para os sinais de ameaça. De maneira semelhante, na família 3, a observação do volume das chuvas e do aumento no nível das águas do ribeirão culminou na decisão pela saída da mãe com as crianças de casa, em busca de local mais seguro. O pai, por sua vez, optou por permanecer na moradia, tomando medidas para minimizar perdas materiais, caso houvesse inundação. As narrativas dos

outros casos mencionam que tais atitudes são rotineiras nas situações mais previsíveis nas enchentes em menor proporção. Neste sentido, estas rotinas representam parte de uma trajetória coletiva das famílias, no que se refere à busca de abrigo seguro e à ressonância dos sinais de alerta entre os moradores.

A trajetória que antecedeu os acontecimentos dramáticos narrados pelas famílias pode ser entendida sob um aspecto que corrobora para as tentativas de manutenção da regularidade da rotina na situação de ameaça. Semelhante ao estudo de Takahashi et al. (2007) sobre o pós-terremoto-tsunami na Indonésia, a magnitude de tantas perdas pode ser atribuída não somente ao tamanho do desastre, mas também à ausência de uma subcultura associada ao tipo de desastre. Assim como a comunidade afetada pelo tsunami não possuía mecanismos de resposta por desconhecerem tal fenômeno (ainda que os terremotos fossem já conhecidos na região), as famílias pesquisadas também narraram a falta de noção do que poderia acontecer, muito embora, já incorporavam à sua rotina alguns comportamentos relacionados a experiências anteriores com pequenos alagamentos e inundações.

2ª trajetória: na ocorrência do desastre

Começou a cair umas barreiras ali para baixo e o pessoal começou a vir tudo pra cá. Logo depois que conseguimos trazer aquela família para cá, a casa se foi e perderam tudo [...]. Na hora do desespero, a gente não sabia o que fazer. A nossa casa tinha umas cento e poucas pessoas (-), com todas aquelas machucadas de outra casa que desabou [...] A vizinha que conseguiu sair debaixo da casa sozinha chamava, gritava, mas ninguém a escutava (-) daí ela veio até aqui pedir ajuda, pra salvar as outras (-), então alguns dos homens, meu padrasto, meu irmão foram lá e ajudaram. Eles conseguiram tirar uma menina, a outra que morreu eles trouxeram pra cá (-), mais um senhor, um rapaz de 17 anos e mais um menino de um ano e pouco, mortos. [...] Mas o pior foi na noite de domingo para a segunda-feira. A gente tinha passado o domingo inteiro aqui em casa e à noite fomos lá para o morro [...] mas naquela hora ninguém mais sabia o que era seguro. Lá a gente tinha feito uma barraca, levamos um fogãozinho, porque não tinha mais

comida (-) nós já tínhamos dado o que tinha [...] e comemos lá em cima do morro, só que a água que a gente bebia era da chuva. Eu estava muito preocupada com a gravidez e ficava com muito medo de perder, principalmente depois que comecei a sentir muita dor, daí eu não conseguia mais andar (-). Na segunda-feira, conseguimos arrombar a porta da malharia aqui do lado [...] foi o jeito que arranjamos para pedir socorro. A gente teve que ligar três vezes para a Defesa Civil para que eles acreditassem que aqui tinha gente morta e gente ferida (-) e eles não acreditaram. Na segunda-feira, quando finalmente chegaram os helicópteros [...] sei que logo me levaram e minha mãe ficou. Eu queria que eles a tivessem levado comigo, mas não a deixaram, porque tiveram que levar todos os feridos por primeiro, depois eu que estava grávida, e as mães daquelas crianças mortas (-) e depois foram os senhores de idade, os mais novos e minha mãe veio bem depois. (MF6)

Esta trajetória mostra a ruptura da regularidade da rotina familiar diante da imprevisibilidade do desastre natural e a ocorrência de uma rotina atípica, voltada para suprir as necessidades básicas e tentar lidar com as adversidades causadas pelo evento. Nas demais famílias, foram narradas algumas atividades que fizeram parte da rotina durante o desastre, como exemplo, os pais de cada família (1, 2 e 3) que auxiliaram a equipe de socorro na localização de vítimas e no resgate de corpos, ou buscando notícias sobre vizinhos nas casas em risco. No caso das famílias 4 e 5, a saída abrupta e inesperada da moradia, o deslocamento para um local seguro e o acompanhamento do resgate de familiares vitimados desencadearam instabilidade e reações estressantes, afetando também o estado de saúde da jovem gestante na família 6.

Ao mesmo tempo, protegiam e preservavam especialmente crianças, idosos e pessoas feridas, fornecendo alimentos e roupas secas que ainda restavam nas moradias em que se abrigavam, e tentando amenizar o estresse das famílias mais atingidas. Este esquema de ação improvisado das famílias expressa um ponto importante da trajetória coletiva, o qual foi se delineando e se traduzindo num mecanismo natural de suporte social.

Na menção das famílias, um ponto dramático nas trajetórias

individuais durante o desastre se relacionou à falta de credibilidade de outros atores sociais no momento em que foram solicitados pelas famílias em desamparo (no caso da família 5, vizinhos resistiram em ajudar), e da falta de agilidade na resposta e socorro de órgãos governamentais, o que acreditam lamentavelmente ter favorecido para o aumento do número de mortos.

A busca por local seguro junto de vizinhos caracteriza o breve período da ocorrência do evento como uma trajetória coletiva, em que as rotinas se unificaram em meio às incertezas circunstanciais. Rotinas são bastante fidedignas ao índice de colaboração, acomodação e sinergia familiar (DENHAM, 1995) e seus membros usualmente não percebem as inúmeras acomodações que regularmente fazem dentro do domicílio, equilibrando simultaneamente as limitações e recursos, adaptando continuamente as demandas relacionadas ao contexto, aos processos de interação funcional da unidade doméstica e às necessidades particulares de cada membro (DENHAM, 2003). Neste sentido, é possível perceber que os sucessivos acontecimentos levaram a uma ruptura da rotina habitual das famílias envolvidas, com algumas adaptações que visavam fundamentalmente à sobrevivência. Denham (2003) também esclarece que a adaptação é menos intencional e também uma resposta inconsciente às circunstâncias, eventos ou situações que rompem ou ameaçam, mudam os padrões familiares usuais.

3ª trajetória: período inicial pós-desastre e passagem nos abrigos

Como fui direto para o hospital, não dei entrada em abrigo nenhum. [...] Estavam levando os parentes para lugares diferentes, todo mundo ficou separado. Depois encontrei meus irmãos e ficamos juntos, mas logo vieram nossos parentes nos buscar para ficar na casa deles. (MF6) Rotina não existia [...] porque a gente se mudava de vez em quando [...] é difícil se acostumar com os costumes de outra família e em duas semanas acho que nem se consegue isto. (MF6). A gente ficou uns quatro ou cinco meses pagando aluguel e depois viemos pra cá [...] então, quando começava a se habituar, tinha que se mudar de novo (CpF6). A rotina que eu tinha era ir ao médico (-), trabalhar e só. Agora, estas outras coisas que agora a gente faz com a família, a gente não tinha (-), não tinha nem cabeça para fazer outras coisas. (MF6)

A permanência nos abrigos dificultou ou impediu o restabelecimento das rotinas familiares que organizavam a vida antes do desastre. Foram necessárias tentativas de adaptação aos horários e ao modo de realização das tarefas diárias nos abrigos públicos, assim como habituar-se ao “ritmo” e à referência cultural das rotinas nas casas dos familiares. Também a criação de novas rotinas como frequentar os centros distribuidores de doações em alimentos e roupas, dentre outras.

A imprevisibilidade permeava o cotidiano, mostrando-se fator estressante à rotina das famílias, uma vez que muitas delas haviam perdido a moradia e outros bens materiais, além do luto pelas perdas de familiares, vizinhos e amigos com quem conviveram na localidade. A necessidade de gerar renda para recuperar o perdido e também para ter alguma ocupação mobilizou alguns membros dos núcleos familiares 1, 2, 3, 5 e 6 na busca de trabalho, porque aqueles que não perderam seus empregos permaneceram afastados temporariamente, organizando uma rotina familiar nestas condições, com flexibilização no cumprimento de tarefas parentais e maior colaboração entre os membros.

A pouca previsibilidade nas rotinas familiares e também nas rotinas individuais, as perdas e as mudanças ocorridas na convivência, pela separação entre os núcleos da família ampliada que residia próximo, foram elementos culminantes para o adoecimento das crianças, hospitalizações e episódios dramáticos como as tentativas de suicídio de um membro da família 3. As condições estruturais dos abrigos temporários e a irregularidade nas rotinas de cuidado às crianças, especialmente quanto aos horários e ao preparo das refeições, foram os principais motivos levantados pelas famílias 2 e 3 no que se refere ao adoecimento e à necessidade de assistência médica aos filhos pequenos.

O período de permanência no abrigo familiar e a dificuldade de adaptação a esta rotina provisória foram percebidos pelos idosos, avós maternos da família 3, com relação ao gênero, ou seja, a avó ocupada com os netos sofreu menos que o avô afastado do trabalho na roça e do sossego no seu lar.

Por outro lado, na trajetória subsequente que foi marcada pelo longo período em que as famílias do estudo permaneceram deslocadas de seu contexto de vida anterior ao desastre, e também pelos episódios associados à passagem pelos abrigos, as rotinas familiares foram acomodadas às regras institucionais e, em alguns casos, às regras das famílias acolhedoras. Neste sentido, a acomodação das rotinas é entendida como um esforço de toda a família para adaptar, contrabalancear ou reagir a algumas forças contraditórias em suas vidas, mas não somente em resposta a estressores ou problemas, ocorrendo

também quando os membros são motivados a alcançar metas particulares ou algo que tenha prioridade significativa naquele momento (DENHAM, 2003).

Algumas situações culminantes como o adoecimento das crianças foram relatadas nesta trajetória, tendo em vista a alteração nos padrões de comportamento individual, nas condições de cuidado e nas rotinas familiares diárias. Segundo um estudo, há relação entre a ruptura nas mudanças de vida e seus efeitos sobre as rotinas familiares e a severidade da doença na criança. Segundo Boyce *et al.* (1977), principalmente em famílias muito ritualizadas, tais efeitos tornam as crianças mais estressadas do que protegidas pelas suas rotinas que foram afetadas. Dois aspectos ressaltados pelas famílias merecem atenção sobre a sua implicação na estabilidade e na previsibilidade das rotinas familiares, os quais foram comprometidos na experiência dos abrigos: os padrões de tempo e o espaço simbólico. O tempo influencia o modo com que as rotinas familiares são estruturadas e priorizadas, além do mais, o tempo está ligado às percepções e aos ritmos que variam entre os membros de uma mesma família e entre famílias dentro de um contexto cultural (DENHAM, 2003). Ademais, Valêncio (2010, p.128) reforça que “a coletivização das rotinas no abrigo depõe contra a construção social da família e das identidades de seus membros”. Todavia, as famílias buscam uma seguridade emocional e uma intimidade quando criam uma dinâmica particular ao espaço (sala de aula, por exemplo) que ocupam nos abrigos temporários, onde tentam reproduzir um lar, as rotinas neste ambiente “privado” apropriado simbolicamente (VALÊNCIO, 2010).

4ª trajetória: o recomeço

Eu fui morar sozinha, na minha casa, em outubro, no ano seguinte ao desastre. Na verdade, eu estava construindo lá, no mesmo lugar, antes do ((pai da criança)) ir embora. A gente estava construindo, daí eu descobri que estava grávida e ele me deixou (-) e eu parei de construir [...], mas aconteceu tudo aquilo e eu comecei do zero (-) e estou pagando ainda a casa, mas já está pronta agora. Depois eu comecei a trabalhar de novo (-) hoje estou trabalhando em outra empresa (-), mas está bom agora, porque estou registrada, estou conseguindo as minhas coisas [...]. Eu fui morar sozinha com meu filho, mas no início a minha irmã sempre ia dormir comigo todos os dias,

porque eu não dormia sozinha (-) eu tinha medo. Eu ainda tinha muito medo quando a gente voltou pra cá [...] O que mudou na gente é esta coisa de que quando chove (-) antes era tão bom dormir com o barulho da chuva, né (-) e, hoje em dia, a gente quase não consegue dormir por isso, quando chove muito forte ou muitos dias, daí a gente começa a lembrar. A gente pensou nesta coisa de um dia sair daqui e ir morar em outro lugar, mas em todo lugar a gente corre riscos, né? (-) Mas agora, assim, está normal (-) a gente tem que ficar aqui (-) e não aconteceu mais nada também. [...] O que mais mudou pra nós é a questão de ônibus (-) tem um só que passa ao meio-dia e volta às dez da noite (-). O postinho que já era para estar aberto e que pra nós faz falta, porque pra gente ir até o município vizinho é muito longe (-) então, ou a gente paga particular ou tenta em outro município. (MF6)

O recomeço representa o início de uma nova fase familiar, marcada, de modo geral, pela decisão familiar em tocar a vida para a frente e buscar recursos externos e internos para retornar à comunidade ou para migrar. No caso da família 4, o significado de dar continuidade à vida diz respeito à reconstrução de laços após as várias perdas familiares.

A reconstrução e a aquisição das moradias é uma das tarefas que mais influencia nas rotinas familiares desta fase, assim como as incumbências econômicas e sociais consequentes a ela, mas retomar seu espaço próprio e reconquistar a autonomia na organização das atividades diárias fornece maior previsibilidade e regularidade à vida familiar. O retorno ao trabalho e a aquisição de um novo emprego, no caso de alguns cônjuges e de filhos adolescentes, são atividades que garantem a renda e que orientam o estabelecimento de horários, regras e divisão de tarefas no convívio diário familiar. As famílias 1 e 3 narraram suas preocupações em manejar os diferentes horários de trabalho entre os cônjuges às atividades escolares e de cuidado das crianças, ainda contando com as situações imprevistas na rotina escolar dos filhos que, eventualmente, sofre mudanças pela ocorrência de alagamentos e fortes chuvas (por exemplo, cancelar dias de aula, modificar o calendário de férias ou liberar as crianças mais cedo para casa), as quais exigem dos

pais acionar a sua rede mais próxima de apoio.

O medo da recorrência de um desastre é presente na rotina de todas as famílias do estudo, com maior ou menor importância dada pelos seus membros. No caso das mães das famílias 1 e 3, o medo traz angústia e insegurança, interferindo na organização da rotina nos dias de chuva e também na atenção e proteção destinada aos filhos. O abandono do emprego pela mãe da família 3 foi influenciado pela experiência traumática no desastre e levou a mudanças na rotina.

As famílias também narraram sobre as mudanças percebidas nas rotinas de antes e após o desastre, as quais estão também relacionadas às fases e tarefas do ciclo de vida, por exemplo, as rotinas direcionadas à introdução e ao acompanhamento dos filhos na escola (família 1), ao nascimento de um bebê (família 6), às demandas sociais e educacionais dos filhos adolescentes (famílias 2, 3, 5), ao adoecimento crônico de um cônjuge (família 2) ou à morte acidental de membros da família ampliada no pós-desastre (famílias 3 e 5). A chegada da criança, após a gravidez da adolescente, implica a redefinição das relações familiares e, em algumas famílias, a superação de dificuldades financeiras e conflitos familiares (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010), aliada à tarefa desenvolvimental do cuidado.

É importante que profissionais da saúde e de enfermagem reconheçam que as trajetórias familiares que expressam os processos de evacuação, de recuperação e de reconstrução diferem de acordo com a dimensão dos danos causados pelo evento. Na menção de Takahashi *et al.* (2007), a reorganização na estrutura familiar, em especial quando há muitas perdas, pode ser mais dramática e faz submergir o quão fundamental é a família como unidade social de apoio e a ajuda da rede mais próxima nesta fase de transição.

O recomeço contou com a plasticidade na condução de tarefas entre os membros das famílias, de modo que as suas rotinas promovessem o alcance das metas particulares a esta fase. Conforme Denham (2003) rotinas podem diferir nas famílias com divisões tradicionais versus não tradicionais de trabalho e estão embasadas no caráter e na necessidade de mudança dos membros. Além disso, o dinheiro, as finanças, a economia e os recursos dentro das famílias são temas que governam as interações e também fornecem uma base para compreendermos algumas rotinas. Neste sentido, a correria cotidiana e a rotina centralizada no trabalho para a reconstrução expressam a situação nova que fez os membros avaliarem a necessidade de reavivar rotinas efetivas em fases anteriores da vida, ou adaptar e criar novos padrões de comportamento no pós-desastre.

Rotinas familiares são afetadas pelo contexto ecológico, afirma Denham (2003), o que pode ser percebido no pós-desastre, através das mudanças no cenário ambiental, social e econômico narradas pelas famílias deste estudo. A literatura (CARUANA, 2009; COFFMAN, 1998; MURRAY, 2010; ROWE; LIDDLE, 2008) reforça que mulheres, crianças e adolescentes são mais propensos a manifestar sintomas de estresse pós-traumático e depressão em consequência a um desastre natural, repercutindo na saúde mental e nas relações/conflitos familiares. Os resultados do estudo pós-tsunami, realizado por Wickrama e Ketring (2011), mostraram que mães em sociedades tradicionais ficam mais vulneráveis aos impactos dos desastres naturais do que os pais, devido ao seu elevado compromisso com as funções de cuidado na família, ao menor suporte social e poucos serviços disponíveis, às grandes perdas e poucos recursos, além das adversidades enfrentadas após o evento negativo de vida. Este estudo sugere que os estressores secundários ao desastre (falta de roupas, de comida, o desemprego, perda de recursos e da moradia) promovem efeitos adicionais aos problemas de saúde posteriores. No caso das crianças, Coffman (1998) menciona que quanto mais o tempo passa após o evento, mais os pais precisam estar atentos às reações de seus filhos, fornecendo alguma estrutura para as suas rotinas diárias e suporte para seu bem-estar. Pais traumatizados podem manifestar maiores preocupações com a segurança das crianças no pós-desastre e a super-proteção pode estar associada à ansiedade e ao medo, em especial das mães, assim como conflitos transitórios podem ocorrer quando os membros da família vivenciam este processo diferentemente (CARUANA, 2009). De modos específicos, os pais e as mães da presente pesquisa expressaram alguma influência de suas preocupações e medos com relação à segurança dos filhos na organização das rotinas diárias.

Estágios do ciclo vital também afetam as rotinas familiares, ao passo que a cultura, a etnicidade, a raça ou as características familiares também são confrontadas pelos aspectos previsíveis do desenvolvimento (DENHAM, 2003). Embora o desenvolvimento individual varie de acordo com a idade, características e experiências dos membros, o desenvolvimento familiar também resulta em resposta às necessidades desenvolvimentais dos indivíduos, como num processo de “maturação sistêmica”, como denominou Denham (2003, p. 167). Envolvidas na complexidade do dia a dia da vida familiar, rotinas e rituais fornecem um contexto para o desenvolvimento da criança (SPAGNOLA; FIESE, 2007), e isto parece ter sido um esforço dos pais em toda a trajetória pós-desastre, recuperando gradativamente os recursos vinculados à vida

dos filhos (brinquedos, o quarto de dormir, as atividades de lazer, o retorno à escola, etc).

5ª trajetória: a vida atual no pós-desastre

Daí conheci o ((atual companheiro)), a gente está há seis meses juntos e ele aceita muito o meu filho [...] ele me ajuda muito [...] está comigo desde que ele tinha 10 meses, então está criando, está educando, né? Então agora é eu, ele e o meu filho que moramos na minha casa.[...] De manhã estou em casa e trabalho de 13:30 às 22, em uma fábrica de plásticos (-) mudei totalmente, porque sempre trabalhei sem registro e isto acaba fazendo falta um dia (-) tem outras pessoas da minha família que também trabalham nesta fábrica. [...] Daí, quando chego em casa, o meu filho já está dormindo e está aqui [na casa dos avós], aos sábados eu também trabalho e minha mãe também faz coisas aos sábados, então ele fica na casa da minha sogra de manhã, das 9 até às 13. Nos finais de semana, a gente sempre está junto, ou estamos aqui, ou estamos lá em casa. E ele [o companheiro] trabalha na geral, das 7 às 17 horas, e quando chega, às vezes, fica um pouco na mãe dele ou também fica aqui, brinca com o meu filho (-) ele está sempre junto ou, às vezes, eles vão me buscar. [...] O que eu penso, hoje, é deixar uma boa coisa para o meu filho, um bom estudo (-) o que eu não pude ter, embora eu ainda queira estudar (-), mas eu quero voltar a estudar na hora que eu terminar de pagar a casa. (MF6)

Um aspecto importante observado nos dados colhidos através do Calendário de Rotinas se deve a todas as famílias terem registrado ou comentado que a rotina do dia a dia não muda, ou que é sempre a mesma durante a semana. Isto nos leva a inferir na ritualização das rotinas diárias, principalmente marcadas pela rotina de trabalho que rege a realização das demais atividades como momentos de encontro, hora de dormir e de acordar, horário e duração das refeições, saídas para fazer compras ou para ir ao posto de saúde, à distribuição e organização das tarefas conforme o gênero (quem cuida das crianças, quem prepara o café, quem ajeita as camas), com a educação dos filhos para a

participação e a colaboração na rotina doméstica e de manutenção do lar. A mãe da família 5 expressou a ideia de normalização da rotina familiar na trajetória atual do pós-desastre, a qual se deve a uma percepção sobre a estabilidade alcançada com a aquisição da nova moradia e à estruturação da mesma para acomodar todos os membros, ao retorno das crianças às atividades escolares, além da segurança financeira pelo emprego do casal e filho adolescente.

No que tange à trajetória atual, ou seja, um ano após o desastre, estudos originários como o de Boyce, Jensen, James e Peacock (1983), sobre o referencial teórico, definiram que é através da estrutura das rotinas que as famílias criam uma realidade social em que a estabilidade e a continuidade de suas vidas coletivas são afirmadas e mantidas. A ideia de normalidade do dia a dia no pós-desastre, expressada pela maioria das famílias do estudo, identifica-se com a descrição de rotinas caracterizadas por uma regularidade mais previsível e a percepção de certa estabilidade dos aspectos contextuais influentes na organização da vida. Rotinas são atributos universais da vida familiar, variando apenas no conteúdo e na frequência de família para família, cuja ritmicidade é estabelecida para o funcionamento e a organização das atividades coletivas diárias (SPRUNGER; BOYCE; GAINES, 1985). Entretanto, rotinas possuem elementos dinâmicos (características individuais, fatores domésticos e valores dos membros) e por isso podem ser modificadas. Além disso, Denham (2003) identificou que as mães são as principais condutoras, mantenedoras, promotoras das rotinas e cuidadoras dos membros e da unidade familiar, cuja observação foi enfática também no presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo deste artigo, que foi de discutir as rotinas diárias de famílias rurais com crianças, ao longo das trajetórias na transição pela ocorrência de um desastre natural, pretende-se salientar a importância do contexto em que se desenrolam as mudanças de vida e o impacto delas nas rotinas para a organização e o funcionamento de cada família. Embora tenham sido consideradas as trajetórias individuais de cada família estudada, as experiências narradas mostram aspectos comuns e coletivos nestas trajetórias, apontando-nos as similaridades das situações dramáticas vividas e das transições para a nova fase pós-desastre.

Os resultados deste estudo também trazem a ideia de que a cultura e a identidade de tais famílias rurais, ao desejarem ser independentes ou não esperarem a solução dos problemas por outros,

revelam-se um indicador para o estabelecimento de rotinas no pós-desastre, com centralização no trabalho e na demanda das novas tarefas que motivam o recomeço. Ademais, cultura e etnicidade compõem o cerne das rotinas familiares, o que é reforçado pela literatura e referencial teórico utilizados.

As contribuições deste estudo se direcionam em especial aos profissionais de enfermagem que lidam com populações na situação de pós-desastre, mas estende-se a toda a equipe de saúde da família. No tocante à relevância do referencial teórico das Rotinas e Rituais Familiares para a compreensão das experiências cotidianas e transacionais da vida, entende-se que, se para a equipe de ESF o território de abrangência tem sua importância no planejamento e na realização das ações em saúde, respeitando as necessidades da população e dos grupos atendidos, analogicamente, devemos compreender como o território (o contexto comunitário e da moradia) particular a cada família tem sua pertinência e influencia na organização da vida diária e na saúde dos seus membros.

É de fundamental importância que sejam incluídos ou mais especificamente abordados nos currículos dos cursos de enfermagem no Brasil os conteúdos referentes à promoção da saúde de populações atingidas por desastres naturais. Neste sentido, este estudo abre um diálogo sobre o que precisamos saber e como devemos preparar os profissionais de enfermagem para as situações pós-desastre.

Recomenda-se que outras pesquisas ampliem o conhecimento sobre as rotinas pós-desastre em famílias com outras configurações e etapas do ciclo vital, e que aprofundem os dados sobre o impacto da transição por desastre natural nas rotinas de famílias em que houve mortes, por exemplo, de crianças, ou naquelas com sequelas físicas e psicológicas aos integrantes. Sugere-se que sejam exploradas as relações de gênero nas rotinas de cuidado à saúde no pós-desastre e também a relação com a rede de suporte social. Há uma lacuna de conhecimento que precisa ser preenchida para que práticas e políticas de atenção à saúde na situação de desastres sejam efetivas no cenário brasileiro, para tanto, pesquisas futuras devem explorar as experiências dos profissionais de saúde da família e as estratégias de atenção e de cuidados promovidos no pós-desastre.

REFERÊNCIAS

BOYCE, E.W.T. ; JENSEN, E.W. ; JAMES, S.A. et al. The Family Routines Inventory: theoretical origins. **Soc. Sci. Med.**, v. 17, n. 4, p.

193-200, 1983.

BOYCE, W.T. et al. Influence of Life Events and Family Routines on Childhood Respiratory Tract Illness. **Pediatrics**, v. 60, n. 4, p. 609-15, 1997.

CARUANA, C. Life in the Aftermath. **Family Relationships Quartely**, v. 14, p. 3-7, 2009.

CERVENY, C.M.O.; BERTHOUD, C.M. **Família e ciclo vital**. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

COFFMAN, S. Children's Reactions to Disaster. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 13, n. 6, p. 376-382, 1998.

DENHAM, S. **Family Health**. A Framework for Nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2003.

DENHAM, S.A. Family Routines: a construct to considering family health. **Holist Nurs Pract.**, v. 9, n. 4, p. 11-23, 1995.

DENNY, P.; MCFETRIDGE, B. The Impact of Disaster on Culture, Self, and Identity: Increased Awareness by Health Care Professionals is Needed. **Nurs Clin N Am**, v. 40, p. 431-44, 2005.

HOGA, L.A.K.; BORGES, A.L.V.; REBERTE, L.M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 151-57, 2010.

MULVIHILL, D. Nursing care of children after a traumatic incident. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v. 30, p. 15-28, 2007.

MURRAY, J. S. Responding to the Psychosocial Needs of Children and Families in Disasters. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 481-491, 2010.

ROWE, C.L.; LIDDLE, H.A. When the levee breaks: treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. **J Marital Fam Ther.**, v. 34, n. 2, p. 132-148, 2008.

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.

SPAGNOLA, M.; FIESE, B.H. Family Routines and Rituals. A Context for development in the Lives of Young Children. **Infants & Young Children**, v. 20, n. 4, p. 284-299, 2007.

SPRUNGER, L.W.; BOYCE, W.T.; GAINES, J.A. Family infant congruence: Routines and rhythmicity in family adaptations to a young infant. **Child. dev.**, v. 56, p. 564-572, 1985.

TAKAHASHI, M. et al. Restoration after the Sumatra Earthquake Tsunami in Banda Aceh: Based on the Results os Interdisciplinary Researches by Nagoya University. **Journal of Natural Disaster Science**, v. 29, n. 2, p. 53-61, 2007.

VALÊNCIO, N. **Sociologia dos desastres.** Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. v. II. São Carlos: RiMA Editora, 2010.

WICKRAMA, K.A.S.; WICKRAMA, K.A.T. Family contexto f mental health risk in Tsunami affected mothers: Findings from a pilot study in Sri Lanka. **Social Science & Medicine**, v. 66, p. 994-1007, 2008.

WICKRAMA, T.; KETRING, S.A. Change in the health of Tsunami-

exposed mothers three years after the natural disaster. **Int J Soc Psychiatry**, v. 18, p. 1-11, 2011.

4.3 MANUSCRITO 3: INTERPRETAÇÕES DE FAMÍLIAS RURAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL

INTERPRETAÇÕES DE FAMÍLIAS RURAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL

RURAL FAMILIES INTERPRETATIONS ABOUT THE UNEXPECTED TRANSITION EXPERIENCE DUE TO NATURAL DISASTERS

INTERPRETACIONES DE FAMILIAS RURALES SOBRE LA EXPERIENCIA DE TRANSICIÓN INESPERADA POR DESASTRE NATURAL

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini⁹
BOEHS, Astrid Eggert¹⁰

Resumo: O artigo tem por objetivo apresentar as interpretações de famílias rurais sobre a experiência de transição inesperada por desastre natural. Foi realizado um estudo de múltiplos casos de seis famílias, com crianças e adolescentes de uma área rural, atingidos no desastre de 2008, em uma região de Santa Catarina/Brasil. Para a coleta dos dados utilizou-se da observação participante, entrevista narrativa, genograma, ecomapa e um instrumento denominado calendário de rotinas. A análise das narrativas produzidas pelos diferentes integrantes resultou em interpretações das famílias sobre as mudanças e as comparações entre a

⁹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CNPq. Integrante do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). gisamanfrini@terra.com.br

¹⁰ Doutora em Enfermagem. Professora Associado III PEN/UFSC. Integrante do NEPEPS. Orientadora do trabalho. astridboehs@hotmail.com

vida anterior e a posterior ao desastre. As perdas da moradia e de entes queridos, a migração, o desemprego e os prejuízos na propriedade rural se constituíram nas principais mudanças, associadas a novas tarefas de desenvolvimento. As experiências de transição familiar com o desastre revelam que as perdas influenciam na convivência social, na rotina diária e na manutenção de valores culturais.

Palavras-chaves: enfermagem familiar, saúde da família, desastres naturais.

Abstract: The article aims to present rural families interpretations about the unexpected transition experience due to natural disasters. It was conducted a multiple case study on six families with children and adolescents who were struck by the disaster of 2008, in a rural area from Santa Catarina / Brazil. In order to collect data, it was used the participant observation, narrative interview, genogram, eco-map and the instrument called routines calendar. The analysis of produced narratives by different members resulted in families interpretations on changes and comparisons between life before and after the disaster. The loss of housing and loved ones, migration, unemployment and rural property losses constituted major changes associated with new development tasks. Experiences on family transition, due to the disasters, revealed that losses influence social life, daily routine and cultural values maintenance.

Key words: family nursing, family health, natural disasters.

Resumen: El artículo tiene el objetivo de presentar las interpretaciones de las familias rurales sobre la experiencia de transición inesperada por desastre natural. Fue realizado un estudio de casos múltiples con seis familias, niños y adolescentes de un área rural, damnificados en el desastre del 2008, en una región de Santa Catarina/Brasil. Para la obtención de los datos, se utilizó la observación participante, la entrevista narrativa, el genograma, el ecomapa y un instrumento denominado calendario de rutinas. El análisis de las narrativas producidas por los diferentes integrantes resultó en las interpretaciones de las familias, sobre los cambios y comparaciones entre la vida anterior y posterior al desastre. Las pérdidas de viviendas y entes queridos, la migración, el desempleo y los perjuicios en la propiedad rural constituyeron los principales cambios, asociados a las nuevas tareas de desarrollo. Las experiencias de transición familiar con el desastre demuestran que las pérdidas influyen en la convivencia social, en la rutina diaria y en el mantenimiento de los valores culturales.

Palabras claves: enfermería familiar, salud de la familia, desastres naturales.

INTRODUÇÃO

Nesta última década, em especial pelo contexto da discussão global sobre as mudanças climáticas e a sustentabilidade, tem-se dado maior importância ao impacto dos desastres naturais e de seu potencial destruidor e traumático na vida de indivíduos, famílias e comunidades. Segundo a Organização Mundial da Saúde, há um número crescente de pessoas afetadas por desastres naturais desde os registros de 1975 (WHO, 2009). O cenário atual em que vivemos expressa essa preocupação global com relação aos desastres, mobilizando esforços de entidades e governos diante de suas consequências e, em algumas realidades, para o reforço no preparo e na resposta aos fenômenos, com vistas a transformações políticas e culturais mais profundas e necessárias. Este assunto foi pauta na 20ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em julho de 2010, em Genebra (INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION, 2010), que enfocou a construção de pontes entre a promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável.

Desastres naturais são aqueles provocados por fenômenos ou desequilíbrios da natureza, de origem externa, que atuam independentemente da ação humana (CASTRO, 2007). No Brasil, a ocorrência tem sido mais frequente, com o predomínio de notificações dos estados do Sul, que apresentaram maior número de ocorrências desde 2007, conforme dados da Secretaria Nacional de Defesa Civil (BRASIL, 2011), embora tais fenômenos consistem em dramas em todas as regiões do país de maneiras e intensidades diferentes.

Contudo, há várias classes de definições de desastres em matéria de políticas sociais e governamentais, as quais são usualmente utilizadas nas tomadas de decisões sobre declarações oficiais ou alocação de recursos relacionados com mitigação, preparação, resposta ou recuperação, porém outras definições estão em discussão dentro do contexto científico, na perspectiva de desastres como fenômenos sociais (PERRY, 2007). Enrico L. Quarantelli (2000), um pesquisador importante a respeito deste assunto, identificou desastres em termos de uma variedade de características definidoras: eles são (1) ocasiões de início repentino, (2) rompem seriamente as rotinas de unidades coletivas, (3) causam a adoção de alternativas de ação não planejadas para ajustamento ao transtorno, (4) tem histórias inesperadas de vida

designadas no espaço social e tempo, (5) representam perigo para objetos sociais valorizados. Nesta concepção sociológica dos desastres, a vulnerabilidade é socialmente construída pelas relações no sistema social e desastres são associados à noção de mudanças sociais.

Na Enfermagem, também são consideradas as questões globais e os fatores que contribuem para as disparidades na saúde das populações, como os diversos tipos de desastres (natural, bioterrorismo, acidentes nucleares) e as mudanças climáticas, os quais requerem planejamento e infraestrutura em saúde pública para atender às emergências, prevenir doenças e preservar a vida humana (HOLTZ, 2010). É inegável que os desastres naturais ou de outras naturezas afetam a saúde física e psicossocial não apenas dos atingidos, mas de todos os que se envolvem com estas experiências. Segundo Denny e McFetridge (2005) é reconhecido que uma comunidade afetada por desastre é uma comunidade em transição e, desta forma, acredita-se que cada família nesta situação, muitas vezes inesperada, também sofre transições. Entretanto, os profissionais de saúde precisam considerar o impacto psicossocial aos sobreviventes, além do foco nas intervenções de preservação da vida na fase aguda do desastre, pois o impacto sobre este aspecto pode ter fases de recuperação no pós-desastre.

Isto nos instiga, como profissionais da saúde e pesquisadores da área de enfermagem à família, a pensar sobre os reflexos destes acontecimentos no processo de desenvolvimento familiar, sobretudo as mudanças na estrutura e no funcionamento das famílias, considerando as singularidades dos contextos sócio-culturais, em detrimento das consequências enfrentadas geralmente durante longo período após a ocorrência do evento. Uma vez que o cuidado de enfermagem às famílias na situação pós-desastre abrange a atenção à saúde dos membros e da unidade familiar, reforça a importância de os profissionais estarem sensíveis às transições e, conforme Dessen e Neto (2000), compreenderem o desenvolvimento do indivíduo em suas diferentes etapas do ciclo de vida numa perspectiva familiar.

Neste sentido, realizou-se um estudo qualitativo de múltiplos casos de famílias atingidas pelo desastre natural ocorrido em novembro de 2008, em uma localidade rural de Santa Catarina, cujo objeto de análise foi rotinas e rituais familiares na experiência de transição inesperada. O estudo sustentou-se na Teoria do Desenvolvimento da Família (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; CERVENY; BERTHOUD, 1997) e no referencial teórico das Rotinas e Rituais Familiares (DENHAM, 2003), buscando-se a compreensão de tais experiências do ciclo vital sob a perspectiva analítica interpretativista. O objetivo deste

artigo é apresentar as interpretações das famílias com crianças e adolescentes de uma área rural sobre a transição inesperada com o desastre natural.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de múltiplos casos, que se caracteriza pela investigação de fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto de vida real, no qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos ou comportamentos estudados (YIN, 2005).

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e setembro de 2010, um ano e um mês após o evento do desastre natural de 2008, e, nesta ocasião, as famílias foram localizadas em suas moradias com a ajuda da equipe de saúde da família e agentes comunitários de saúde que atendiam a esta área de abrangência.

Foram utilizadas as técnicas de observação participante durante os encontros nos domicílios das famílias com registros em diário de campo, a entrevista narrativa improvisada (SCHÜTZE, 2010), a aplicação de instrumentos como o genograma, o ecomapa e o calendário de rotinas, um instrumento construído para os próprios integrantes anotarem suas rotinas, o que possibilitou acessar as narrativas sobre suas vidas diárias e experiências do desastre natural. Os dados coletados constituíram-se em transcrições, tendo em vista que houve uso autorizado do aparelho gravador em todos os encontros, para facilitar o armazenamento dos dados e a subsequente análise.

Para a análise das narrativas, seguiram-se 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*, sendo selecionadas todas as passagens narrativas do material transcrito das entrevistas, 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, em que foram identificados elementos de interpretação das histórias narradas denominados de estruturas processuais do curso da vida. Para a realização do terceiro passo, foi preciso um distanciamento dos detalhes do conteúdo de cada segmento narrativo e um olhar sobre a história de modo integral, 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. Este passo é chamado de *abstração analítica* e esteve presente a interpretação do pesquisador, 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 nesta 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. (SCHÜTZE, 2010)

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 490/2009. Respeitou-se o anonimato dos informantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do TCLE.

RESULTADOS

As famílias entrevistadas e o contexto de produção das narrativas

As famílias rurais participantes do estudo se caracterizaram predominantemente por arranjos nucleares, com exceção de um arranjo monoparental materno que, comparativamente, ofereceu narrativas diferentes sobre a organização diária e o funcionamento familiar.

As narrativas foram produzidas em contextos de vida familiar específicos, pois compreendiam fases distintas de desenvolvimento: aquisição, adolescente e fase madura, que foi o caso de uma das famílias, em que uma das filhas havia se casado e saído da casa dos pais. Desse modo, as narrativas foram influenciadas pelas vivências de cada núcleo, com os aspectos sociais e desenvolvimentais que repercutem de cada fase.

Dados colhidos dos genogramas fornecem uma caracterização geral da estrutura das famílias e algumas informações sobre o contexto sócio-econômico das mesmas no pós-desastre, conforme apresentado no quadro a seguir.

Composição Familiar	Escolaridade	Ocupação	Renda	Danos
F1: Casal e duas filhas na idade escolar	Ensino fundamental incompleto. Estudantes da 1ª e 5ª séries.	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 incompl. Ensino médio incompleto (adolesc).	Pedreiro e do lar. Costureiras (adolesc)	Aprox. 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 incompl. Ensino fundamental completo (adolesc)	Autônomos (produção caseira de salgados). Costureira (adolesc)	Aprox. 2 salários mínimos	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 séries. Ensino fundamental completo (adolesc).	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.	Aprox. 3 salários mínimos	Perdas materiais, desemprego.

Quadro 1 - Características gerais das famílias participantes do estudo.

No caso das famílias deste estudo, apenas uma delas vive ainda, exclusivamente, da agricultura familiar. Antes todas as demais famílias viviam com atividades agrícolas para a subsistência, associado ao emprego assalariado de um ou mais membros. Com a perda de suas

propriedades e do desemprego de alguns membros, as atividades agrícolas foram a princípio abandonadas e a necessidade de renda ingressou os filhos adolescentes no trabalho em fábricas locais, já que a região, mesmo considerada área rural, tem nas proximidades pequenas indústrias.

O cenário no qual cada família foi contatada e no qual as narrativas foram geradas representava de alguma maneira a mudança de vida sofrida com o desastre. Também a característica cultural desta localidade rural, em que os núcleos da família ampliada residem geralmente em moradias próximas e têm contato frequente, refletiu nas narrativas. Em alguns dos casos, mais de um núcleo da família ampliada foi atingido no desastre natural, tendo que reconstruir moradias em outros espaços mais distantes. Todas as famílias selecionadas declararam a católica como sua religião.

A transição da vida de antes para a vida de hoje: avaliações comparativas das famílias no pós-desastre natural

As avaliações comparativas consistem em uma das categorias analíticas exploradas na quarta e quinta etapas da análise das narrativas, e que expressam comparações e interpretações dos diferentes membros das famílias sobre os períodos anterior e posterior ao desastre natural.

Nós saímos todos na hora certa. Por isso eu digo que nós não perdemos tudo: perdeu tudo quem perdeu alguém, porque estes não voltam mais. E é por isso que hoje pra nós está bom: a família está junta, ganhamos uma casinha de novo (...) (PF2). Pra falar bem a verdade, quando eu vi que tinha caído a minha casa, para mim era como se tudo tivesse acabado. Depois que nós fomos para o vizinho de baixo, e o meu marido e mais outros vizinhos desceram pra ver o que tinha acontecido, quando voltaram falaram que tinha morrido tanta gente (...) aí é que eu percebi que o meu problema era tão pequeno. Eu achava que era o fim do mundo quando vi o que eu perdi, mas depois que a gente soube das outras coisas que aconteceram, vimos que tinha uma situação muito mais grave do que a nossa, que só perdemos a nossa casa. Com isso eu até fiquei mais aliviada, por ter perdido a minha casa e não ter perdido os meus filhos (MF2). Nos primeiros dias, foi bem difícil (-) a nossa casa desmoronou e nós fomos para outro município, na casa do meu irmão, e depois

deu certo de nós voltarmos pra cá. Acho que hoje nós estamos bem. Eu sempre escutei todo mundo falar que nós perdemos tudo, mas eu não acho que perdemos tudo, porque tenho a minha família junto comigo. O que eu perdi foram alguns colegas meus, que moravam aqui e a gente se criou junto. (PF2)

A narrativa acima representa uma avaliação comparativa comum entre as famílias que vivenciam o processo de transição após a experiência de perdas com o desastre. A perda parcial ou total da moradia e a morte de familiares, amigos ou vizinhos predominaram entre os casos e repercutiram sobremaneira na ideia de que há diferença no significado de perder uma vida e perder uma casa. A interpretação sobre a experiência de perda ganhou sentidos diversos entre as famílias, em especial, pelo grau de envolvimento com tais acontecimentos e suas consequências à reorganização da vida e às mudanças sofridas no ciclo familiar.

A mudança no ciclo familiar causada pela perda de familiares no desastre rompeu laços importantes à coesão do núcleo familiar e a transição do luto promoveu nova tarefa de restabelecimento das relações para a convivência diária na ausência de tais membros.

Então era muito ligado e isto rompeu de uma forma muito brusca (-), de repente não tinha mais isso. Não que a gente, hoje, não seja ligado, mas antes era mais, porque mãe é mãe e isso acaba juntando mais (-), pelo menos a minha era assim. O ponto “x” da mudança foi com a minha família. Antes, não que a gente não tivesse também problemas (-) isso é normal, é do cotidiano de cada um (-), mas era uma coisa mais tranquila. (MF4)

A reconstrução da moradia descortina um esforço familiar em retomar o seu espaço de privacidade das relações cotidianas, a redefinição de significados e de uma identidade, e a reorganização da vida após o desastre. Segundo a narrativa de uma das famílias, esta tarefa é cercada de dificuldades, principalmente econômicas, e também de incertezas, geradas pela instabilidade na fase de transição. No entanto, lutar para ter a própria moradia é recuperar o que foi perdido,

reconquistar algo seu e projetar-se para fases futuras com mais segurança, garantia.

Eu perdi o emprego, porque tive que ficar um ano fora daqui (-). Antes eu trabalhava fichado no serviço do bananal (PF1). Mas nós fomos obrigados a sair daqui (...) (MF1). Ela já trabalhava na firma, mas não era fichada e agora o patrão dela fichou (-) Quando ela voltou, continuou no mesmo serviço. Lá fora nós também trabalhamos, mas era ali com os outros (-), quer dizer, serviço não falta: trabalhava num dia pra um, noutro dia pra outro (...). Mas trabalho fichado, garantido, nisto não. E isto é uma coisa ruim, porque temos as contas pra pagar (-), chega o final do mês tem que acertar e, às vezes, não tem o dinheiro certo. Quando é fichado, é um dinheiro garantido, um dinheiro que o cara pode fazer uma prestação contando com aquilo ali, né. E hoje em dia pra nós está ruim, porque num dia está bom e em outro não está. [...] Nós também ficamos esperando quase um ano, prometeram a casa para nós, prometeram mais R\$ 15.000,00 de material, prometeram um monte de coisa, mas até agora nada. Se o cara ficar esperando a vida toda, vai ficar dependendo daquilo ali (-) e a gente não pensa assim, porque mesmo mal de vida a gente precisa ter um cantinho nosso. É por isso que nós estamos pagando (-) pelo menos morre em cima do que é seu. (PF1)

A perda do emprego foi uma das consequências sentidas para aqueles que trabalhavam como assalariados em indústrias locais, seja pelo longo período em que precisaram permanecer fora da localidade atingida, justamente pela interdição de casas sob o risco de desabamento, ou pela própria destruição das mesmas no desastre. Ou pela impossibilidade de voltar ao trabalho, em virtude de muitas áreas de plantação terem sido afetadas na enxurrada e pelo fechamento de fábricas e serrarias locais após a destruição de seus estabelecimentos.

Com a perda da moradia e, no caso da família que apresenta a narrativa abaixo, o fechamento e o deslocamento das fábricas em que os cônjuges trabalhavam, a transição do pós-desastre se caracterizou pela migração para outra localidade. Novas tarefas foram sendo

desenvolvidas pelo núcleo familiar ao longo deste período, como a aquisição de uma nova moradia, a adaptação das crianças à escola da comunidade e a retomada do trabalho pelo casal e pelo filho adolescente que passou a contribuir com a renda familiar. Além disso, as mudanças que repercutiram também nos demais núcleos da família ampliada atingidos no desastre são percebidas na convivência, de acordo com a narrativa da mãe:

Foi muito difícil, porque antes a gente morava bem perto do meu pai e das minhas irmãs (-) nós nunca nos largamos, desde pequenos, sabe? Eu e minhas irmãs somos bem unidas (-), mas nós com meus cunhados também nos damos bem. Aliás, nos damos melhor hoje do que antes quando morávamos perto (-). O marido da minha irmã mais velha é italiano [descendente], então ele é muito briguento, minha Nossa Senhora. Mas meu marido e meu cunhado chegavam a discutir de boca, assim, sabe?! E agora não (-) agora eles se dão bem, graças a Deus!. (MF5)

Algumas narrativas enfatizaram a perda da tranquilidade da vida de antes mencionando as consequências da destruição causada pelo desastre natural no seu modo de viver no ambiente rural. Para algumas famílias, a transição pós-desastre consistiu no abandono da vida no sítio e da cultura de subsistência mantida através das atividades agrícolas que permeavam a rotina familiar diária, exigindo readaptações da rotina em ambiente diferente, onde o espaço da moradia é menor e a vizinhança e o comércio são mais próximos.

Antes era tranquilo! Parecia que isso aqui era um pedacinho do céu. A gente nunca que pensava em sair daqui. Aqui a gente não se preocupava com nada (-), que ia chegar água ou que ia cair morro (MF3). A gente tinha bastante pé de fruta (-) se quisesse comer jabuticaba, era só ir ali e pegar [...] Como a minha sogra que tinha um monte de pé de fruta (-) ela carpia e plantava (PF3). Plantava tudo o que queria e, agora, realmente, a terra já não dá mais nada (MF3). A terra virou só pedra e areia (Avó F3). Antes era bom (-), meu Deus do céu!. (MF3)

Além das mudanças ambientais mais concretas, como a transformação da terra e do curso dos córregos, a qual é percebida pelas famílias com sentimento de perda da qualidade de vida anteriormente proporcionadas, pelo contato direto com a natureza e o usufruto dos benefícios, fartura e facilidades encontrados no ambiente rural, há outro significado, porém menos evidente, associado a esta perda da tranquilidade. Ele se deve ao permanente estado de alerta aos riscos, uma nova realidade com que as famílias passaram a conviver e a depender, ao perceber a contínua avaliação de profissionais e de agentes da defesa civil sobre o território da localidade.

DISCUSSÃO

As narrativas das famílias mostram que as perdas se constituíram na transição entre o período de vida anterior e o posterior ao desastre natural, repercutindo em mudanças na estrutura e no funcionamento familiar, no desenvolvimento de novas tarefas. Na Teoria do Desenvolvimento, tem-se a ideia de que indivíduos e famílias experienciem algumas transições normativas do ciclo de vida e que participem de rituais que facilitam a passagem destas transições. Todavia, Imber-Black (2001) menciona que muitos indivíduos e famílias podem se deparar com transições idiossincráticas, que por apresentarem natureza aparentemente diferente ou rara, podem não ser marcadas por rituais. Neste estudo, entende-se o desastre como um evento inesperado na vida familiar, que rompe temporariamente a normalidade da vida diária em função da ocorrência de mudanças e transições.

Foi comum, entre todos os casos, sofrerem algum tipo de perda material, em especial das moradias e também de suas pequenas propriedades rurais, fonte de trabalho, renda e berço transgeracional da cultura de subsistência.

As famílias impactadas pelos desastres perdem seus marcos referenciais (bens materiais, a própria casa, ou ainda entes queridos) do espaço de realização da rotina, no qual a identidade se afirma e, assim, a sua noção interna de ordem torna-se impraticável no plano da realidade concreta. (SIENA, 2010, p.106)

Viver o luto pela perda da própria casa pode significar um luto pela luta da família, pelos anos dedicados à sua aquisição. Esta

territorialidade, segundo Marchezini (2010) é constituída pela família ao longo da vida, cujo processo de construção é permeado de aspectos simbólicos e culturais, que representam sua história. Entretanto, quando as famílias são retiradas de suas casas, ou estas são interdidas por passarem a ser denominadas áreas de risco, o retorno das famílias é muitas vezes impossibilitado para vivenciar o processo do luto e para reconstruir os sentidos de tais perdas. Adicionalmente, o estudo de Dugan (2007) sobre as experiências pós-desastre causado pelo furacão Katrina, em 2005 nos Estados Unidos, revelou que as pessoas que residiam nas comunidades afetadas não perderam somente suas casas, mas também sua cultura e a vida diária, pois uma cultura e identidade são desenvolvidas e aprendidas ao longo do tempo e não podem ser facilmente substituídas.

A ideia da perda da vida de antes, conforme narrado pelas famílias, significa esta crise de identidade, visto que quase dois anos após o desastre elas ainda estão buscando re-significar o seu ambiente de convivência, físico e emocional. A literatura enfatiza que os desastres naturais ou provocados pelo homem têm potencial para romper seriamente a vida e a rede social de indivíduos, grupos e comunidades, resultando em mudanças do *self*, da identidade e da cultura (DENNY; McFETRIDGE, 2005).

Nas transições em eventos e processos inesperados no ciclo de vida, tanto as mudanças nos relacionamentos concomitantes, quanto os rituais são imprevistos pela família (IMBER-BLACK, 2001). No caso deste estudo, a migração pós-desastre foi inesperada pelas famílias que tiveram que se deslocar para outras moradias e territórios expressando diversas dificuldades e necessidades de apoio dos vários sistemas da estrutura social, para gradativamente conectarem-se ao novo contexto de vida. Um estudo norte-americano esclarece que nos desastres por furacão e em muitos outros tipos de desastre, a migração inicial é forçada, embora a decisão para retornar ao local de origem possa começar mais como uma análise individualista do custo-benefício à medida que o tempo progride (MYERS; SLACK; SINGELMANN, 2008). A migração pós-desastre difere de outras formas de migração, já que a perda da moradia é uma razão adicional, associada a outros recursos econômicos e sociais. Além disso, o estudo apontou que, quanto maior a vulnerabilidade dos afetados, mais provável a ocupação de habitações de baixa qualidade de construção ou localizadas em ambientes que oferecem perigos.

Os dados mostram que o desemprego surgiu, em algumas das famílias, como uma consequência do impacto devastador do desastre,

interferindo no desempenho dos papéis familiares, onde as tarefas esperadas de prover e de cuidar do lar, arraigadas à cultura de gênero no referido contexto rural, foram flexibilizadas para dar conta das novas tarefas que demandam da transição. De acordo com Valêncio (2010), a perda das condições do exercício do trabalho inviabiliza as perspectivas de renda para a recomposição dos papéis sociais, muitas vezes, pela falta de amparo formal aos membros, ou pela falência das estratégias informais de provisão.

A perda de vidas pela morte de membros da família, amigos ou vizinhos também foi comum entre os casos. Em especial, um dos casos que sofreu múltiplas perdas de membros da família ampliada no mesmo evento. A literatura refere que este tipo de perda repentina associada a outros estressores “produz um acúmulo de estresse que pode soterrar a família, complicando as tarefas de luto”. Ademais, o choque e a dor de uma perda traumática podem interferir na coesão familiar, tornando os membros susceptíveis ao isolamento e a outras consequências disfuncionais (WALSH; McGOLDRICK, 1998, p.44). Johannesson et al. realizaram um estudo com sobreviventes enlutados do Tsunami de 2004 e ressaltam a importância de se diferenciar os efeitos em longo prazo, nas vítimas dos desastres. Após 14 meses do tsunami, o estudo indicou que foram comuns as reações de estresse pós-traumático e prejuízos à saúde mental, com ideação suicida e luto complicado entre 40% dos sobreviventes, e maior significado quando da morte de crianças. O luto traumático e a exposição a um perigo de vida foram associados a distúrbios psicológicos, sendo prováveis fatores de risco para sequelas à saúde mental após um desastre natural.

Por fim, o contexto de ruralidade, de que se está analisando a experiência das famílias em seguir a trajetória de suas vidas, faz-nos pensar que as diversas realidades de desastres naturais no Brasil, fortemente presentes na atualidade, as quais, segundo Siena (2010), perpetuam-se com caráter ameaçador e revelam a desigualdade histórica nos processos socioambientais e político-culturais. Os profissionais de Enfermagem e de saúde não podem posicionar-se à margem deste tema, sendo imprescindível reconhecer a vulnerabilidade das famílias na situação de desastres (BARRA et al., 2010), com vistas à prática do cuidado de enfermagem no que concerne ao processo de viver humano e ao processo de desenvolvimento familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interpretações das famílias sobre suas experiências de transição após a ocorrência do desastre natural, conforme se objetivou

neste estudo, revelam mudanças importantes na vida diária e nas tarefas desenvolvimentais. Sob uma perspectiva do tempo presente, um ano após, as famílias avaliam o que ficou para trás e se lançam para as etapas futuras, nas quais se inclui o processo de recuperação dos danos causados pelo impacto do desastre.

A perda da moradia desvela o território sensível da transição, em que as famílias reconstróem as suas relações de convivência, reavaliam os valores e tecem novos significados que, embora afetados pela crise inesperada, vão se delineando no processo de continuidade da vida. É preciso que os profissionais de Enfermagem e das equipes de saúde da família estejam atentos aos impactos pós-desastres na vida e na saúde. Em especial, quando o contexto destas ocorrências é a área rural, perceber que a assistência implica cuidados relacionados à reconstrução de recursos econômicos, sociais, políticos, materiais e educacionais para a promoção da saúde das famílias atingidas. Além disso, estar culturalmente sensível ao cuidado nas transições do ciclo de desenvolvimento das famílias ajuda a compreender que, mesmo quando deslocados ou separados dos seus espaços, os núcleos familiares não perdem facilmente seus valores e costumes construídos ao longo do tempo.

Igual importância deve ser dada pelos gestores municipais e do setor saúde às adversidades que os desastres emergem e que demandam ações diferenciadas, necessidade de (re) avaliação e (re) planejamento das agendas e programas locais. Deve haver maior enfoque político na atenção à saúde dos indivíduos e famílias em comunidades atingidas, pois as consequências destes eventos não são apenas imediatas, mas tardias e intergeracionais, o que aparenta estar sendo negligenciado nas políticas públicas em geral.

Recomenda-se o desenvolvimento de outras pesquisas em enfermagem sobre a saúde familiar aliada à temática do processo de viver no período pós-desastre, com aprofundamentos em outras perspectivas teóricas que possam revelar novas questões, em diferentes contextos. São necessários estudos que explorem a atuação de equipes de saúde da família em tais situações, elucidando as dificuldades encontradas no cuidado, as estratégias lançadas para a promoção da saúde em comunidades atingidas e as abordagens teórico-metodológicas utilizadas para a compreensão e esquemas de ação nestas realidades de saúde. Há necessidade também de estudos que mostrem o que tem sido trabalhado nos cursos de graduação e as mudanças no ensino de enfermagem, com vistas a esta perspectiva global de atenção à saúde nas situações de desastres.

REFERÊNCIAS

BARRA, D.C.C. et al. O processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 831-836, 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Ministério da Integração Nacional. **Ocorrência de desastres**. 2011. Disponível em: <<http://www.defesacivil.gov.br/desastres/index.asp>>. Acessado em: 14 mar 2011.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CASTRO, A.L.C. **Segurança global da população**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2007.

CERVENY, C.M.O.; BERTHOUD, CM. **Família e ciclo vital**. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

DEENY, P.; MCFETRIDGE, E. The Impact of Disaster on Culture, Self, and Identity: Increased Awareness by Health Care Professionals is Needed. **Nurs Clin N Am.**, v. 40, n. 3, p. 431-440, 2005.

DENHAM, S.A. **Family Health A Framework for Nursing**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2003.

DESSEN, M.A.; NETO, N. A. S. Questões de Família e Desenvolvimento e a Prática de Pesquisa. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 16, n. 3, p. 191-292, 2000.

DUGAN, B. Loss of identity in disaster: how do you say goodbye to home? **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 43, n. 1, p. 41-6, 2007.

HOLTZ, C. Chapter 1: Global Health Issues. **J Transcult Nurs.**, v. 21, n. 4, p. 14-38, 2010.

IMBER-BLACK, E. Transições Idiossincráticas de Ciclo de Vida e Rituais Terapêuticos. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.131-66.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION. 20th IUHPE World Conference on Health Promotion. 11-15 July 2010, Genebra, Switzerland. **Abstracts of parallel and poster sessions....** 2010 Disponível em: <http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf>. Acesso em: 27 março 2011.

JOHANNESSON, K. B. et al. The effect of traumatic bereavement on Tsunami-exposed survivors. **Journal of Traumatic Stress**, v. 22, n. 6, p. 497-504, 2009.

MARCHEZINI, V. Campos de desabrigados. In: VALENCIO, N. **Sociologia dos desastres**. Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. v.II. São Carlos: RiMA Editora, 2010. p. 113-33.

MYERS, C.A., SLACK, T.; SINGELMANN, J. Social vulnerability and migration in the wake of disaster: the case of Hurricanes Katrina and Rita. **Popul Environ**, v. 29, n. 6, p. 271-291, 2008.

PERRY, R.W. What is a Disaster? In: RODRIGUEZ, H.; QUARANTELLI, E.L.; DYNES, R.R. **Handbook of Disaster Research** – Handbooks of Sociology and Social Research, Springer Science. 2007. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=_LjS_1S2hQEC&pg=PA10&lpg=PA10&dq=handbook+of+disaster+research+Quarantelli&source=bl&ots=oxzKs_sQht&sig=iHNbVJGDLvKd7xYugeyijVHAaTs&hl=pt-BR&ei=zX->

YTaLMKoy2tgeL5_GQDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 03 abr 2011.

QUARANTELLI, E.L. Disaster Research. In: BORGATTA, E.F.; MONTGOMERY, R.J.V. **Encyclopedia of sociology**. New Yourk: Mac Millan, 2000. p. 681-688.

SCHÜTZE, F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELLER, V.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e pratica** Petrópolis: Vozes, 2010. p. 211-22.

SIENA, M. Política de remoção: “fazer viver e deixar morrer”. In: VALENCIO, N. **Sociologia dos desastres**. Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. v.II. São Carlos: RiMA Editora, 2010. p. 101-12.

VALÊNCIO, N. Desastres, ordem social e planejamento em defesa civil: o contexto brasileiro. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 748-762, 2010.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.27-55.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Annual report 2008**. Health Action in Crises: Primary Health Care in Crises, 2009.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

4.4 MANUSCRITO 4: ROTINAS DE CUIDADO À SAÚDE DE FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO APÓS UM DESASTRE NATURAL

ROTINAS DE CUIDADO À SAÚDE DE FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO APÓS UM DESASTRE NATURAL

HEALTH CARE ROUTINES FOR FAMILIES IN TRANSITION AFTER A NATURAL DISASTER

RUTINAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE FAMILIAS EN TRANSICIÓN DESPUÉS DE UN DESASTRE NATURAL

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini¹¹
BOEHS, Astrid Eggert¹²

RESUMO: Este artigo objetiva apresentar as rotinas de cuidado à saúde das famílias na transição pós-desastre natural, com base no referencial das Rotinas e Rituais Familiares. É um estudo de múltiplos casos, desenvolvido com seis famílias em uma área rural do Sul do Brasil, passados dois anos de um desastre natural. Os dados foram coletados através de observação participante, entrevistas narrativas, genograma, ecomapa e o calendário de rotinas, prosseguindo-se com a análise das narrativas. Na categoria de análise sobre as rotinas de cuidado à saúde, as famílias revelam episódios de doença e a necessidade do atendimento profissional no pós-desastre, os cuidados na rotina diária familiar e nas rotinas junto aos serviços de saúde. Considera-se que a enfermagem precisa instrumentalizar-se e conhecer mais sobre as experiências familiares em transições por desastres naturais, tornando-se visível e preparada para as mudanças e as necessidades de cuidado e de promoção da saúde.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde da família. Promoção da saúde. Desastres naturais.

ABSTRACT: This article presents health care routines from families in

¹¹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CNPq. Integrante do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). gisamanfrini@terra.com.br

¹² Doutora em Enfermagem. Professora Associado III PEN/UFSC. Integrante do NEPEPS. Orientadora do trabalho. astridboehs@hotmail.com

the natural post-disaster transition, based on the Family Rituals and Routines reference. It is a multiple case study developed with six families in a rural area of southern Brazil, after two years of a natural disaster. Data have been collected through participant observation, narrative interviews, genogram, eco-map, routines calendar and continuing with narratives analysis. In the analysis category of health care routines, families reveal episodes of disease, need for post-disaster professional care, daily family health care and routines at health services. It is considered that nursing have to get instrumentalized and know more about family experiences in natural disasters transitions, in order to become visible and ready for changes, care needs and health promotion.

Key words: Nursing. Family health. Health promotion. Natural disasters.

RESUMEN: Este artículo tiene por objeto presentar las rutinas del cuidado para la salud, de las familias en la transición pos desastre natural, en base al referencial de las Rutinas y Rituales Familiares. Es un estudio de múltiples casos, desarrollado con seis familias, en un área rural del Sur del Brasil, después de dos años de un desastre natural. Los datos fueron obtenidos a través de la observación participante, entrevistas narrativas, genograma, ecomapa y el calendario de rutinas, siguiendo con el análisis de las narrativas. En la categoría de análisis sobre las rutinas del cuidado para la salud, las familias revelan episodios de enfermedades y la necesidad del cuidado profesional en el pos-desastre, cuidados en la rutina diaria familiar, y además, en las rutinas de cuidado junto a los servicios de salud. Se considera que la enfermería precisa ser instrumentalizada y conocer más sobre las experiencias familiares en transiciones por desastres naturales, volviéndose visible, preparada para los cambios, las necesidades de cuidado y de la promoción para la salud.

Palabras claves: Enfermería. Salud de la familia. Promoción de la salud. Desastres naturales.

INTRODUÇÃO

Desastres naturais são eventos destruidores e de ocorrência inesperada ou pouco previsível, cujas consequências traumáticas têm importante impacto na saúde (processo saúde-doença e infraestrutura do setor), na vida social e cultural dos sobreviventes, na estrutura ambiental, econômica e política da comunidade, com reflexos negativos em especial nas populações mais vulneráveis. Usualmente, dentro de

algumas semanas após o impacto de um desastre, a mídia deixa de noticiá-lo até a ocorrência de um próximo evento. No entanto, as consequências aos sobreviventes e às suas famílias permanecem por um longo período após o desastre, merecendo devida atenção por parte dos serviços de saúde e da enfermagem, com vistas a uma perspectiva futura e de promoção da saúde.

Embora todos os desastres naturais sejam únicos, conforme as áreas afetadas e seus diferentes níveis de vulnerabilidade, e as 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 (PAHO, 2000). No Brasil, as enchentes são o tipo de desastre natural frequente, e as últimas experiências ocorridas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste apresentaram cenários semelhantes com relação à situação de vida das famílias: permanência em abrigos públicos durante meses, demora na fase de reconstrução das áreas atingidas, sendo que as políticas públicas são pouco resolutivas para tais problemas. Como mencionado na literatura, 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, em que o tempo não tão longo é o mais importante fator (PAHO, 2000). Além disso, o período de reconstrução fornece uma oportunidade para elaborar programas no setor saúde para a mitigação, assim como, iniciar o reforço na preparação a desastres. No entanto, a fase de preparação é quase invisível no que se refere aos desastres no Brasil, com pouca abrangência ao nível de população, profissionais da saúde, estados e municípios. Neste sentido, é necessário discutir e pensar nas implicações sobre a saúde e para o cuidado de enfermagem às famílias vivenciando o pós-desastre.

A literatura aponta que a experiência desafiante de um desastre pode causar problemas de saúde a curto e longo prazos, reforçando quase que predominantemente seus efeitos psicossociais e psicológicos nas crianças, adolescentes, mulheres e idosos (AHERN et al., 2005; BELFER, 2006; TEES et al., 2010; CALLAGHAN et al., 2007; ROWE; LIDDLE, 2008; POLUSNY, 2008; CLOYD; DYER, 2010). Mas são escassos os estudos desenvolvidos na perspectiva de famílias atingidas em desastres e pouco se sabe ainda sobre as repercussões deste 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”, houve a publicação de trabalhos sobre desastres e a promoção da saúde, dentre

os apresentados, destaca-se a experiência de enfermeiras chinesas em um programa compreensivo para a promoção da saúde de famílias na reconstrução após um desastre natural em Taiwan. Chang et al.(2010) mencionam utilizar o empoderamento como método para aumentar as competências dos pais e filhos no cuidado à saúde e na reconstrução do seu ambiente.

Sabe-se que as transições familiares têm capacidade de 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 as complexidades das transições de vida é uma função singular da enfermagem familiar, segundo Roth e Simanello (2004). Na perspectiva de um modelo teórico de enfermagem, a produção doméstica da saúde é um processo construído socialmente, 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 (DENHAM, 2003). Rotinas também fornecem estratégias de cuidados necessárias na doença aguda ou crônica, para a proteção e a promoção da saúde. Este artigo tem como objetivo apresentar as rotinas de cuidado à saúde das famílias na transição pós-desastre natural, com base no referencial das Rotinas e Rituais Familiares.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de múltiplos casos, o qual foi desenvolvido com seis famílias atingidas no desastre natural, em uma área rural do Sul do Brasil, no ano de 2008.

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 no quadro a seguir.

Composição Familiar	Escolaridade	Ocupação	Renda	Danos
F1: Casal e duas filhas na idade escolar	Ensino fundamental incompleto. Estudantes da 1ª e 5ª séries.	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 incompl. Ensino médio incompleto (adolesc).	Pedreiro e do lar. Costureiras (adolesc)	Aprox. 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 incompl. Ensino fundamental completo (adolesc)	Autônomos (produção caseira de salgados). Costureira (adolesc)	Aprox. 2 salários mínimos	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 séries. Ensino fundamental completo (adolesc).	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.	Aprox. 3 salários mínimos	Perdas materiais, desemprego.

Quadro 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, conforme a classificação de Cerveny e Bethoud (1997): aquisição ou casal com filhos, adolescente e fase madura, na qual uma das filhas 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 com registros em diário de campo, a entrevista narrativa improvisada (SCHÜTZE, 2010), a aplicação de instrumentos como o genograma, o ecomapa e o calendário de rotinas, que se constituiu em um 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 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 de estruturas processuais do curso da vida. Para a realização do terceiro passo, denominado de *abstração analítica*, foi preciso um 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 nesta 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 (SCHÜTZE, 2010).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número 490/2009. Foi respeitado o anonimato dos informantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria de análise denominada rotinas de cuidado à saúde, a qual está descrita a seguir, 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 nas situações de doença. Os dados refletem o olhar das famílias sobre a unidade familiar e também sobre a saúde dos indivíduos.

Episódios de doença e a necessidade do cuidado profissional no pós-desastre

As famílias do estudo 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 ao período de permanência nos abrigos. Os trechos de narrativa a seguir exemplificam este 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”. Nem me lembro mais do nome desse médico, mas foi um pediatra muito atencioso (-). Eu só achei que as enfermeiras foram meio relaxadonas porque não deram bola para o menino que estava quase nem respirando e ainda disseram: “Ah, você espera aqui até eles te chamarem”. Por fim, a minha irmã que estava lá comigo acabou falando que o menino estava sem ar e que elas tinham que fazer alguma coisa, então elas pediram que eu entrasse (-) fiquei lá sentada esperando e quando vi o médico perguntei: “Olha, pelo amor de Deus, meu filho está morrendo. Vocês não vão fazer nada por ele?”. 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)

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 (Cça 6 anos). Eles não queriam comer (PF3). 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).

No caso destas famílias, a interrupção das rotinas diárias (escola, creche, pré-escola, trabalho dos pais) durante certo período posterior ao desastre afetou a organização dos cuidados e refletiu em episódios dramáticos de doença, com intervenção profissional, e a percepção de riscos à saúde. É sabido que crianças possuem uma dependência natural às suas rotinas e à família, neste 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. Segundo Belfer (2006), 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), através de programas ou ações sustentáveis. Famílias que vivenciam a fase de transição com filhos na idade pré-escolar e escolar contam com a maior participação das crianças no ambiente doméstico e também nas atividades da rotina familiar que incluem as da vida diária e outras relacionadas às atividades domésticas e escolares. Estudos como o de Fiese (2006), mostram que a previsibilidade das rotinas influencia na 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 algum ou ambos os pais estejam engajados ou presentes.

Houve também episódios de doença aguda e o desenvolvimento de doenças crônicas em adultos e idosos das famílias atingidas no desastre. Em três casos do estudo, foram relatados problemas com depressão de algum dos integrantes (principalmente em mulheres) já antes do evento, que se agravou com o desastre, desencadeando tentativa

de suicídio e hospitalizações posteriores.

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. Neste sentido, conforme narrado pelas famílias, as consequências do evento traumático atingiram de maneiras diferentes a saúde dos membros, considerando 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 260x130 mmHg. 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 a gente passou, 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, assim como o estudo de Mendez (2010). Além dos efeitos na utilização de serviços de atenção primária de saúde pela comunidade exposta, ao longo do ano subsequente (POLUSNY et al., 2008), 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 (MENDEZ, 2010). O estudo de Cloyd e Dyer (2010) também considera os efeitos da experiência do desastre na saúde de idosos, os quais são mais vulneráveis e propensos a morrer durante este 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, destacando que a mortalidade no pós-desastre se deu também por problemas crônicos exacerbados no processo de evacuação do local.

Mulheres grávidas e lactentes possuem preocupações singulares em consequência a 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 à saúde devido às 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 afetou e pôs grande risco à saúde da população referida, com resultados adversos como o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, o aumento da mortalidade infantil, abortos espontâneos e intercorrências obstétricas (CALLAGHAN et al., 2007). O estudo de Tees et al. (2010) realizado com mães no puerpério após o Katrina demonstrou algumas associações entre o estresse maternal relatado pós-evento e o temperamento difícil da criança, principalmente quando as mães sofriam de estresse pós-traumático, depressão e outras doenças mentais. É sugerido que a intervenção deveria focar-se na saúde mental das mães, uma vez que a percepção delas sobre o comportamento das crianças pode ser afetada nestas condições, assim como a qualidade da interação mãe-bebê.

A narrativa abaixo, de uma jovem (família 6) que estava gestante no evento relembra o resgate para o serviço de emergência de um hospital que estava recebendo as vítimas do desastre:

Quando consegui sair daqui, na tragédia, fui

direto para o hospital e não sei se chegaria a perder o bebê, mas ficou difícil de ouvir os batimentos, fiquei assim por causa do susto. O médico me atendeu e foi algumas vezes lá verificar os batimentos do coração e não conseguia [...] ele também já estava preocupado e eu já achava que tinha perdido, então fiquei ainda mais desesperada, mas depois ele conseguiu ouvir [...] talvez a criança estivesse muito no cantinho, ou não dava para escutar porque eu estava muito nervosa. Depois disso deu tudo certo, foi uma gravidez tranqüila, apesar de que hoje meu filho é muito nervoso, não sei se tem alguma coisa a ver, mas ele chorou muitos meses seguidos. (MF6)

Estudos abordam a importância do papel educativo de enfermeiras para o preparo dos cidadãos em reduzir os riscos quando residentes em áreas de ocorrência de desastres e, no caso específico de dois estudos, o empoderamento de gestantes e suas famílias ou vizinhos, através do planejamento para situações de emergência do parto, encorajando as mulheres ao enfrentamento do estresse e fortalecendo as famílias ao ajudá-las a identificar suas vulnerabilidades (GIARRATANO et al., 2010; BADAQSHH; HARVILLE; BANERJEE, 2010). Tais estudos enfatizam a função chave da enfermagem em promover a preparação das famílias ante as situações emergenciais e no pós-desastre, através das equipes da estratégia de saúde da família, atuantes em contextos brasileiros de ocorrência sazonal (enchentes, por exemplo) de desastres.

Algumas narrativas da trajetória após quase dois anos do desastre apontaram ações lideradas, sobretudo pelas mães, principalmente à prevenção de doença nas crianças e à segurança dos filhos adolescentes.

Tem que ter um limite de sair, hora de chegar, dizer onde estava e com quem. É isto que mais preocupa. E nesta idade já começam a trabalhar, daí já acham que mandam na vida sozinhas, mas não é bem assim. É mais responsabilidade minha [...] quero que eles conversem e que se abram comigo [...] Porque eu não tive isto quando era mais novinha. Quando eu me ajuntei, estava com 15 anos de idade e com 16 eu engravidei da minha filha mais velha. A minha mãe nunca chegou perto de mim e disse: “Olha, filha, este

comprimido você tem que tomar assim e assim”. [...] a minha filha mais velha começou a namorar bem cedo, daí eu fui à farmácia, comprei o comprimido e disse para ela: “Você toma isto assim e assim, agora, se você engravidar, o problema é teu, porque não foi por falta de conversa” e ela está assim até hoje, há 7 anos casada e agora é que está planejando ter um filho. [...] sou muito preocupada com meus filhos, hoje quase me esqueci da vacina do meu filho e nunca na minha vida que me aconteceu isso [...] e de repente eu me lembrei disso, peguei o menino e levei-o pra vacinar [...] então é assim, tem que ser tudo certinho, é o ritmo meu. (MF2)

Os resultados dos estudos de Denham (2003) mostraram que as mães são o recurso primário de cuidado, no sentido de provê-los e tomar decisões. Assumem algumas funções para a saúde da família como: a proteção de qualquer doença ou enfermidade, a educação e promoção de comportamentos saudáveis, a instrução de comportamentos seguros, a redução de riscos e servem de modelo para comportamentos de saúde. No que tange ao cuidado dos filhos adolescentes, o estudo de Rowe e Liddle (2008), com famílias afetadas pelo Katrina esclareceu uma importante função das famílias na recuperação pós-desastre. Tendo em vista que adolescentes são mais vulneráveis à adoção de comportamentos de risco e abuso de substâncias em situação de maior estresse e pelo prolongado efeito das perdas, quando os pais fornecem suporte suficiente e reforçam o monitoramento, protegem os filhos das influências negativas. Neste sentido, destaca-se o relevante papel do enfermeiro na ESF para ações de promoção da saúde e o desenvolvimento de habilidades dos adolescentes, integradas à participação da família, escola e comunidades (GURGEL et al., 2010).

O ambiente (das condições sanitárias na localidade rural), a dedicação dos pais no cuidado à saúde dos filhos, a colaboração da rede de apoio, a influência da informação de saúde (e a falta dela) nas decisões para a busca do cuidado profissional, o esforço na adoção de hábitos saudáveis foram aspectos gerais relacionados para a saúde familiar no pós-desastre.

Eu não os deixo andarem descalços ou brincarem com água, porque senão já ficam doentes (PF3). Como eu sempre falo: “Olha o casquinho, cadê

o chinelo?”. Tem que lavar as mãozinhas antes de comer e depois de mexer com a cachorrinha [...] são estas coisas. A preocupação maior é com a saúde das crianças e com a gente em tentar largar o cigarro. (MF3) Nós sabemos que não deveríamos fumar, mas é difícil largar (PF3). A gente sabe que isto pode dar um monte de problemas, talvez não agora, mas mais na velhice (MF3). E para as próprias crianças o cigarro é até mais prejudicial a elas do que para nós (PF3). Mas nós não fumamos dentro de casa (MF3). É, mas o problema não é nem dentro de casa. É o cigarro que fica na roupa e eles estão sempre por perto. Então até acho que nós deveríamos fazer um esforço pra tentar parar de fumar (PF3). [...] Preocupo-me também com a minha filha que não quer comer verduras e frutas, mas gosta de massas e frituras, gordura e já está com colesterol. Mas ela não se preocupa com isso. Nós nos preocupamos bastante com a saúde, mas não agimos!. Eu quero que eles comam verduras, mas não comem (MF3). A gente deveria agir, né? Vou parar de fumar e pronto! Antes da tragédia estavam fazendo uma pesquisa para formar um grupo para deixar de fumar, mas daí aconteceu isso e não funcionou mais [...] se você está num grupo de pessoas que também querem deixar de fumar e pode conversar sobre isto, já ajuda. É a mesma coisa que os alcoólatras, onde as pessoas podem trocar ideias umas com as outras. Acho que para a família ter saúde é preciso uma boa alimentação, a higiene, não ter vícios, no caso (PF3). Também teria que melhorar, ou tratar a água, porque a água que a gente consome vem do mato (-), é limpa, mas a gente não sabe quantos micróbios têm nela (MF3). 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)

A vigilância e a segurança dos filhos dentro e fora de casa são cuidados para evitar o adoecimento. Além disso, é no espaço doméstico

que as crianças recebem informações de saúde e são socializadas para suas práticas, visto que as mães buscam informação para suprir as necessidades das crianças, mas também podem estar despreparadas para a produção doméstica da saúde (DENHAM, 2003).

A rotina de cuidados junto 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. Todavia, em decorrência do desastre, as Unidades Básicas de Saúde da localidade permaneceram interditadas por um longo período. Esta dificuldade no acesso interferiu na rotina de cuidados após o desastre, conforme relatado pelas famílias. Elas também mencionaram outros fatores que atrapalham 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 os leva a buscar serviços médicos privados. O itinerário narrado pela maioria das famílias quando em situação de doença, e no caso de duas famílias para o acompanhamento médico rotineiro da saúde da mulher e das crianças, inclui tanto serviços públicos e de atenção básica da rede de saúde em municípios vizinhos, quanto serviços privados nos quais estas famílias costumam gastar suas parcas economias

Uma característica identificada e referida nas narrativas das famílias estudadas revela a interferência da questão de gênero na organização da rotina de cuidados quando alguém adoece. A dependência das esposas que não sabem dirigir um automóvel se torna empecilho para a promoção da saúde e para o maior acesso aos serviços. Por outro lado, por estarem mais vinculadas à UBS, são as mães e mulheres que buscam por informação junto à equipe ou em outros serviços da rede quando necessitam alguma solução.

Uma pesquisa brasileira de Pinheiro et al. (2002) indica que há diferenças no acesso a serviços de saúde considerando o gênero. Baseada nas informações do suplemento saúde da PNAD/98, a pesquisa identificou que as mulheres, tanto em área rural quanto urbana, procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou para cuidado preventivo, enquanto os homens buscam mais o cuidado

curativo. Entretanto, mulheres com domicílio em região rural buscam menos cuidados curativos, o que, na menção dos autores, pode estar relacionado às dificuldades no acesso aos serviços, seja do ponto de vista da informação ou devido à maior concentração da oferta dos serviços de complexidade predominar nos centros urbanos. Além disso, as dificuldades para o acesso no meio rural também se devem à pouca oferta de serviços públicos na região, tendo em vista que a falta de dinheiro e dificuldades de acesso geográfico foram os maiores impedimentos.

Os dados ainda revelam que a rotina familiar no pós-desastre é adaptada nas situações de adoecimento de algum dos membros, porém em alguns casos, com menor flexibilidade devido à rotina de trabalho, 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 esta dinâmica, a partir de um episódio narrado por uma das famílias:

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 5:30 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)

Conforme Denham (2003), rotinas de cuidado na doença refletem os modos com que os membros tomam as decisões para solucionar as

necessidades de cuidado à saúde; quais os motivos, quem, onde e como buscam pela ajuda de serviços de saúde; como respondem às indicações médicas e às informações de saúde; e o oferecimento ativo dos cuidados individuais necessários. Embora as mães tenham maior participação na decisão sobre quando consultar um cuidado médico, outros membros, incluindo a família ampliada, também opinam e ajudam na decisão final. A mídia, a informação e o conhecimento de saúde influenciam e são incorporados nas rotinas de saúde da família, dependendo da disponibilidade de recursos, do suporte, do tipo de preocupação de saúde e dos benefícios percebidos (DENHAM, 2003).

As narrativas das famílias indicam situações em que buscaram atendimento profissional em diferentes serviços de saúde, como hospitais, pronto-atendimento, consultórios médicos. A interpretação, predominantemente das mães ou mulheres, sobre as abordagens dos profissionais de enfermagem aponta cuidados e descuidados. 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 as mudanças das 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, de acordo com a literatura, 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. Enfermeiras podem ter uma importante contribuição no cuidado e no apoio a pessoas idosas, direcionando o equilíbrio entre a necessidade de identificar as vulnerabilidades, promovendo a coesão e o suporte comunitário e o empoderamento dos idosos ao reconhecer que suas experiências de vida podem ajudar de alguma maneira no preparo a desastres (DEENY et al., 2010). No que concerne aos cuidados de saúde em desastres, a sensibilidade cultural, a ética e a espiritualidade são competências apropriadas para a compreensão das necessidades das famílias que requerem dos profissionais de enfermagem práticas que vão além da suas zonas de conforto (JOSE, 2010). Ademais, enfatiza-se que, na 20ª Conferência da IUHPE, em 2010, foram discutidas as contribuições dos cinco campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa (1986) para as ações em diferentes sistemas de saúde nas tragédias. Tais campos são alicerces na Estratégia de Saúde da Família e devem servir como referência para a prática do cuidado de enfermeiros em comunidades atingidas por desastres, especialmente porque as necessidades pós-desastres implicam empoderar as famílias, capacitando-as na organização de suas rotinas de cuidado à saúde no pré e no pós-desastre; a formação profissional para lidar com estas novas demandas de cuidado; a organização comunitária para planejamento em desastres, e a discussão de políticas públicas relacionadas à saúde no período posterior às catástrofes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo-se do objetivo de apresentar as rotinas de cuidado à saúde das famílias na transição pós-desastre natural, é possível considerar que as rotinas de cuidado à saúde são interpretações das famílias na perspectiva do tempo presente vivido, uma vez que estas narrativas foram colhidas depois de passados quase dois anos do evento.

As percepções sobre o processo saúde-doença de alguns dos membros que adoeceram no decorrer das trajetórias do desastre expressam algumas interpretações sobre as conseqüências 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, através 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 neste 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. Os achados fornecem algumas contribuições para o entendimento de que as rotinas de cuidado à saúde podem sofrer importantes influências do impacto de desastres naturais, porém são 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.

Neste 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 para a promoção da saúde. Ele pode ser útil no desenvolvimento de pesquisas com famílias em diversas situações de vida e investigadas sob outros desenhos metodológicos essencialmente qualitativos, entretanto com possibilidades quantitativas e, adicionalmente, traz consigo um modelo para a assistência de enfermagem familiar.

As narrativas das famílias mostram que a enfermagem não foi uma referência marcante nas situações em que foram necessários cuidados profissionais ao longo das trajetórias pós-desastre. Isto nos instiga saber mais sobre as intervenções e abordagens de enfermagem à família em contextos de vida pós-desastre. São também necessários estudos as respeito das experiências e das 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).

Tendo em vista que os desastres naturais são fenômenos multidimensionais (ambiental, social, econômico, político, cultural) à saúde e à vida familiar, recomenda-se a inclusão da temática dos desastres naturais como pauta de discussão nos grupos de pesquisa, nos currículos dos cursos técnicos e de graduação em enfermagem, nos ciclos de educação permanente em saúde, onde os profissionais da ESF 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

AHERN, M. et al. Global Health Impacts of Floods: Epidemiologic Evidence. **Epidemiologic Reviews**, v. 27, p. 36-46, 2005.

BADAKHSH, R.; HARVILLE, E.; BANERJEE, B. The Childbearing Experience During a Natural Disaster. **JOGNN**, v. 39, n.4, p. 489-497, 2010.

BELFER, M.L. Caring for children and adolescents in the aftermath of natural disasters. **International Review of Psychiatry**, v. 18, n. 6, p. 523-528, 2006.

CALLAGHAN, W.M. Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. **Maternal and Child Health Journal**, v. 11, n. 4, p. 307-311, 2007.

CERVENY, C.M.O.; BERTHOUD, C.M. Família e Ciclo Vital. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CHANG, L. et al. A Comprehensive Health Promotion Program for Disaster Reconstruction Families in Taiwan. In: IUHPE WORLD CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 20, 2010, Geneva. **Abstracts of Parallel and Poster Sessions**. Geneva: IUHPE, 2010.

Disponível em:

<http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf>. Acesso em: 14 jul 2011.

CLOYD, E.; DYER, C.B. Catastrophic Events and Older Adults. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 501-513, 2010.

DEENY, P. et al. Addressing the imbalance: empowering older people in disaster response and preparedness. **International Journal of Older People Nursing**, v. 5, p. 77-80, 2010.

DENHAM, S. Family Health. A Framework for Nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2003.

FIESE, B. H. Family Routines and Rituals. New Haven and London: Yale University, New Haven and London, 2006.

GIARRATANO, G. et al. Targeting Prenatal Emergency Preparedness Through Childbirth Education. **JOGNN**, v. 39, n. 4, p. 480-488, 2010.

GURGEL, M.G.I. et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 640-646, 2010.

JOSE, M.M. Cultural, Ethical, and Spiritual Competencies of Health Providers Responding to a Catastrophic Event. **Crit care Nurs Clin N Am.**,v. 22, p. 455-464, 2010.

MENDEZ, T.B. Disaster Planning for Vulnerable Populations: Mental Health. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 493-500, 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Natural disasters:**

Protecting the public's health. Washington: PAHO, 2000.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLUSNY, M.A. et al. PTSD Symptom Clusters Associated With Physical Health and Health Care Utilization in Rural Primary Care Patients Exposed to Natural Disaster. **Journal of Traumatic Stress**, v. 21, n. 1, p. 75-82, 2008.

ROTH, P.; SIMANELLO, M.A. Family Health promotion during Transitions. In: BOMAR, P.J. Promoting Health in Families. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2004, p. 477-506.

ROWE, C.L.; LIDDLE, H.A. When the levee breaks: treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. **J Marital Fam Ther**, v. 34, n. 2, p.132-148, 2008.

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.

TEES, M.T. et al. Hurricane Katrina-Related Maternal Stress, Maternal Mental Health, and Early Infant Temperament. **Matern Child Health J.**, v. 14, p. 511-518, 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento final da pesquisa, pretendo tecer algumas considerações a respeito do conjunto deste trabalho, resgatando as suas principais descobertas, apontando as limitações e, por fim, apresentando as recomendações para o ensino, a assistência e a pesquisa em Enfermagem e saúde.

Ao apresentar a problemática da pesquisa, mencionei que as reportagens divulgadas pela mídia regional e nacional, após o desastre natural em 2008 no Vale do Itajaí/SC, eram chocantes quanto à forma como narravam o esforço das pessoas para se recuperarem das perdas e as tentativas de terem suas vidas normalizadas. As cenas e o cenário da tragédia expressavam a complexidade das experiências de inúmeras famílias afetadas em áreas rurais e urbanas da região, refletindo-se de alguma forma no cotidiano, sobretudo na saúde ao longo do tempo no pós-desastre.

A localidade rural mais afetada com o evento, a qual se constituiu no contexto em que se desenrolou esta pesquisa, foi o alvo das minhas inquietações, que, embasadas também nos conhecimentos anteriormente construídos acerca da saúde e do cuidado nas famílias rurais, levaram-me a buscar maior compreensão sobre como são interpretadas as rotinas e os rituais de cuidado para a promoção da saúde, nas famílias em transição inesperada do pós-desastre.

Para tanto, passei a olhar “por sobre os ombros” das famílias, na expressão de Geertz (1989), no desafio de interpretar as interpretações delas acerca da vida após ter decorrido um ano do desastre. A presente tese partiu da pressuposição de que rotinas e rituais de cuidado familiar são afetados ao longo da transição inesperada por desastre natural e podem ser adaptados, modificados ou recuperados para a promoção da saúde da unidade familiar e de seus membros. Diante disso, começarei abordando as descobertas deste estudo.

Ao narrarem sobre suas trajetórias decorrido um ano pós-desastre, foi possível descobrir que a transição das famílias resultou em novas tarefas e em mudanças nas condições de vida e suas relações, motivadas pelas consequências do desemprego, da perda material e da moradia, da morte de pessoas queridas, da migração. Além disso, resultou na necessidade de recomeçarem uma nova fase e, com isso, de reorganizarem a vida diária, através das suas rotinas, as quais restaram modificadas principalmente durante a longa passagem pelos abrigos.

É preciso reconhecer que, mesmo tendo passado certo tempo da

tragédia, ou mesmo as famílias terem retornado a morar na localidade rural, suas rotinas e alguns dos rituais diários permaneceram alterados e a cultura que as identifica no modo em que organizam suas rotinas neste contexto não foi totalmente perdida. Diferentes valores e significados foram sendo incorporados pelas famílias na experiência do desastre.

Acredito que, sobre tais resultados, a enfermagem possa encontrar uma luz para compreender os significados atribuídos às mudanças nas rotinas de cuidado das famílias e, desta maneira, sintonizar-se às necessidades de saúde durante a transição inesperada e em espaços como os abrigos temporários que, apesar de eventuais, transformam-se em extensões simbólicas das moradas das famílias e, portanto, de abrangência da equipe de saúde, onde o cuidado se faz necessário.

A transição da vida de antes para a vida depois do evento culminou em diferentes percepções da saúde-doença dos membros, ao longo das trajetórias pós-desastre e, a partir dos episódios estressantes, como adoecimento e hospitalizações de alguns membros, frente às mudanças. Estes resultados repercutem fragilidades na saúde das famílias que sinalizam as possibilidades do cuidado profissional à promoção da saúde, à atenção especial sobre a saúde mental, bem como à saúde das crianças.

Os resultados também indicam contribuições para o entendimento de que as rotinas de cuidado à saúde podem sofrer importante impacto em desastres naturais. Revelam também um esforço contínuo das famílias em prover condições de adaptar suas rotinas para manter a saúde individual, sobretudo dos filhos, ou modificá-las ante o surgimento de novas necessidades de cuidado. Todavia, o suporte da equipe de saúde na assistência às famílias ao longo do processo de recuperação pós-desastre foi percebido como insuficiente ou distante. Assim como, a pouca resolubilidade e esparsa disponibilização de recursos do sistema de saúde local nas situações de doença que requerem maior complexidade de assistência para a população rural. Percebeu-se ainda que a enfermagem pouco foi mencionada nas situações em que foram necessários cuidados profissionais ao longo das trajetórias pós-desastre.

Contudo, o suporte social informal (rede mais próxima constituída de familiares, amigos e vizinhos) e formal (representada por militares, instituições, líderes locais e por outros diferentes atores sociais conhecidos e desconhecidos pelas famílias), desvendou-se como o recurso primário para a resposta imediata ao evento, a recuperação das perdas e o enfrentamento das adversidades no pós-desastre, além do

suporte afetivo e estrutural para a reorganização das rotinas de vida diária pelas famílias.

Este foi um estudo de casos em nível local, ou seja, com foco nas famílias de uma determinada localidade rural e, por isso, reconhece-se que os achados do presente estudo não podem ser generalizados. Por outro lado, permitem que futuros estudos os comparem a outros casos de famílias atingidas por desastres em diversos outros contextos, contribuindo, principalmente, para a ampliação deste conhecimento. O método de estudo de casos empregado nesta pesquisa tem sua relevância por viabilizar o conhecimento do fenômeno em que os casos estão envolvidos, lançando mão de diferentes meios (instrumentos, técnicas, informantes) e por ajudar a desvendar os contextos interno e externo das famílias. Assim, na perspectiva micro-contextual de cada caso familiar, pôde-se aproximar da perspectiva macro-contextual das experiências de vida no pós-desastre. A limitação deve ser reconhecida no que tange à capacidade deste estudo em explorar com mais profundidade esta relação entre os contextos, especialmente com o setor saúde em níveis local e regional. Outra limitação que deve ser mencionada se refere ao contato recente com a literatura sobre desastres, o qual me abriu um vasto leque de produções da enfermagem para ser explorado, mas que necessitou ser delimitado para o presente estudo.

Finalmente, acredito que as contribuições deste estudo traduzem a pertinência de que são necessários avanços da área da saúde e sobretudo da Enfermagem, com relação à problemática dos desastres naturais que afetam contextos rurais e urbanos.

No que concerne ao ensino de enfermagem nos diferentes níveis, constata-se que há necessidade urgente de incorporar conteúdos relacionados à assistência em situações de desastres naturais e no acompanhamento de saúde das famílias no pós-desastre. Que o ensino nos cursos de enfermagem brasileiros oportunizem a formação de enfermeiros crítico-reflexivos, estimulando-os a buscar soluções para o cuidado em situações ainda pouco discutidas, como os desastres.

Recomenda-se que a enfermagem seja mais propositiva com relação à atuação nas situações de desastres e após estes. Esta pesquisa propõe que os profissionais de enfermagem e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estejam atentos às experiências das famílias afetadas e desenvolvam uma assistência centrada na promoção da saúde durante o pós-desastre. Em especial, quando o contexto de tais eventos é a área rural, é preciso perceber que a assistência implica cuidados relacionados à reconstrução de recursos econômicos, sociais, políticos, materiais e educacionais para a saúde das famílias atingidas, o que

suscita trabalhar a educação à saúde, articulado com outros setores públicos e sociais, além da organização da comunidade para que exerça a cidadania e colabore ao controle social.

Além disso, recomenda-se para a equipe de saúde que esteja atenta para o fato de que, nas transições inesperadas, as famílias, mesmo quando deslocadas ou separadas dos seus espaços, não perdem suas referências construídas ao longo do tempo, podendo manifestar maior resistência a algumas mudanças, ou apresentar problemas em adaptar certas rotinas para sua saúde. Esta atenção irá favorecer uma assistência sensível à cultura das famílias.

Com respeito às realidades em que os desastres naturais são mais frequentes no Brasil e, especialmente na região do Vale do Itajaí, recomenda-se que os gestores do setor saúde e as organizações de enfermagem em níveis nacional e regional oportunizem espaços para o debate desta temática em eventos técnico-científicos promovidos pela enfermagem. Que as capacitações e os ciclos de educação permanente em saúde possam oportunizar espaços, nos quais os profissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) troquem experiências, supram as deficiências de conhecimento técnico-científico para atuar com as populações atingidas e elaborem planos de respostas municipais que considerem a preparação das famílias aos eventos naturais característicos de cada região.

Pensar na assistência de enfermagem e na equipe de saúde no contexto pós-desastre nos faz refletir sobre a importância da promoção da saúde, como referencial para as ações, junto às famílias e comunidades atingidas, levando-se em conta os cinco campos da Carta de Ottawa. Com base nisso, recomenda-se que se amplie o diálogo entre o setor da saúde e da defesa civil acerca da preparação de famílias e comunidades ante os desastres naturais. Também os gestores municipais e demais esferas de governo precisam reconhecer a pertinência e a urgência da discussão para que se sejam feitos investimentos a longo prazo, visando à mudança de cultura de desastres da população, refletindo-se positivamente nas rotinas de cuidado das famílias brasileiras.

Com relação à pesquisa, propõe-se:

- Estudos que enfoquem as equipes de saúde sobre sua atuação e preparação em tragédias, abrangendo os profissionais da ESF e de outros serviços do sistema de saúde envolvidos nestas situações (hospitais, ambulatórios, vigilância epidemiológica, dentre outras). É escassa a divulgação de experiências dos profissionais de enfermagem na atenção primária de saúde em contextos de desastres naturais. É

necessário conhecer as dificuldades na assistência de saúde às populações atingidas, aprofundar as abordagens de cuidado utilizadas e dar maior visibilidade à profissão de enfermagem quanto às práticas de saúde voltadas a tais realidades no cenário brasileiro.

É preciso conhecer melhor o que acontece com os profissionais de saúde e especialmente das equipes de ESF em situações nas quais a própria equipe é envolvida pessoalmente e profissionalmente. Esta é uma suposição que cabe ser investigada.

Sugere-se que novas pesquisas explorem as experiências dos profissionais de saúde da família durante as diferentes fases do ciclo dos desastres e como identificam seu papel. Cabe investigar como se dá a assistência e o trabalho da equipe na situação em que as unidades básicas ou outros estabelecimentos de saúde são também afetados ou destruídos, as percepções dos profissionais sobre as mudanças de vida e de saúde das famílias e as estratégias de cuidado no pós-desastre em contextos rurais e urbanos.

Outros aspectos que merecem o desenvolvimento de estudos são o gerenciamento de saúde nas situações pós-desastre, assim como a reorganização do sistema de saúde local e regional para o atendimento das demandas de saúde e do acompanhamento de programas de saúde.

- A presente pesquisa focalizou as famílias na fase de aquisição do ciclo vital e com crianças, contudo, é importante que se investiguem famílias em outras etapas. Neste sentido, instiga-se que sejam abordadas famílias com recém-nascidos, com gestantes, com idosos, com adolescentes, com pessoas portadoras de necessidades especiais ou outras situações de saúde-doença, às quais o conhecimento de enfermagem deva contribuir no que se refere ao cuidado, dando maior atenção aos riscos, aos danos e às mudanças na saúde após os desastres naturais. No que tange às rotinas familiares de cuidado para a saúde de crianças, espera-se que outros estudos possam explorá-las na interlocução com os programas de saúde na Atenção Básica e o cuidado profissional no pós-desastre, visto que os resultados da presente pesquisa mostraram que as crianças apresentaram reações diversificadas em consequência do evento, com efeitos negativos à saúde, hospitalizações, etc.

É importante conhecer mais estudos que tenham investigado aspectos familiares no pós-desastre natural, os impactos sobre suas rotinas de cuidado, quando há membros com doenças crônicas ou que adoeceram e permaneceram com sequelas físicas após o evento, a transição pela morte de algum dos pais ou da criança/adolescente e suas implicações nas rotinas familiares, os mecanismos de suporte social para

a recuperação das famílias, as relações de gênero no processo de produção doméstica da saúde frente aos riscos e vulnerabilidades para desastres naturais.

- A estruturação de pesquisas bibliográficas ou de revisões mais aprofundadas da literatura pode ser um passo inicial à aproximação da enfermagem com a temática dos desastres. A literatura encontrada para dar suporte teórico a esta pesquisa indicou ser vasta no que se refere aos aspectos psicossociais das populações mais vulneráveis aos desastres (como as crianças, as mulheres, os idosos e pessoas com deficiências), porém é escassa a literatura com enfoque na unidade familiar. Também se sugere que sejam abordadas diferentes fontes da literatura científicas (bases de dados eletrônicas, publicações e relatórios da ONU, OMS, OPAS) sobre desastres, manuais e estratégias assistenciais em saúde relacionadas ao assunto.

- Não obstante, que estudos futuros se utilizem de outros métodos e de diferentes perspectivas teóricas para aprofundar o conhecimento e trazer novas questões acerca da saúde familiar em desastres naturais. Às universidades, representadas por seus centros de estudos ou grupos de pesquisa, sugere-se que estruturarem projetos de pesquisa para a troca de conhecimentos com instituições internacionais, uma vez que vários países latino-americanos e de outros continentes também sofrem com os impactos de desastres naturais, evidenciando ser uma temática de interesse global e uma lacuna para o avanço do conhecimento em Enfermagem Familiar.

Por fim, para concluir, os modelos de enfermagem familiar e as teorias de família podem ajudar os enfermeiros a perceberem a interface do cuidado de enfermagem e o cuidado das famílias nas diversas situações da vida, bem como as diferentes perspectivas teóricas na compreensão do processo de viver das famílias na situação de desastres naturais. Esta pesquisa, alicerçada aos referenciais já apresentados anteriormente, contribui para a compreensão da transição inesperada do desastre natural como um processo de mudança de vida às famílias, através do que denominei trajetórias pós-desastre. Nesse processo, as famílias rurais buscaram estabilidade e continuidade em suas rotinas e rituais de cuidado, de maneira a reorganizarem suas vidas diárias, a enfrentarem as dificuldades provenientes das mudanças imprevistas e a promoverem o bem-estar dos seus membros e a saúde da unidade familiar.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.1014p.

AHERN, M. et al. Global Health Impacts of Floods: Epidemiologic Evidence. **Epidemiologic Reviews**, v. 27, p. 36-46, 2005.

ANGARITA ROJAS, E. A. et al. **Influencia de la situación post-desastre en la dinámica de la familia y en el desarrollo integral del menor de 5 años de la población de Lerida**: Tres años después de la tragedia de Armero. Ibagué: Ministerio de Salud, 1989. 127 p.

ANTON, I. L. C. **A escolha do cônjuge**. Um entendimento sistêmico e psicodinâmico. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 299p.

AYTE, A. P. **Familia campesina y organizacion social, frente a los desastres naturales em Huancarqui**. Tese (Doutorado em Antropologia) Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional San Antonio Abad Del Cusco, Cusco, Peru, 1993.

BADAKHSH, R.; HARVILLE, E.; BANERJEE, B. The Childbearing Experience During a Natural Disaster. **JOGNN**, v. 39, n. 4, p. 489-497, 2010.

BARRA, D.C.C. et al. O processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 831-836, 2010.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2^a ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 516p.

BELFER, M.L. Caring for children and adolescents in the aftermath of natural disasters. **International Review of Psychiatry**, v. 18, n. 6, p. 523-528, 2006.

BENNETT, L. A., et al. Couples at Risk Transmission of Alcoholism: Protective Influences. **Family Process**, v. 26, n. 1, p. 111-129, 1987.

BOLIN, R.C.; BOLTON, P.A. Journal of Mass Emergencies and Disasters. **Special Issue Family and Disasters**, v. 1, n. 1, p. 125-144, 1983.

BOEHS, Astrid Eggert. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOEHS, A. E., GRISOTTI, M.; AQUINO, M. D. W. Rotinas das Famílias com Crianças Lactentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 5, p. 902–08, set-out. 2007.

BOSSARD; J. H.; BOLL, F. S. **Ritual in family living**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1950.

BOYCE, W. T. et al. Influence of Life Events and Family Routines on Childhood Respiratory Tract Illness. **Pediatrics**, v. 60, n. 4, p. 609-615, oct. 1977.

BOYCE, W. T., et al. The Family Routines Inventory: Theoretical Origins. **Social Science and Medicine**, v. 17, n. 4, p. 193-200, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2002. 56p.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Tradução Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

_____. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Ministério da Integração Nacional. **Ocorrência de desastres**. 2011. Disponível em: <<http://www.defesacivil.gov.br/desastres/index.asp>>. Acessado em: 14 mar 2011.

BUDÓ, M. L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. 201 p.

CALLAGHAN, W.M. Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. **Maternal and Child Health Journal**, v. 11, n. 4, p. 307-311, 2007.

CARTER, B. ; McGOLDRICK, M, et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 510 p.

CARUANA, C. Life in the Aftermath. **Family Relationships Quartely**, v. 14, p. 3-7, 2009.

CASTRO, A.L.C. **Segurança global da população**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2007.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M., et al. **Família e ciclo vital**. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 287p.

_____. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 200p.

CHANG, L. et al. A Comprehensive Health Promotion Program for Disaster Reconstruction Families in Taiwan. In: IUHPE WORLD CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 20, 2010, Geneva. **Abstracts of Parallel and Poster Sessions**. Geneva: IUHPE, 2010. Disponível em: <http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf>. Acesso em: 14 jul 2011.

CHEN, X.; DAÍ, K.; PARNELL, A. Disaster Tradition and Change: Remarriage and Family Reconstruction in a Post-Earthquake Community in the People's Republic of China. **Journal of Comparative Family Studies**, v. 23, n. 1, p. 115-132, 1992.

CLOYD, E.; DYER, C.B. Catastrophic Events and Older Adults. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 501-513, 2010.

COFFMAN, S. Children's Reactions to Disaster. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 13, n. 6, p. 376-382, Dec1998.

COMPAN, E., et al. Doing things together: Adolescent health and family rituals. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 56, n. 2, p. 89-96, fev. 2002.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

DEENY, P.; MCFETRIDGE, E. The Impact of Disaster on Culture, Self, and Identity: Increased Awareness by Health Care Professionals is Needed. **Nurs Clin N Am.**, v. 40, n. 3, p. 431-440, 2005.

DEENY, P., et al. Addressing the imbalance: empowering older people in disaster response and preparedness. **International Journal of Older People Nursing**, v. 5, p. 77-80, 2010.

DEERING, C.G. A cognitive developmental approach to understanding how children cope with disasters. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2000.

DENHAM, S. A. Family Routines: A construct for considering family health. **Holistic Nursing Practice**, v. 9, n. 4, p. 11-23, Jul 1995.

_____. Part I: The Definition and Practice of Family Health. **Journal of Family Nursing**, v. 5, n. 2, p. 133-159, 1999.

_____. Part 2: Family Health During and After Death of a Family Member. **Journal of Family Nursing**, v. 5, n. 2, p. 160-183, 1999a.

_____. Part 3: Family Health in an Economically Disadvantaged Population. **Journal of Family Nursing**, v. 5, n. 2, p. 184-213, 1999b.

_____. Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health. **Advances In Nursing Science**, v. 24, n. 4, p. 60-74, jun. 2002.

_____. **Family Health A Framework for Nursing.** Philadelphia: F.

A. Davis Company, 2003. 313p.

_____. Familial Research Reveals New Practice Model. **Holistic Nursing Practice**, v. 17, n. 3, p.143-151, may-jun. 2003a.

_____. Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. **Journal of Family Nursing**, v. 9, n. 3, p. 305-330, 2003b.

DENHAM, S. A.; MANOOGIAN, M. M.; SCHUSTER, L. Managing Family Support and Dietary Routines: Type 2 Diabetes in Rural Appalachian Families. **Families, Systems & Health**, v. 25, n. 1, p. 36-52, 2007.

DESSEN, M. A.; NETO, N. A. S. Questões de Família e Desenvolvimento e a Prática de Pesquisa. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 16, n. 3, p. 191-292, 2000.

DOGAN-ATES, A. Developmental Differences in Children's and Adolescent's Post-Disaster Reaction. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, p. 470-476, 2010.

DRABEK, T. E.; BOGGS, K. S. Families in Disaster: Reactions and Relatives. **Journal of Marriage and the Family**, v. 30, n. 3, p. 443-451, 1968.

DUGAN, B. Loss of identity in disaster: how do you say goodbye to home? **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 43, n. 1, p. 41-6, 2007.

EAKER, D. G.; WALTERS, L. H. Adolescent Satisfaction in Family Rituals and Psychosocial Development: A Developmental Systems Theory Perspective. **Journal of Family Psychology**, v. 16, n. 4, p. 406-414, 2002.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, v. 23, n.2, p. 190-199, Mar 2008.

ESPÍNDOLA, M. S. **Integrar as ações para prevenção de desastres.** Proposta de integrar as ações dos COMDEC'S com as ações das equipes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família/SUS. Monografia (Especialização em Gestão e Planejamento em Defesa Civil) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 72p.

EVANS, J.; RODGER, S. Mealtimes and Bedtimes: Windows to Family Routines and Rituals. **Journal of Occupational Science**, v. 1 5, n. 2, p. 98-104, Jul 2008.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. **Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural.** s/d. Manuscrito submetido à Revista Texto&Contexto Enfermagem.

FIGESE, B. H. Dimensions of Family Rituals Across Two Generations: Relations to Adolescent Identity. **Family Process**, v. 31, n. 2, p. 151-162, jun. 1992.

FIGESE, B. H. Family Rituals in Alcoholic and Nonalcoholic Households: Relations to Adolescent Health Symptomatology and Problem Drinking. **Family Relations**, v. 42, n. 2, p. 187-191, apr. 1993a.

FIGESE, B. H. **Family routines and rituals.** New Haven and London: Yale University Press, 2006. 159p.

_____. Routines and Rituals: Opportunities for Participation in Family Health. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 27, n. 4, 2007.

FIGESE, B. H.; KLINE, C. Development of the Family Ritual Questionnaire: Initial Reliability and Validation Studies. **Journal of Family Psychology**, v. 6, n. 3, p. 290-299, 1993.

FIGESE, B. H., et al. Family Rituals in the Early Stages of Parenthood. **Journal of Marriage and the Family**, v. 55, n. 3, p. 633-642, aug. 1993b.

FIGESE, B. H.; WAMBOLDT, F. S. Family Routines, Rituals, and Asthma Management: A Proposal for Family-Based Strategies to Increase Treatment Adherence. **Families, Systems & Health**, v. 18, n. 4, p. 405-418, 2000.

FIGESE, B. H.; TOMCHO, T. J. Finding Meaning in Religious Practices: The Relation Between Religious Holiday Rituals and Marital Satisfaction. **Journal of Family Psychology**, v. 15, n. 4, p. 597-609, 2001.

FIGESE, B. H. et al. A Review of 50 Years of Research on Naturally Occurring Family Routines and Rituals: Cause for Celebration? **Journal of Family Psychology**, v. 16, n. 4, p. 381-390, 2002.

FIGESE, B. H.; WAMBOLDT, F. S.; ANBAR, R. Family asthma management routines: connections to medical adherence and quality of life. **The Journal of Pediatrics**, v. 146, n. 2, p. 171-176, feb. 2005.

FIGESE, B. H. et al. Family Climate of Routine Asthma Care: Associating Perceived Burden and Mother-Child Interaction Patterns to Child Well-being. **Family Process**, v. 47, n. 1, p. 63-79, 2008.

FLICK, U. As narrativas como dados. In: _____. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. p. 109-123.

_____. Observação e Etnografia. In: _____. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009. p. 164-179.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

FOUTS, H. N.; ROOPNARINE, J. L.; LAMB, M. E. Social Experiences and Daily Routines of African American Infants in Different Socioeconomic Contexts. **Journal of Family Psychology**, v. 21, n. 4, p. 655–664, 2007.

FULKERSON, J. A. et al. Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. **Journal of Adolescent Health**, v. 39, n. 3, p. 337–345, Jul 2006.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 323p.

GIARRATANO, G., et al. Targeting Prenatal Emergency Preparedness Through Childbirth Education. **JOGNN**, v. 39, n. 4, p. 480-488, 2010.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience**. An anthropological perspective. The Lewis Henry Morgan Lectures, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994. 242p.

GOSS, K. P. Trajetórias militantes: análise de entrevistas narrativas com professores e integrantes do Movimento Negro. In: WELLER, V.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação**. Teoria e prática. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 223-238.

GUDMUNDSDOTTIR, M; CHESLA, C. Building a New World:

Habits and Practices of Healing Following the Death of a Child. **Journal of Family Nursing**, v. 12, n. 2, p. 143-164, May 2006.

GUHA-SAPIR, D., et al. **Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends**. Brussels (Bélgica): CRED, 2011. Disponível em: <http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2010.pdf>. Acesso em: 15 junho 2011.

GURGEL, M.G.I. et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 640-646, 2010.

HAUGLAND, B. S. M. Recurrent Disruptions of Rituals and Routines in Families With Paternal Alcohol Abuse. **Family Relations**, v. 54, n. 2, p. 225–241, apr. 2005.

HECK, R. M. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães - um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. 305 p.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HOGA, L.A.K.; BORGES, A.L.V.; REBERTE, L.M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 151-57, 2010.

HOLTZ, C. Chapter 1: Global Health Issues. **J Transcult Nurs.**, v. 21, n. 4, p. 14-38, 2010.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Apresenta a tabela do total da população de Santa Catarina e por município. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_santa_catarina.pdf>. Acesso em: 10 julho 2011.

IMBER-BLACK, E. Transições Idiossincráticas de Ciclo de Vida e Rituais Terapêuticos. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M., et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 131-146.

_____. Family Rituals - From Research to the Consulting Room and Back Again: Comment on the Special Section. **Journal of Family Psychology**. v. 16, n. 4, p. 445-446, 2002.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION. Abstracts. In: IUHPE World Conference on Health Promotion, 20th, Genebra, 2010. **Abstracts of parallel and poster sessions**. Disponível em: <http://www.iuhpeconference.net/downloads/en/Records/100806_Geneva2010_abstracts.pdf>. Acesso em: 27 março 2011.

JOHANNESSON, K. B. et al. The effect of traumatic bereavement on Tsunami-exposed survivors. **Journal of Traumatic Stress**, v. 22, n. 6, p. 497-504, 2009.

JORGE, C. S. G. **Rotinas familiares**: um estudo com famílias de crianças participantes de um programa de suplementação alimentar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. 180 p.

JORGE, C. S. G., et al. Famílias de crianças desnutridas: rotinas diárias. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 563-570, 2009.

JOSE, M.M. Cultural, Ethical, and Spiritual Competencies of Health Providers Responding to a Catastrophic Event. **Crit care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 455-464, 2010.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem: um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.

KIRSCHENBAUM, A. Families and Disaster Behavior: A Reassessment of Family Preparedness. **International Journal for mass emergencies and Disasters**, v. 24, n. 1, p. 111-143, 2006.

KLEIN, David M.; WHITE, James M. **Family Theories.** An introduction understanding families. v. 4. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996. 320p.

KLUEGER, U. A. **Vem, vamos remar.** Florianópolis: Lunardelli, 1986. 91p.

LANGDON, E. J. **Rito como conceito chave para a compreensão de processos sociais.** Antropologia em primeira mão. Florianópolis, 2007. 13p. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~antropos/97.pdf>

LEON, K.; JACOBVITZ, D. B. Relationships Between Adult Attachment Representations and Family Ritual Quality: A Prospective, Longitudinal Study. **Family Process**, v. 42, n.3, p. 419-432, 2003.

LEONARD, B. Crescimento e Desenvolvimento das Famílias. In: ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem.** Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 203-211.

LIND, W. A importância dos rituais familiares na construção da família. **Cidade Solidária**, p. 6-23, fev 2004.

LINDGAARD, C.V.; IGLEBAEK, T.; JENSEN, T.K. Changes in Family Functioning in the Aftermath of a Natural Disaster: The 2004 Tsunami in Southeast Asia. **Journal of Loss and Trauma**, v. 14, n. 2, p. 101-116, 2009.

MACKEY, J; GREIF, G. L. Using rituals to help parents in the school setting: lessons from family therapy. **Social Work in Education**, v. 16, n. 3, p. 171-178, jul. 1994.

MANFRINI, G. C. **O cuidado às famílias rurais, com base na Teoria do Desenvolvimento da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 238 p.

MANTURUK, K. Nothing We Can't Handle: Disaster Event Behavior Patterns of Vulnerable **Families** and Neighborhood Support Networks. In: ANNUAL MEETING – AMERICAN SOCIOLOGICAL ASSOCIATION, 2004, São Francisco (EUA). **Conference Papers...** San Francisco: American Sociological Association, 2004. p. 1-18

MARCHEZINI, V. Campos de desabrigados. In: VALÊNCIO, N.F.L.S. (Org). **Sociologia dos desastres**. Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. v. 2. São Carlos: RiMA Editora, 2010. p. 113-133.

MARKSON, S.; FIESE, B. H. Family Rituals as a Protective Factor for Children With Asthma. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 25, n.7, p. 471-479, 2000.

MCGOLDRICK, M. Etnicidade e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M., et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre:

Artmed, 2001. p. 65-96.

McLOYD, V. C.; TOYOKAWA, T; KAPLAN, R. Work Demands, Work_Family Conflict, and Child Adjustment in African American Families: The Mediating Role of Family Routines. **Journal of Family Issues**, v. 29, n. 10, p.1247-1267, oct. 2008.

MENDEZ, T. B. Disaster Planning for Vulnerable Populations: Mental Health. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 493-500, 2010.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar** : uma etnografia de alojamento conjunto. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. 472 p.

MORIARTY, P. H.; WAGNER, L. D. Family Rituals That Provide Meaning for Single-Parent Families. **Journal of family nursing**, v. 10, n. 2, p.190-210, 2004.

MULVIHILL, D. Nursing care of children after a traumatic incident. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v. 30, p. 15-28, 2007.

MURRAY, J.S. Responding to the Psychosocial Needs of Children and Families in Disasters. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 481-491, 2010.

MYERS, C.A., SLACK, T.; SINGELMANN, J. Social vulnerability and migration in the wake of disaster: the case of Hurricanes Katrina and Rita. **Popul Environ**, v. 29, n. 6, p. 271-291, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Estratégia Internacional de Redução de Desastres. **Marco de Acción de Hiogo 2005-2015**:

Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. 2007. Disponível em:
 <<http://www.unisdr.org/eng/hfa/docs/HFA-brochure-Spanish.pdf>>.
 Acesso em: 20 setembro 2011.

_____. Estratégias Internacionais de Redução de Desastres. International Recovery Platform Secretariat. **Guidance Note on Recovery Health**. Disponível em: <http://www.unisdr.org/files/18782_irphealth.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Un setor salud mejor preparado y más seguro frente a desastres em las Américas**. Plan Estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud. 2008. 39 p. Disponível em: <<http://www.ops-oms.org/spanish/DD/PED/StrategicPlan0812SPANISH.pdf>>. Acesso em: 18 fevereiro 2010.

PACCI, M.L.F.; LARICO, T.G.A.; ZEVALLOS, R.J.C. **Aspecto socio-cultural de los padres y su relación con el nivel de conocimientos em escolares sobre desastres naturales C. E. Semirural Pachacutec y Nicaela Bastidas Arequipa** - 1990. Tesis (Doutorado em Enfermería) Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa (Peru), 1991.

PALAZZOLI, M. S. **Self-starvation from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa**. N. Y.: Jason Aronson, 1974

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Natural disasters: Protecting the public's health**. Washington: PAHO, 2000.

PERRY, R.W. What is a Disaster? In: RODRIGUEZ, H.; QUARANTELLI, E.L.; DYNES, R.R. **Handbook of Disaster Research** – Handbooks of Sociology and Social Research, Springer Science. 2007. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=_LjS_IS2hQEC&pg=PA10&lpg=PA10&dq=handbook+of+disaster+research+Quarantelli&source=bl&ots=oxzKs_sQht&sig=iHNbVJGDLvKd7xYugeyijVHAaTs&hl=pt-BR&ei=zX-YTaLMKoy2tgeL5_GQDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 03 abril 2011.

PETERSON-SWEENEY, K. The Relationship of Household Routines to Morbidity Outcomes in Childhood Asthma. **Journal for Specialists Pediatric Nursing**, v. 14, n. 1, p. 59-69, jan. 2009.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLUSNY, M.A. et al. PTSD Symptom Clusters Associated With Physical Health and Health Care Utilization in Rural Primary Care Patients Exposed to Natural Disaster. **Journal of Traumatic Stress**, v. 21, n. 1, p. 75-82, 2008.

QUARANTELLI, E.L. Disaster Research. In: BORGATTA, E.F.; MONTGOMERY, R.J.V. **Encyclopedia of sociology**. New Yourk: Mac Millan, 2000. p. 681-688.

RANKIN, S. H. Family Transitions Expected and Unexpected. In: GILLISS, C. J.; HIGHLEY, B. L.; ROBERTS, B. M.; MARTINSON, I. M. **Toward a Science of Family Nursing**. Addison-Wesley Publishing Company, 1989. p. 173-186.

ROTH, P.; SIMANELLO, M.A. Family Health promotion during Transitions. In: BOMAR, P.J. **Promoting Health in Families**. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2004. p. 477-506.

ROWE, George P. The developmental conceptual framework to de study of the family. In: NYE, S.; BERARDO, F. **Emerging conceptual frameworks in family's analysis**. New York: Praeger Publisher, 1981.

ROWE, C.L.; LIDDLE, H.A. When the levee breaks: treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. **J Marital Fam Ther**, v. 34, n. 2, p. 132-148, 2008.

SCHUCK, L. A.; BUCY, J. E. Family rituals: implications for early intervention. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 17, n. 4, p. 477-493, 1997.

SCHÜTZE, Fritz. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien**: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Facultät für Sociologie, 1977.
[Manuskript]

_____. Pressure and Guilt: War Experiences of a Young German Soldier and their Biographical Implications (Part 1). **International Sociology**, v. 7, n. 2, p. 187-208, jun. 1992.

_____. Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives - how to analyse autobiographical narratives interviews. Part 1 [Module B.2.1]. In: _____. **Biographical counselling in rehabilitative vocational training**. Magdeburg: Univ., insges. 63 S., 2007. Disponível em: <<http://www.uni-magdeburg.de/zsm/projekt/biographical/1/B2.1.pdf>> Acesso em: 15 agosto 2009.

_____. Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives - how to analyse autobiographical narratives interviews. Part 2 [Module B.2.2]. In: _____. **Biographical counselling in rehabilitative vocational training**. Magdeburg: Univ., insges. 51 S.,

2007a. Disponível em: <<http://www.uni-magdeburg.de/zsm/projekt/biographical/1/B2.2.pdf>> Acesso em: 15 agosto 2009.

_____. 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.

SCHWANDT, T. A. Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. p. 119-136.

SCHWANDT, T. A. três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. 202 p.

SEGAL, R. Family Routines and Rituals: a context for occupational therapy interventions. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 58, n. 5, p. 449-508, sept-oct. 2004.

SERPELL, R. et al. Intimate Culture of Families in the Early Socialization of Literacy. **Journal of Family Psychology**, v. 16, n. 4, p. 391-405, 2002.

SIENA, M. Política de remoção: “fazer viver e deixar morrer”. In: VALENCIO, N. **Sociologia dos desastres**. Construção, interfaces e

perspectivas no Brasil. v. II. São Carlos: RiMA Editora, 2010. p. 101-12.

SIENA, M.; VALÊNCIO, N.F.L.S. Moradias afetadas pelas chuvas: dimensões objetivas e subjetivas dos danos pelo recorte de gênero. In: ENCONTRO DA ANPPAS, III, 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Ambiente e Sociedade, 2006. 14 p.

SILVA, S. S. C. et al. Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 341-350, abr.-jun. 2010.

SMITH, W. D. A. **Voces de las víctimas y sus familias 5 años después del huracán Mitch**. Panamá: Alfa Omega Impresores, 2004. 140p.

SOLOMON, S.D. et al. Effect of Family Role on Response to Disaster. **Journal of Traumatic Stress**, v. 6, n. 2, p. 255-269, 1993.

SPAGNOLA, M.; FIESE, B. H. Family Routines and Rituals: A Context for Development in the Lives of Young Children. **Infants & Young Children**, v. 20, n. 4, p. 284-299, oct-dec. 2007.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: H. B. Jovanovich, 1980. 195p.

SPRUNGER, L. W.; BOYCE, W. T.; GAINES, J. A. Family-Infant Congruence: Routines and Rhythmicity in Family Adaptations to a Young Infant. **Child Development**, v. 56, p. 564-572, 1985.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. p. 237-247.

_____. **The art of case research.** Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

STANGELAND, P. A. Disaster Nursing: a retrospective review. **Crit Care Nurs Clin N Am.**, v. 22, p. 421-436, 2010.

STEWART, M.A. **A study of families' physical and emotional health subsequent to the Woodstock Tornado.** Report to the Extramural Research Program Directorate Health and Welfare Canada. Department of Family Medicine. London/Ontario(Canadá): University of Western Ontario, 1982.

STRAUSS, M..A.; QUARANTELLI, E. L. A Note on the Protective Function of the Family in Disasters. **Marriage and family Living**, p. 263-264, 1960.

SUTHERLAND, L.A.; GLENDINNING, T. Farm Family Coping with Stress: The Impact of the 1998 Ice Storm. **Journal of Comparative Family Studies**, v. 39, n. 4, p. 527-543, 2008.

TAKAHASHI, M. et al. Restoration after the Sumatra Earthquake Tsunami in Banda Aceh: Based on the Results os Interdisciplinary Researches by Nagoya University. **Journal of Natural Disaster Science**, v. 29, n. 2, p. 53-61, 2007.

TEES, M.T. et al. Hurricane Katrina-Related Maternal Stress, Maternal Mental Health, and Early Infant Temperament. **Matern Child Health J.**, v. 14, p. 511-518, 2010.

VALÊNCIO, N.F.L.S., et al. O desastre como desafio para a construção de uma hermenêutica diatópica entre o Estado e os afetados. **Cronos**, v. 8, n.1, p. 81-100, 2007.

_____. Práticas de reabilitação no pós-desastre relacionado às chuvas: lições de uma administração participativa de abrigo temporário. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS, IV, 2008, Brasília. **Anais...** Brasília: ANPPAS, 2008. 20 p.

_____. Desastres, ordem social e planejamento em defesa civil: o contexto brasileiro. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 748-762, 2010.

_____. **Sociologia dos desastres.** Construção, interfaces e perspectivas no Brasil. v. II. São Carlos: RiMA Editora, 2010.

VIERE, G. Examining Family Rituals. **The family journal: counseling and therapy for couples and families**, v. 9, n. 3, p. 285-288, jul. 2001.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. In: _____. **Morte na família: sobrevivendo às perdas.** Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 27-55.

WALSH, F. Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience. **Family Process**, v. 46, n. 2, p. 207-227, 2007.

WELLER, W. **Tradições hermenêuticas e interacionistas na pesquisa qualitativa:** a análise de narrativas segundo Fritz Schütze. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT14-5656--Int.pdf>>. Acesso em: 05 fevereiro 2010.

WELLS, M. E. Psychotherapy for families in the aftermath of a disaster. **Journal of Clinical Psychology: in session**, v. 62, n. 8, p. 1017-1027, 2006.

WIESENFELD, E.; PANZA, R. Environmental hazards and home loss: the social construction of becoming homeless. **Community, Work &**

Family, v. 2, n. 1, p. 51-65, 1999.

WICKRAMA, T.; KETRING, S.A. Change in the health of Tsunami-exposed mothers three years after the natural disaster. **Int J Soc Psychiatry**, v. 18, p. 1-11, 2011.

WICKRAMA, K.A.S.; WICKRAMA, K.A.T. Family contexto f mental health risk in Tsunami affected mothers: Findings from a pilot study in Sri Lanka. **Social Science & Medicine**, v. 66, p. 994-1007, 2008.

WOLIN, S. J.; BENNETT, L. A. Family Rituals. **Family Process**, v. 23, p. 401-420, 1984.

WOLIN, S. J.; BENNETT, L. A.; NOONAN, D. L. Family Rituals and the Recurrence of Alcoholism Over Generations. **The American Journal of Psychiatry**, v. 136, n. 4B, p.589-593, 1979.

WOODING, S.; RAPHAEL, B. Psychological Impact of Disasters and Terrorism on Children and Adolescents: Experiences from Australia. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 19, n. 1, p. 10-20, jan.-mar. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Annual report 2008**. Health Action in Crises: Primary Health Care in Crises. Geneva: WHO, 2009.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4 ed. São Paulo: Roca, 2009. 312p.

YIN, R. K. **Applications of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1993. 130p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA O TRABALHO DE CAMPO

I. Identificação de características dos membros da família

Família (codinome) _____

Contato telefônico _____

Posição familiar	Idade	Sexo	Profissão/ ocupação	Estado civil	Escolaridade

Renda Familiar _____

Religião _____

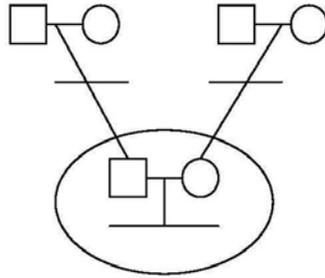
II. Pergunta norteadora da primeira entrevista

- Conte(m)-me sobre como tem sido o dia-a-dia da família após o desastre natural.

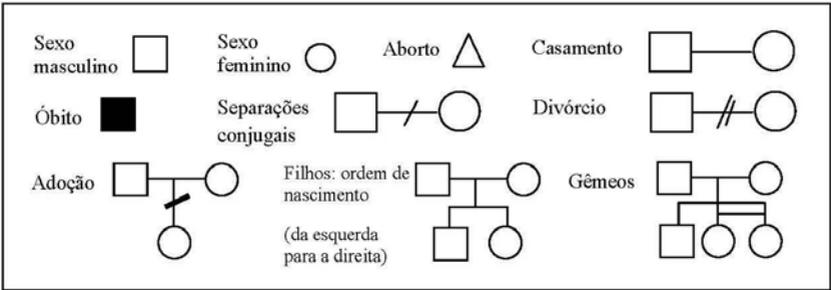
III. Genograma e Ecomapa

Perguntas norteadoras:

- Quem faz parte da família?
- Vocês contaram (ou contam) com ajuda de quem no período após o desastre natural? De que forma veio esta ajuda?



Legenda*:



* Símbolos utilizados para a elaboração dos genogramas, com base em Wright e Leahey (2009).

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO COMPLEMENTAR:
CALENDÁRIO DE ROTINAS**

Domingo			
	Manhã	Tarde	Noite

Segunda-feira	
Manhã	
Tarde	
Noite	



Terça-feira	
Manhã	
Tarde	
Noite	



Quarta-feira	
Manhã	
Tarde	
Noite	



Quinta-feira	
Manhã	
Tarde	
Noite	



Sexta-feira	
Manhã	
Tarde	
Noite	

A decorative graphic in the top right corner of the page, featuring a cluster of colorful flowers in shades of yellow, orange, and purple, with green leaves and stems.

Sábado	
Manhã	
Tarde	
Noite	



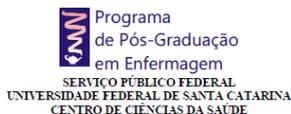
APÊNDICE C – MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO

Entrevista n°: Duração: Família:	Data: ____/____/____.
[espaço para a transcrição da entrevista]	
NE*	
NO*	
NM*	
NT*	

* Notas de Entrevista, Notas de Observação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas (TRENTINI; PAIM, 2004).

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011, DE 15 DE JUNHO DE 2011



Instrução Normativa 10/PEN/2011

Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
 - Considerações Finais/Conclusões
 - Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011

ANEXO B – EXEMPLO DE REGISTRO INDIVIDUAL NO CALENDÁRIO DE ROTINAS

 Sexta feira	
Manhã	acordou as 6:00 horas para fazer café da manhã, lavou roupa e foi no posto de saúde para fazer meus exames.
Tarde	fiz o almoço e mais almoçamos, limpi a casa lavei meu filho para a escola.
Noite	as 5:00 fiz o café, beijei meu filho, fiz a janta e assistir televisão tomei, banho e dormi.

Fonte: dados de uma das famílias da pesquisa.

ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 490

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N° 02584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 490 FR: 303321

TÍTULO: ROTINAS E RITUAIS DE CUIDADO FAMILIAR NA TRANSIÇÃO INESPERADA POR DESASTRE NATURAL: ESTUDO DE CASOS DE FAMILIAS RURAIS COM CRIANÇAS

AUTOR: ASTRID EGGERT BOUIS, GISELE CRISTINA MANFRIN TERANDES

FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 2009.


 Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ADULTOS)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SUJEITO DO ESTUDO (ADULTOS)

Nome da pesquisa: Rotinas e rituais de cuidado familiar nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pela aluna Gisele Cristina Manfrini Fernandes, abaixo assinado, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), com a qual posso entrar em contato no momento que desejar. Estou ciente da realização do projeto de pesquisa (Tese de doutorado), denominado “Rotinas de cuidado e rituais familiares na transição inesperada por desastre natural: estudo de casos de famílias com crianças”, desenvolvido sob a orientação da Prof^a Dra. Astrid Eggert Boehs.

Fui orientado (a) que participarei desta pesquisa que têm por objetivo conhecer as rotinas de cuidado e rituais de famílias com crianças que conviveram com o desastre natural. O estudo pretende contribuir com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, em especial aquelas que atendem nas unidades de saúde em áreas rurais, e também ajudará a construir um conhecimento para a prática de enfermeiras que cuidam de famílias.

Estou ciente de que a doutoranda obterá informações minhas através de entrevistas realizadas em meu domicílio, observação e anotações que me serão solicitadas. Entendi que as informações que forem obtidas pela aluna somente serão utilizadas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. As entrevistas serão realizadas em meu domicílio, com horário e datas marcados previamente. Estou ciente de que o número de entrevistas de que participarei dependerá da necessidade de informações para a

pesquisa e que serei comunicado pela aluna sobre quando a pesquisa se encerrará. Sei que as entrevistas serão gravadas e transcritas, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite e que serão utilizados para, além dos benefícios para as equipes de saúde e de enfermagem, a divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Pesquisadora responsável (orientadora): Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs.
Telefone para contato: (48) 3721-9399

Pesquisadora principal: Gisele Cristina Manfrini Fernandes.
Telefones para contato: (47) 3334-1551 ou (47) 84135580

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Gisele Cristina Manfrini Fernandes

Dra. Astrid Eggert Boehs

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____(participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

_____, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MENORES)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DO ESTUDO (MENORES)

Nome da pesquisa: Rotinas e rituais de cuidado familiar nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para meu filho (a) participar do estudo conduzido pela aluna Gisele Cristina Manfrini Fernandes, abaixo assinado, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), com a qual posso entrar em contato no momento que desejar. Estou ciente da realização do projeto de pesquisa (Tese de doutorado), denominado “Rotinas de cuidado e rituais familiares na transição inesperada por desastre natural: estudo de casos de famílias com crianças”, desenvolvido sob a orientação da Profª Dra. Astrid Eggert Boehs.

Fui orientado (a) que meu filho (a) participará desta pesquisa que têm por objetivo conhecer as rotinas de cuidado e rituais de famílias com crianças que conviveram com o desastre natural. O estudo pretende contribuir com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, em especial aquelas que atendem nas unidades de saúde em áreas rurais, e também ajudará a construir um conhecimento para a prática de enfermeiras que cuidam de famílias.

Estou ciente de que a doutoranda obterá informações de meu filho (a), através de entrevistas realizadas em meu domicílio, observação e anotações que lhe poderão ser solicitadas. Entendi que as informações que forem obtidas pela aluna somente serão utilizadas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. As entrevistas serão realizadas em meu domicílio, com horário e datas marcados previamente. Estou ciente de que o

número de entrevistas de que meu filho (a) participará dependerá da necessidade de informações para a pesquisa e que eu e meu filho (a) seremos comunicados pela aluna sobre quando a pesquisa se encerrará. Sei que as entrevistas serão gravadas e transcritas, mas que o nome de meu filho (a) não aparecerá em qualquer registro. A participação de meu filho (a) no estudo é voluntária e estou ciente de que ele (ela) pode negar-se a participar do mesmo, sem que isso lhe acarrete qualquer efeito negativo. Também entendi que meu filho (a) pode deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite e que serão utilizados para, além dos benefícios para as equipes de saúde e de enfermagem, a divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Pesquisadora responsável (orientadora): Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs.
Telefone para contato: (48) 3721-9399

Pesquisadora principal: Gisele Cristina Manfrini Fernandes.
Telefones para contato: (47) 3334-1551 ou (47) 84135580

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Gisele Cristina Manfrini Fernandes

Dra. Astrid Eggert Boehs

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____(pais ou responsável pelo participante), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo que meu filho (a) colabore de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

_____, _____ de _____ de 2010.

Assinatura dos pais ou responsável pelo participante (de menor) da pesquisa