

Demandas de atenção psicossocial de comunidades vulneráveis a desastres de origem natural

Demands for psychosocial support from communities vulnerable to natural disasters
Demandas de atención psicosocial de comunidades vulnerables a desastres de origen natural

Gisele Cristina Manfrini Fernandes¹

ORCID: 0000-0003-0445-1610

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda¹

ORCID: 0000-0001-9998-3040

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heideman¹

ORCID: 0000-0002-0058-5120

Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

ORCID: 0000-0003-1940-1608

Harrysson Luiz da Silva¹

ORCID: 0000-0002-3421-1143

Ângela Verónica Romero Cárdenas²

ORCID: 0000-0003-0551-8696

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

²Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colômbia.

Como citar este artigo:

Fernandes GCM, Bellaguarda MLR, Heideman ITS, Meirelles BHS, Silva HL, Romero Cárdenas AV. Demands for psychosocial support from communities vulnerable to natural disasters. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190213. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0213>

Autor Correspondente:

Gisele Cristina Manfrini Fernandes
E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 17-03-2019 **Aprovado:** 07-03-2020

RESUMO

Objetivo: Identificar as demandas de atenção psicossocial das comunidades vulneráveis no Vale do Itajaí, Santa Catarina **Métodos:** Pesquisa qualitativa, estudo de casos múltiplos, por meio de entrevistas narrativas com profissionais da saúde em três municípios, de janeiro a maio de 2018. A análise das narrativas seguiu análise formal do texto, descrição estrutural do conteúdo, abstração analítica, análise do conhecimento e comparação contrastiva. **Resultados:** Foram descritas como categorias: Significados das demandas de atenção pré-inundação; Significados das demandas durante o evento do desastre; Significados das demandas pós-inundação: atenção psicossocial; Significados das demandas de vigilância do território após o desastre. **Conclusão:** Demandas para o cuidado à saúde mental pós-desastres são identificadas pela busca aos serviços, nos sintomas específicos e nas consequências de adaptação à fase de recuperação, como processos migratórios e moradas provisórias. A pesquisa contribui para a cultura do cuidado com perspectiva multiprofissional na atenção à saúde da população atingida em desastres.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Mental; Fases do Desastre; Enfermagem; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To identify the demands for the psychosocial care of vulnerable communities in the Vale do Itajaí, Santa Catarina **Methods:** Qualitative research, multiple case study, through narrative interviews with health professionals in three municipalities, from January to May 2018. The analysis of the narratives followed a formal analysis of the text, structural description of the content, analytical abstraction, analysis of knowledge, and contrastive comparison. **Results:** The described categories were: Meanings of the demands for support before the flood; Meanings of the demands during the occurrence of the disaster; Meanings of demands after the flood: psychosocial care; Meanings of the demands for monitoring the territory after the disaster. **Conclusion:** The identification of demands for mental health care after the disaster occurs through the search for health services, specific symptoms, and consequences of adapting to the recovery phase, such as migratory processes and temporary housing. The research contributes to the culture of care with a multiprofessional perspective in health care for the population affected by disasters.

Descriptors: Primary Health Care; Mental Health Services; Disaster Phases; Nursing; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las demandas de atención psicosocial de las comunidades vulnerables en el Vale do Itajaí, Santa Catarina **Métodos:** Investigación cualitativa, estudio de casos múltiples, por medio de entrevistas narrativas con profesionales de la salud en tres municipios, de enero a mayo de 2018. El análisis de las narrativas ha seguido análisis formal del texto, descripción estructural del contenido, abstracción analítica, análisis del conocimiento y comparación contrastiva. **Resultados:** Han sido descritas como categorías: Significados de las demandas de atención pre-inundación; Significados de las demandas durante el evento del desastre; Significados de las demandas pos inundación: atención psicosocial; Significados de las demandas de vigilancia del territorio después el desastre. **Conclusión:** Demandas para el cuidado a la salud mental pos desastres son identificadas por la búsqueda a los servicios, en los síntomas específicos y en las consecuencias de adaptación a la fase de recuperación, como procesos migratorios y moradas provisórias. La investigación contribuye para la cultura del cuidado con perspectiva multiprofesional en la atención a la salud de la población atingida en desastres.

Descritores: Atención Primaria a la Salud; Servicios de Salud Mental; Fases del Desastre; Enfermería; Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

O impacto dos desastres na sociedade depende da condição de vulnerabilidade do local, evidenciada pela gravidade deles e pelos limites na capacidade de redução do risco⁽¹⁾. Os desastres de origem natural foram responsáveis por 11 mil mortes no mundo, entre 2012 e 2016, o que representa 0,15 mortes por 100.000 habitantes. Nesse contexto, o Brasil apresenta 0,1 morte por 100.000 habitantes⁽²⁾.

Recentemente, os governantes dos Estados Membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elaboraram a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, marco de políticas e planejamento estratégico com objetivos coletivos para a região de alcançar melhores níveis de saúde e bem-estar como um todo. Um desses objetivos é “fortalecer as capacidades nacionais e regionais de preparação, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças e às emergências e desastres que afetam a saúde da população”⁽³⁾.

Conforme dados sobre a Região das Américas, foram 682 desastres (21% de todos os desastres no mundo) entre os anos de 2010 e 2016, com 277.037 feridos e 12.954 mortos, cujos custos econômicos representaram 32,8% do custo total de danos decorrentes de desastres no mundo⁽³⁾. Nesse sentido, a vulnerabilidade nas situações de desastres envolve diversos aspectos (ambientais, sociodemográficos, políticos), e a participação da população nas estratégias colabora com o alcance das metas de Redução de Riscos de Desastres.

Contudo, aspectos resultantes da vulnerabilidade da população atingida em desastres, como as perdas de moradias, de emprego, inviabilidade de continuar a viver no mesmo local pelas destruições ambientais dos territórios habitados, repercutem direta ou indiretamente na saúde, com impactos de ordem física e psicossocial das pessoas envolvidas⁽³⁾ e expõem a necessidade de fortalecer e restabelecer redes de apoio⁽⁴⁻⁵⁾. A rede de serviços de saúde é importante recurso de apoio e necessita também estar preparada para atender demandas resultantes dos impactos dos desastres.

Equipes multiprofissionais em que enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outras profissões estejam envolvidas promovem ações de cuidado à comunidade afetada e podem fornecer apoio às equipes de trabalho nos eventos de desastre. Intervenções conjuntas desses profissionais evidenciam a necessidade de ações contínuas na prestação dos serviços de saúde, especialmente para suporte psicossocial às pessoas atingidas por desastres de origem natural. Reconhecidamente, a Região Sul brasileira⁽¹⁾ é a que apresenta: 1) maior percentual de inundações entre os anos 2000 e 2017, com ênfase de ocorrências no inverno e na primavera; 2) o estado de Santa Catarina aparece como o terceiro estado com maior área acometida por evento hidrológico, num percentual de 89,8% da área geográfica afetada; e 3) o Vale do Itajaí, localizado no extremo leste do estado de Santa Catarina, possui histórico de enfrentamentos desse tipo de desastres de origem natural com implicações à saúde pública. Assim, é importante traçar estratégias de atenção psicossocial antes, durante e após situações de desastres, o que reflete em ações para o preparo, resposta e recuperação ante tais eventos⁽⁶⁻⁷⁾.

No entanto, ainda são incipientes as pesquisas em saúde dessa temática no Brasil. Além disso, as estratégias de apoio psicossocial no Brasil ainda não estão claramente integradas às etapas para a redução de riscos e de desastres, mais especificamente ao planejamento

de ações da área da saúde e da enfermagem. Nesses termos, este estudo derivou de um macroprojeto de pesquisa vigente desde 2016, que tem como problema: Como profissionais da Rede de Atenção à Saúde do SUS da região do Vale do Itajaí/SC percebem o impacto psicossocial à saúde de famílias e quais as suas práticas de cuidado em transições por desastres?

OBJETIVO

Identificar as demandas — às equipes de saúde da Rede de Atenção à Saúde no Vale do Itajaí, Santa Catarina — de atenção psicossocial das comunidades vulneráveis.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com base na Resolução nº 466/12 de 12/06/2012.

Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso coletivo (ou múltiplos)⁽⁸⁾, descritivo e integrado⁽⁹⁾. Trata-se de um estudo de caso descritivo pelo seu propósito de descrever o fenômeno em seu contexto de vida real⁽⁸⁾ e se classifica ainda como integrado por envolver a presença de subunidades de análise dentro de cada caso⁽¹⁰⁾, como a demanda das famílias afetadas por desastres em suas necessidades de atenção psicossocial, nas diferentes etapas do processo de proteção e defesa civil.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado nos serviços de Atenção Básica de Saúde (ESF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I/II/álcool e drogas/infantil) que integram a Rede de Atenção à Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), das cidades de Blumenau, Itajaí e Rio do Sul, situados na Região do Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina.

Conforme o Centro de Estudos e Pesquisas sobre Desastres, da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPED/UFSC), esses municípios tiveram acima de dez ocorrências de desastres de origem natural, por inundação brusca e gradual, entre 1991 e 2010, sendo os municípios de Blumenau e Rio do Sul os mais atingidos por inundações graduais⁽¹¹⁾.

Foram selecionadas Unidades de Saúde da Família dos locais mapeados como áreas de risco ou com histórico recente de desastres, classificados dessa maneira a partir dos registros da Defesa Civil do Estado e de cada município. Também foram considerados todos os Centros de Atenção Psicossocial das redes municipais.

Fontes de dados

As fontes de dados foram entrevistas realizadas com 24 entrevistados de saúde do município de Rio do Sul, de cinco Unidades de Saúde da Família, um CAPS II adulto e dois gestores de saúde. Em Itajaí, foram 41 entrevistados, de quatro Unidades de Saúde da Família, três CAPS (II adulto/álcool e drogas/infanto-juvenil) e dois gestores de saúde. No município de Blumenau, foram 37

entrevistados, de quatro Unidades de Saúde da Família, três CAPS (II adulto/III álcool e drogas/infantil) e três gestores de saúde. O perfil dos entrevistados caracteriza os sujeitos da pesquisa, em sua maioria na função de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), seguidos de enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, educador físico e médico. A maioria entre 25 e 45 anos de idade, concursados, com mais de 10 anos de formados na profissão e entre 5 a 10 anos de trabalho nos respectivos serviços. Os casos foram identificados como 1 – Itajaí, 2 – Rio do Sul e 3 – Blumenau, cujas narrativas dos entrevistados foram complementadas com a identificação por código de área de atuação: AB (atenção básica) ou PS (atenção psicossocial) e a sigla referente à profissão ou função no serviço.

Coleta e organização dos dados

As entrevistas-narrativa foram audiogravadas e transcritas, além dos registros da observação em campo. Os dados foram colhidos no período de janeiro a maio de 2018. A entrevista com os profissionais, agentes de comunitários de saúde e gestores foi iniciada com o enunciado do entrevistador: "Você está sendo entrevistado para uma pesquisa que busca conhecer o cuidado profissional às famílias em transições por desastres. O que você pode me contar sobre suas experiências de cuidado psicossocial às famílias no seu trabalho, considerando o contexto dos desastres?" Por conseguinte, foram abordadas outras questões de aprofundamento, integradas ao objetivo do estudo.

Foram solicitados amostra ou cópia de documentos formais ou informais, ou registros de imagem que porventura tenham sido mencionados nas narrativas durante as entrevistas. Obtiveram-se imagens fotográficas sobre o território, imagem dos mapas inteligentes das Unidades, cópia de documentos com orientação aos serviços de saúde para o período de enchente, esboços de estratégia de gestão para atuação das equipes em situação de desastre. Informações dos gestores a respeito da estrutura das respectivas redes municipais de saúde contextualizaram os casos.

Nos momentos em que os pesquisadores estiveram em campo, foi permitida a participação em reunião de equipe, o que promoveu breve observação participante durante o período de estada dos pesquisadores nos serviços, com registros complementares no instrumento de coleta de dados.

Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo método de análise de narrativas de Fritz Schütze⁽¹²⁾, que está organizado nas seguintes etapas: análise formal do texto; descrição estrutural do conteúdo; abstração analítica; análise do conhecimento e comparação contrastiva, dos quais emergiram as categorias de significados: 1) demandas de atenção pré-inundação; 2) demandas durante o evento do desastre; 3) demandas pós-inundação: atenção psicossocial; 4) demandas de vigilância do território após o desastre.

RESULTADOS

A interpretação das narrativas percorre uma perspectiva temporal que remete ao período anterior ao desastre bem como

durante e após ele, cuja referência de evento varia entre as experiências vividas e/ou consideradas pelos entrevistados, que incluem os três casos estudados. Eles narraram suas percepções sobre os impactos e demandas de saúde, além das experiências de atuação com relação ao evento de 2008. Este se caracterizou pela ocorrência de enchente em grande extensão territorial, associada aos impactos importantes somados aos deslizamentos de encostas que atingiram muitas pessoas e famílias nesses locais.

Significados das demandas de atenção pré-inundação

As narrativas dos entrevistados dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos serviços de Atenção Básica (ESF) revelam demandas no período anterior à inundação que expressam as necessidades de cuidado. Com base em vivência ou não de inundações anteriores, são comportamentos da população e também das equipes de saúde que mostram necessidades de proteção dos impactos (principalmente materiais) e anseio de informações por parte das lideranças, em especial da Defesa Civil e da prefeitura, para se preparar e responder adequadamente aos eventos.

Tem muitas pessoas que ficam sempre ligadas na Defesa Civil para o caso de acontecer algo e para que possam já colocar os móveis para cima. Assim, para as pessoas que tem uma condição financeira, conseguem colocar as coisas para cima ou colocam tudo num contêiner e mandam para um local mais protegido para não perder as coisas. Então, percebo isto que quando chove mais, as pessoas ficam bastante preocupadas. (PS1_enf)

O alerta para as condições climáticas mobiliza a comunidade para a preocupação com os riscos de inundação, porém a comunicação sobre isso é sutil e acontece nos contatos cotidianos de atendimentos nos Centros de Saúde.

Começou a chover e tu tens que começar a se organizar na cabeça: se acontecer, o que que vai fazer? Foi o que aconteceu essa semana, veio uma senhora consultar no posto e ela já estava preocupada porque houve uns dias de chuva aqui e, de lá para cá, a gente só ouve isso. (AB2_ACS)

Nesse sentido, o serviço de saúde, ainda que informalmente, é acessado pelas famílias do território como uma referência para obter informação acerca do risco de ocorrência de um desastre e sobre medidas de preparação.

Então, na eminência de uma enchente a gente já começa a observar o comportamento das pessoas, porque na enchente de 2008 não se tinha certeza de que isso iria acontecer. Já fazia muito tempo que isto não acontecia, e a última havia sido em 1983. Na enchente de 2008, a Defesa Civil não estava preparada. Então, as pessoas ao mesmo tempo que acreditavam que ia acontecer não acreditavam. Nós estávamos atendendo normalmente, ninguém estava se preocupando com o material. (AB1_enf)

Na narrativa acima, identifica-se o significado de que, a cada experiência de evento, há mudanças nos comportamentos para responder aos impactos e minimizá-los, principalmente no domicílio. Na percepção dos profissionais, a unidade de saúde vazia em tempos de chuva é sinal de que a comunidade está

alerta e preocupada em se preparar, assim como as equipes no seu local de trabalho.

Significados das demandas durante o evento do desastre

Profissionais da Atenção Básica que permaneceram em atendimento durante as inundações mencionaram demandas de atenção para o cuidado diante da vulnerabilidade das famílias atingidas. As famílias que são economicamente mais vulneráveis sofrem maiores impactos no território que habitam. As perdas e a experiência do desastre abalam essas pessoas, que, quando possível, migram para locais mais seguros logo após o evento.

Quem mora de aluguel não volta. A gente sempre fala: depois da enchente, as áreas baixas ficam desertas porque realmente permanece quem é proprietário, mas quem mora de aluguel fica tão abalado que vai embora. (AB2_ACS)

Acolher as pessoas nos serviços de saúde durante o desastre significa entrar em contato com o desespero e distintas necessidades de cuidado.

Eles queriam medicação, comida, apoio porque tinham perdido a casa e tudo o que tinham [...] muitos desesperados mal começavam a conversar e já choravam. Era feito curativo, porque vinham tudo arranhado do mato, mas no mais eram feitas orientações. (AB3_ACS)

[...] em alguns casos, era acionado o quartel e se fazia visita quando dava para chegar. (AB3_ACS)

Pessoas em tratamento psiquiátrico e com necessidade de atenção psicossocial ficam mais vulneráveis. O cenário e a imprevisibilidade do evento podem trazer a muitos deles, dada a sua rotina terapêutica e a ausência de planos de preparo para estas situações nos serviços de saúde, dificuldades para serem atendidas pela equipe; ou eles mesmos podem estar fragilizados para acessar os serviços.

Os pacientes do CAPS começam a ficar apavorados, aí tem aqueles que acabam ficando ilhados, acaba sem acesso à medicação, os que tomam de uso contínuo que vão todos os dias para unidade para tomar... Então, às vezes você também não tem como chegar até eles. Acaba que entram em surto! Então, tem todo o psicológico abalado, tem todo mundo preocupado: Será que entra? Será que não entra? Tiro ou não tiro? Mesmo tirando, às vezes perde as coisas. (AB2_enf)

Significados das demandas pós-inundação: atenção psicossocial

Os entrevistados atribuem significados de maneira diferenciada sobre as necessidades de cuidado da população atendida em seus serviços após longo período das inundações, sobretudo as demandas psicossociais. Desse modo, nos CAPS, reconhecem que, em longo prazo, a experiência das perdas decorrentes da inundação poderá ser referida pela pessoa cuidada, porém não considera uma relação causal entre o agravo mental e o evento, embora afirmem que há importantes impactos.

A situação é que todo mundo fica fragilizado e eles por ter aquela sensibilidade maior também existe a tendência de desenvolver algo com mais facilidade também, tanto os bipolares, esquizofrênicos. Mesmo quem não é afetado fica com medo. Então, para estas pessoas a chance de você ter uma recaída [...] é como nas festas de fim de ano, Natal, Ano Novo, este paciente fica mais sensível. E então, no desastre vai pelo mesmo caminho. (PS2_farm)

Dentre as demandas psicossociais mencionadas, os transtornos mentais prévios à experiência do desastre se manifestam pelo agravamento de sintomas.

Aparece depois de algum tempo. Agora estou me lembrando de um caso: ele usava álcool esporadicamente, mas depois da enchente aumentou o uso de álcool porque perdeu tudo, depois perdeu o emprego. Às vezes, eles não relatam assim, mas falam no decorrer do tratamento. [...] na verdade, eles não vêm pelo evento que aconteceu. Eles vêm pela vulnerabilidade deles mesmo, como situação de rua. (PS1_enf)

Novas demandas são atendidas nos serviços de Atenção Básica em razão do sofrimento mental após os desastres, como crianças que desenvolvem transtornos obsessivos, adultos e idosos com depressão e que, em algumas situações, precisam ser encaminhados para as equipes de CAPS. As equipes de saúde mental procuram não justificar o aumento da demanda como reflexo do desastre, ainda que tenham sido acolhidos casos novos. Consideram que a demanda psicossocial reflita as vulnerabilidades socioeconômicas, de trabalho, familiares, individuais numa perspectiva ampliada, para além do evento do desastre.

Num caso específico da criança com fobia social, a dificuldade de ir à escola. Na primeira entrevista com a criança, não apareceu isto, mas no decorrer dos atendimentos foram aparecendo que, dentre os muitos outros problemas depois da enchente, a criança sempre falava que visualizava os brinquedos boiando. É que eles tinham perdido a cama dele e os brinquedos [...] isto não saía da cabeça dele e depois disto ficou com medo de trovoadas, ele ficou com muito medo. Dava uma chuva e ele já falava: mãe vai dar enchente! Era um menino que já tinha um quadro de fobia e ansiedade e que com a enchente se agravou mais. [...] Tinha muito medo e não queria ir à escola e desfocava, no decorrer do tratamento foi trabalhado sim. (PS1_psi)

Considerando que o reflexo de demandas psicossociais é dito persistente, desde o evento de 2008 o significado desta vivência é lembrado pelas pessoas por longo tempo. Contudo, os profissionais da Atenção Básica relatam que não há um fluxo de atendimento e continuidade no cuidado psicossocial das famílias afetadas nas inundações, uma vez que as necessidades levantadas implicam a atenção de outros setores além da saúde.

Algumas crianças que desenvolveram um TOC ou outra depressão grave e aí elas entram no CAPS infantil para atendimento no seu sofrimento que vem de fundo da família. Às vezes, a família ainda está em processo de moradia provisória... antigamente elas ainda estavam nos abrigos [...] Baseado nos relatos dos professores e o que eles podem fazer em relação aos comportamentos, têm bastante dúvidas sobre o fluxo de atendimento: para quem vão pedir ajuda, saber da gravidade ou não, então isso tudo a gente

conversa amplamente, e se for focado em uma criança a gente conversa sobre o caso [...]. (PS3_enf/coord)

Para as equipes de saúde da família entrevistadas, a principal demanda de cuidado percebida no pós-desastre foi a psicossocial, com aumento de atendimentos nas unidades básicas de saúde.

A maior demanda foi psicológica. Depois disso, a Fluoxetina da vida é como água [...] muitas famílias com depressão, aumentou a demanda pelo posto. (AB1_acs)

Dias atrás fui fazer um preventivo numa paciente, o céu começou a escurecer e ela é uma das pacientes que perdeu tudo. Ela conversava comigo e olhava para fora e então eu falei: você está agoniada por causa do temporal? Ela me respondeu: Estou e quero fazer o exame outro dia porque lá chove muito forte e eu fico apavorada, aflita, tenho pânico de trovão. Eu tenho síndrome de pânico se não estou abrigada na minha casa. (AB1_enf)

Tendo em vista o contexto psicossocial, a continuidade do cuidado às famílias atingidas parece ser um desafio após o evento; as demandas precisam ser sensivelmente percebidas pelo profissional nos encontros com as pessoas/famílias da comunidade para não serem ignorados e adiados ante a outras situações críticas.

Significados das demandas de vigilância do território após o desastre

A equipe percebe que, com as manifestações de sintomas, aumenta a demanda, e a procura pelo serviço se dá especialmente pelas queixas como diarreia, vômitos e ferimentos com material cortante. As demandas prioritárias de vigilância epidemiológica, esperadas em situações de pós-inundação, estão presentes nos relatos dos profissionais da Atenção Básica, porém sobressaem as necessidades de atenção psicossocial quando comparadas às doenças infecciosas, muitas vezes relacionadas a perdas físicas e materiais.

Havia um casal de idosos que atendi no abrigo, ela era diabética, de um dos bairros que mais rápido inundou e foi uma das pessoas que chegou primeiro no abrigo. Ela me disse: "Minha filha, eu não trouxe minha insulina". E eu respondi: "Nós vamos lhe ajudar nisso, se é isso que está lhe preocupando". Porque quando a gente vai atender uma pessoa numa situação dessas não se pode dizer o que eu quero fazer e sim o que eles necessitam. Então, ela dizia: "Se eu não tomar a insulina, posso entrar em coma, e nós perdemos toda nossa comida do mês no armário, e na geladeira eu não vou ter o que comer quando voltar para minha casa". Aí você se depara com a parte social da coisa e o que dizer para ela nessa hora? É uma situação muito difícil... e quando a água baixa, não dá para pensar só na prevenção da leptospirose. A vigilância sempre faz nota técnica, mas o problema maior não é esse [...] de todos os pacientes que eu atendi, nenhum teve leptospirose; a maioria dos pacientes que eu atendi ficaram com sequelas até hoje, que eu atendo diariamente. (AB1_enf)

A narrativa de uma agente comunitária de saúde corrobora o argumento anterior a respeito da presença acentuada de demandas psicossociais e de que a população é informada da prevenção de outros agravos referentes aos períodos de cheias.

O atendimento da equipe nos abrigos temporários também tem particularidades nas suas demandas.

Para atender, a gente vai nos abrigos e espera as pessoas procurarem aqui porque o posto fica aberto normal, mas nos primeiros dias não aparece ninguém. Eles ficam em casa, meio assustados, depois de uma semana começam a aparecer e quando vai normalizando, aí o bicho pega. As ACSs iam duas vezes por dia, ficavam lá bastante tempo, depois traziam as demandas. E quando o pessoal vai para casa, elas então vão visitar. [...] teve um caso que a pessoa teve um pico de pressão, e a médica atendeu no abrigo... às vezes também quando passam mal trazem para cá. No abrigo, ficam ociosos e têm que conviver ali e começa alguma discussão com os vizinhos, daí alguns vêm no posto três vezes ao dia porque é dor no dedo, depois uma dor de cabeça [...] depois que eles vão para a casa dependendo da perda material, geralmente vão se acalmando... então, o negócio é sair do abrigo, porque a ansiedade está lá dentro, ficam bem abalados, e a pressão altera, começa com depressão. (AB2_enf)

[...] Os abrigos temporários não são locais adequados para morar, principalmente para as crianças. Elas ficam com gripe, e começa a complicar pulmão. Os abrigos são galpões abertos; e, por causa da chuva, aparece infecção urinária também. (AB2_acs)

Nas visitas domiciliares após o desastre, as agentes comunitárias de saúde recebem diversas demandas das famílias atingidas.

É bem desgastante, sabe? Porque assim, logo que passa a enchente, até um bom tempo depois, há mudança de endereço do pessoal que não quer pegar mais enchente e tem que fazer o cadastramento desse pessoal todo de novo, e aqui as famílias são bem volumosas, são 10, 15 morando numa mesma casa. Essas famílias vêm em turnos para resolver os problemas delas: eu quero consultar, eu quero receita, eu quero remédios, só que estão com os documentos desatualizados, e eu tenho que atualizar. Perdem tudo na enchente; e não é uma só carteira do SUS, são cinco, são dez. (AB2_acs)

Por outro lado, há profissionais que relativizam a necessidade de atendimento no longo prazo pós-desastre, formulando suas críticas diante da elevada demanda atendida nas Unidades de Saúde da Família.

Diante da ameaça, as famílias querem se organizar, mas eu acho que a enchente serviu muito de bengala para algumas outras coisas, por exemplo: ah, na enchente eu perdi o cartão de vacina. Sei lá, mas trauma mesmo acho que não atendi. A única coisa que eu observo é que as famílias ficaram mais ligadas aos alagamentos, e quando há ameaça de enchente, elas já querem se organizar por medo de perder o que elas têm. (AB1_enf)

No período de recuperação, ao longo dos dez anos após o desastre de 2008, famílias são realojadas de abrigos para moradias provisórias ou então realocadas para moradias construídas em condomínios verticalizados, como foi feito na região do Vale do Itajaí, sobretudo no caso de Blumenau. Essa situação de mudança de casa para apartamento, de uma comunidade para outra, agrega novas famílias em áreas de abrangência de equipes de Atenção Básica já constituídas, acrescentando novas demandas com diferente perfil sociodemográfico e epidemiológico, para o qual as equipes passam a dedicar vigilância e atendimentos.

O pessoal ficou tempo alojado na escola, de novembro a fevereiro. Então, tiraram as pessoas dali para as aulas iniciarem e os deixaram na igreja, e famílias se espalharam pela cidade porque veio o serviço social, o exército e fizeram todo o acompanhamento da distribuição dos donativos e também foram cadastrando as famílias para serem beneficiadas pelo Minha Casa Minha Vida. Primeiro foi ofertado para quem tinha idosos e deficientes. E teve gente que não quis, foram pagar aluguel por conta própria e teve gente que depois voltou para suas casas interditadas. Então, o medo continua mesmo depois destes dez anos. Então, não tem como você acordar no meio da noite, com chuva e não pensar naquilo ali. Tem outra casa que tem idoso, crianças, a mulher com muitas gestações e continuam lá. A gente comunicou a Defesa Civil. Temos nosso grupo de WhatsApp, e quando dá muita chuva já começa a nos preocupar... e um a perguntar para o outro sobre o morro. (AB3_tecn.enf)

As mudanças no território de saúde constituem importante desafio para equipes de saúde e rede de atenção municipal (que inclui as equipes de atenção psicossocial) na recuperação de uma comunidade atingida e, muitas vezes, em permanente risco para desastres. A vigilância das equipes — principalmente dos agentes comunitários que circulam pelo território diariamente e acompanham os movimentos migratórios bem como os retornos de algumas famílias às áreas de risco — deflagra uma cultura de desastre que intensifica os riscos justamente pela vulnerabilidade das pessoas que, com poucas condições e escolhas inapropriadas para habitação, submetem-se a novos riscos.

DISCUSSÃO

Os desastres (de origem natural, como as inundações no estado de Santa Catarina, são objeto de vários estudos, inclusive na área da enfermagem^(4-5,13), assim como desastres de origem natural em outras regiões do país incentivaram pesquisadores da saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ a produzirem conhecimentos que contribuam para a assistência qualificada nessas situações. Essa temática é emergente no país e no mundo, necessitando de pesquisas que gerem mudanças nas práticas e na formação para a redução dos riscos e desastres.

Ainda que pouco seja produzido na área da Atenção Primária de Saúde (APS) com relação ao manejo, gestão, cuidados, recuperação e reabilitação de populações acometidas em desastres, evidencia-se que todo esse trabalho é fundamental nesses contextos. Isso porque existe a necessidade de fluxos e da continuidade dos cuidados, na perspectiva longitudinal da população adstrita e do território vivo em que se dão tais ações, considerando que as consequências dos acontecimentos desse tipo de evento podem se prolongar no tempo⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

O impacto dos desastres está ligado à vulnerabilidade da população afetada, porém esse processo é também socialmente construído em virtude de vários fatores associados⁽¹⁹⁾ e que aparecem nos achados do presente estudo como determinantes para a saúde: aspectos socioeconômicos, educação e informação, habitação, políticas nos diferentes níveis que influenciam as ações em tais eventos. No entanto, para compreender os impactos do desastre em uma população, é preciso conhecer o contexto comunitário e urbano em que se insere⁽¹⁹⁾, e esse aspecto é parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família. A

percepção dos trabalhadores acerca da vulnerabilidade das famílias dos territórios atingidos nos casos estudados — principalmente as famílias ribeirinhas e as que residem em moradias em áreas invadidas, terrenos íngremes e com estrutura inadequada para a segurança —, coincide com outro estudo⁽²⁰⁾ no qual se mostrou que, embora os fatores contribuam de maneira diferente para a vulnerabilidade social entre as cidades brasileiras, os resultados confirmaram que fatores socioeconômicos e as disparidades entre as regiões do país são indicativos para a vulnerabilidade social da população quanto aos riscos a desastres de origem natural. Isso se acentua nas regiões que possuem áreas urbanas com alta densidade populacional e diversidade racial.

A vigilância da equipe na comunidade remete ao conhecimento sobre os determinantes socioambientais que influenciam a vida das famílias das quais ela cuida, quais sejam: a mobilização popular para enfrentar as lacunas de proteção diante das ameaças no território, a luta pelos direitos diante dos prejuízos sofridos com os eventos, bem como a importante e sensível tarefa de acolher, escutar e motivar formas de responder, preparar e recuperar-se de maneira resiliente quando os desastres são repetitivos em tais contextos de vida.

Não obstante, conforme o tipo de desastre, diferentes demandas se apresentam aos profissionais de saúde na situação adversa⁽²¹⁾. A significativa representatividade da enfermagem nos serviços de saúde, nos diversos níveis do sistema de saúde, apresenta-se como importante equipe de atuação com competências inerentes ao cuidado integral, atenção de saúde em rede, inclusive nas emergências de desastres⁽¹³⁻¹⁴⁾. Nesse sentido, são muitas as possibilidades de atuação dos profissionais da saúde em todas as fases do desastre, cujas demandas puderam ser identificadas nas narrativas apresentadas pelos entrevistados do estudo. Os atendimentos de saúde, em especial na APS, envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a articulação comunitária para lidar com a vulnerabilidade observada em desastres de origem natural.

Contudo, reconhecem-se os desastres como socioambientais haja vista as condições de vulnerabilidade, que resultam de uma produção social sobre uma base territorial associada à ocorrência de fenômenos naturais, as chuvas por exemplo, que levam a algum evento como as inundações, deslizamentos, os quais podem causar danos. Porém, tais condições não são naturais nem estáticas, pertencem a um processo de vulnerabilização⁽²²⁾.

Os impactos causados pelos desastres sobre a saúde podem ser múltiplos e manifestados em curto, médio e longo prazos; além disso, com sobreposições, sobretudo quando na situação de populações acometidas em desastres repetitivos. Isso alerta para a atenção à saúde e se constitui em desafio para os sistemas de vigilância da saúde em âmbito local (e aqui considerando as condições de cada rede de saúde) e nacional, para que medidas de mitigação possam reduzir riscos que perdurem a condição de desastre⁽²³⁾.

Dentre as demandas elencadas pelos entrevistados da pesquisa, revelam-se os impactos de curto prazo, que incluem aumento do número de ocorrências por doenças crônicas não transmissíveis, tendo em vista que, nos desastres, pode ocorrer a falta de medicamentos e quadros agudos urgentes. Em médio prazo, ocorrem doenças transmitidas por vetores e as relacionadas pela exposição

à água contaminada. Porém, há doenças subnotificadas ou não notificadas que afetam as pessoas após o impacto, principalmente os danos psicossociais⁽²⁴⁾.

Outro estudo analisou registros dos Sistemas de Informação de Santa Catarina e corrobora as demandas pós-desastre evidenciadas pelo aumento de internações e atendimentos hospitalares por causas que podem estar direta ou indiretamente ligadas ao desastre de 2008, dentre as quais as fraturas, traumatismos e acidente vascular cerebral. Também, se constata uma elevação, ainda que menos significativa, de internações por doenças infecciosas após a inundação. O estudo ressalta a ausência de registros sobre doenças mentais que têm uma evolução mais suave ou lenta do que outros agravos provocados pelos desastres, mas que estão relacionadas a estressores da situação vivida pelos impactos do evento⁽²⁵⁾.

Ainda que de naturezas distintas, no desastre do incêndio da Boate Kiss, a rede de saúde da cidade de Santa Maria/Rio Grande do Sul também necessitou de apoio externo para suporte das equipes locais de saúde, atendimento psicológico aos envolvidos na resposta aos familiares, comunidade em geral e aos sobreviventes posteriormente, por longo período. No caso das equipes de saúde da família, foi necessária mobilização de estratégias para a oferta do acolhimento e cuidado das pessoas direta ou indiretamente afetadas (em sofrimento mental) e de maneira a construir o vínculo com a equipe do território adscrito bem como coordenar os cuidados na rede de atenção psicossocial⁽¹⁸⁾.

Os profissionais da saúde responsáveis pela área que abrange suas ações de equipe de referência passam a lidar, na recuperação de um desastre, com os limites e desafios que potencializam o processo de vulnerabilização das famílias afetadas. Especialmente sobre a desterritorialização e perícia dos territórios condenados, há descompassos quanto aos significados destes lugares que eram os lares dos afetados, a sua referência de conquistas e de comunidade; a insistência das famílias em permanecer no local da moradia tecnicamente classificada como área de risco; as profundas inseguranças e frustrações que permeiam o itinerário desde a passagem pelos abrigos às ofertas e propostas de reassentamentos por programas de moradia planejados pelo Estado⁽²⁶⁾. Assim, essa complexa realidade de continuidade do desastre como transição de vida para as famílias do território necessita de empatia, conhecimento, envolvimento das equipes de saúde com a política de gestão e redução dos riscos e desastres. Aproximações entre profissionais e afetados, além de diálogos entre setores, são fundamentais para desenvolver resiliência aos desastres. Trata-se de uma tarefa multidisciplinar que envolve processos e grupos com interesses diversificados, direcionada à capacidade adaptativa, dinâmica e sistêmica que o contexto exige⁽²⁷⁾.

Por fim, posiciona-se nesta pesquisa a percepção de que a abordagem de cuidado para saúde mental em contextos de desastres não significa considerar as pessoas como vítimas, nem a experiência de vida pelo evento um marco traumático. De todo modo, a singularidade das vivências se expressa ao seu modo para cada pessoa/família. No entanto, considerar a capacidade das pessoas e respeitar que na transição pelo desastre vivam suas dores e sofrimentos⁽²⁸⁾ possibilita um olhar ampliado para todos os determinantes que influenciam a sua saúde integral (e não

somente a mental) na promoção da sua saúde e na recuperação dos impactos que lhes causem sofrimento.

Limitações do estudo

Aponta-se como fragilidade ao desenvolvimento do estudo a dificuldade de obtenção de dados alternativos às entrevistas presenciais com os participantes, a fim de complementar a análise dos casos.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

As contribuições dos resultados desta pesquisa referem-se ao fortalecimento da atenção psicossocial a ser desenvolvido nos serviços de atenção básica à comunidade que vivencia sofrimento mental antes, durante e após desastres. Ainda, o presente estudo mostra a pertinência da capacitação dos profissionais enfermeiros e da saúde para compreenderem a relação da demanda da assistência psicossocial como reflexo da experiência de desastre. Além disso, caracteriza a necessidade da interdisciplinaridade para atuar em proteção e defesa civil, como prevê a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, bem como a interprofissionalização dos profissionais da área da saúde, educação e de todas as áreas da universidade para promoção da gestão dos riscos e dos desastres de origem natural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidencia a importância da Rede de Atenção à Saúde nos municípios da região do Vale do Itajaí/SC e traz à tona a necessidade de se considerar as demandas psicossociais da população direta e indiretamente afetadas nos desastres. Tais demandas: implicam ações interdisciplinares, intersetoriais e o desenvolvimento de competências das equipes multiprofissionais existentes em planejarem ações sustentáveis para a promoção da saúde mental da comunidade, suporte nas intervenções profissionais à rede durante os eventos e pós-eventos; refletem a escassez de capacitações na Região e a socialização dos protocolos ou planos de atendimento diante das situações vividas durante os desastres, com a compreensão das complexas relações entre as intervenções necessárias no pós-desastre e as ações de prevenção no pré-desastre. Isso implica dificuldades assistenciais, de recursos humanos e materiais, bem como resolutividade dos agravos à saúde, como consequência também dos fortes impactos sociais e econômicos da população e municipalidade atingida.

As contribuições dos resultados desta pesquisa referem-se ao fortalecimento da atenção psicossocial a ser desenvolvido nos serviços de Atenção Básica à comunidade que vivencia perdas e sofrimento antes, durante e após desastres. Ainda, o presente estudo mostra a pertinência da capacitação dos profissionais enfermeiros e da saúde para compreenderem a relação da demanda da assistência psicossocial como reflexo da experiência de desastre. Há necessidade da interdisciplinaridade para atuar em proteção e defesa civil, como prevê a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, bem como, a interprofissionalização dos profissionais da área da saúde, educação e de todas as áreas da universidade para promoção da gestão dos riscos e dos desastres naturais.

O estudo demonstra a relevância das demandas psicossociais no processo de recuperação após o desastre, que requerem a atuação multiprofissional em diversos cenários, desde os Centros de Atenção Psicossocial, as unidades de saúde da família, os abrigos temporários, as moradias provisórias, bem como nas etapas de pós-ocupação, que geralmente são conflituosas e sem nenhum apoio das instituições públicas. Os profissionais de saúde da Atenção Básica, especificamente o enfermeiro, tem a potencialidade para o desenvolvimento de ações pertinentes à política pública de emergência — a saber, na organização dos planos de contingência e articulação da rede de atenção à saúde no tocante a recursos humanos e provisão de materiais no enfrentamento do evento de desastre. É ressaltada a insuficiência de documentação acerca da doença mental associada com o pós-desastre, congruente à instalação silenciosa de agravos dessa natureza, mas que comprovadamente espelham o estresse provocado pelo impacto do evento.

Urge a necessidade de novos estudos sobre essa temática, com possibilidades de atuação do enfermeiro em colaboração com a equipe multiprofissional, no enfrentamento das situações de desastre, desde a promoção da saúde e prevenção das áreas atingidas, considerando os determinantes sociais que interferem nesta situação de vulnerabilidade das populações atingidas.

Propõe-se, assim, uma participação atuante do setor saúde articulada a uma colaboração intersetorial, para diminuição das mudanças climáticas e redução de riscos de desastres a fim de alcançar o desenvolvimento sustentável. É papel das universidades também promover ações de extensão nas comunidades e setores da sociedade, assim como desenvolver pesquisas que operacionalizem e colaborem com as ações dos Marcos mundiais estabelecidos para a Redução de Riscos de Desastres.

FOMENTO

A presente pesquisa foi apoiada pelo financiamento via Chamada Pública FAPESC Nº 10/2015. FAPESC/MS-DECIT/CNPQ/SES-SC - APOIO À PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SUS (PPSUS) - GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE.

AGRADECIMENTO

À Dra Astrid Eggert Boehs, docente aposentada do Departamento de Enfermagem da UFSC, agradecemos a disposição dedicação em acompanhar a pesquisa e contribuir com revisões técnico-científicas em todas as etapas deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: 2018[Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 22];49(10). Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/13/boletim-epidemiologico.pdf>
2. World Health Organization-Who. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals[Internet]. Geneva: Who. 2018 [cited 2019 Feb 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
3. Organização Panamericana da Saúde. Opas. Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 22]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Fernandes GCM, Boehs AE, Denham SA, Nitschke RG, Martini JG. Rural families' interpretations of experiencing unexpected transition in the wake of a natural disaster. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):e00161515. doi: 10.1590/0102-311x00161515
5. Fernandes GCM, Boehs AE, Heidemann ITSB. Social support during the family transition following a natural disaster. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1098-105. doi: 10.1590/S0104-07072013000400028
6. Orui M, Harada S, Hayashi M. Practical report on long-term disaster mental health services following the great east japan earthquake: psychological and social background of evacuees in Sendai City in the mid- to long-term post-disaster period. *Disaster Med Public Health Prep*. 2017;11(4):439-50. doi: 10.1017/dmp.2016.157
7. Saltini A, Rebecchi D, Callerame C, Fernandez I, Bergonzini E, Starace F. Early Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychol Health Med*. 2018;23(3):285-94. doi: 10.1080/13548506.2017.1344255
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290p.
9. Creswell JW. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341p.
10. Favero L, Rodrigues JAP. Pesquisa estudo de caso. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015, p.291-324.
11. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Atlas brasileiro de desastres naturais 1991 a 2010: volume Santa Catarina/ Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED UFSC, 2011. 89p.
12. 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.
13. Fernandes GCMB, Boehs AE. Family routines changes in the unexpected transition due to natural disasters. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 22];17(1):160-7. doi: 10.1590/S1414-81452013000100022
14. Bandeira AG, Marin SM, Witt RR. Vulnerabilidade a desastres naturais: implicações para a enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(4):776-81. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v13i4.22135

15. Prosdociami MR, Witt RR. Primary health care nurses' competencies in rural disasters caused by floods. *Rural Remote Health*. 2018;18:4450. doi: 10.22605/RRH4450
16. Freitas CM, Ximenes EF. Enchentes e saúde pública: uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(6):1601-16. doi: 10.1590/S1413-81232012000600023
17. Oliveira WA, Pompeu ELT. O papel da atenção básica nos desastres de origem natural no Brasil. *Rev Saúde Faciplac* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 22];2(1). Available from: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/RSF/article/view/103>
18. Wagner C, Soares MP, Skrebsky B, Unfer B, Ferreira TG. O processo de trabalho dos serviços de saúde frente a desastre de incêndio em casa noturna. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1224-32. doi: 10.1590/0103-1104201711519
19. Avila MR, Mattedi MA. Desastre e território: a produção da vulnerabilidade a desastres na cidade de Blumenau/SC. *Rev Bras Gestão Urbana*. 2017;9(2):187-202. doi: 10.1590/2175-3369.009.002.ao03
20. Hummell BML, Cutter SL, Emrich CT. Social Vulnerability to Natural Hazards in Brazil. *Int J Disaster Risk Sci*. 2016;7:111-122. doi: 10.1007/s13753-016-0090-9
21. Mello CM, Witt RR, Dorneles EL, Marin SM. A enfermagem no atendimento em desastres e em eventos com múltiplas vítimas. *Vittalle* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 22];25(1):37-44. Available from: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6018>
22. Londe LR, Moura LG, Coutinho MP, Marchezini V, Soriano E. Vulnerability, health and disasters in São Paulo coast (Brazil): challenges for a sustainable development. *Ambiente Soc*. 2018;21:e01022. doi: 10.1590/1809-4422asoc0102r2vu1811ao
23. Freitas CM, Silva DRX, Sena ARM, Silva EL, Sales LBF, Carvalho ML et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(9):3645-56. doi: 10.1590/1413-81232014199.00732014
24. Londe LR. et al. Impactos de desastres socioambientais em saúde pública: estudos dos casos dos Estados de Santa Catarina em 2008 e Pernambuco em 2010. *Rev Bras Estud Pop*. 2015;32(3):537-62. doi: 10.1590/S0102-3098201500000031
25. Xavier DR, Barcellos C, Freitas CM. Eventos climáticos extremos e consequências sobre a saúde: o desastre de 2008 em Santa Catarina segundo diferentes fontes de informação. *Ambiente Soc*. 2014;17(4):273-94. doi: 10.1590/1809-4422asoc1119v1742014
26. Vargas MAR. Moradia e pertencimento: a defesa do Lugar de viver e morar por grupos sociais em processo de vulnerabilização. *Cad Metrop*. 2016;18(36):535-57. doi: 10.1590/2236-9996.2016-3611
27. Costa FG, Flauzino RF, Navarro MBMA, Cardoso TAO. Abrigos temporários em desastres: a experiência de São José do Rio Preto, Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41:327-37. doi: 10.1590/0103-11042017s227
28. Weintraub ACAM, Noal DS, Vicente LN, Knobloch F. Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015;19(53):287-97. doi: 10.1590/1807-57622014.0564