

A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: relato de experiência^a

Adriana ROESE^b
Marta Julia Marques LOPES^c

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que descreve e analisa a visita domiciliar na modalidade de busca ativa como instrumento de coleta de dados para a prática de pesquisa e vigilância em saúde. Tem como base as anotações em diário de campo. Discute as potencialidades da utilização das visitas domiciliares em pesquisas acadêmicas e na prática de vigilância em saúde. Conclui-se que a visita domiciliar é um instrumento eficiente de coleta de dados e de vigilância em saúde, e representa um meio de execução de técnicas ágeis e fidedignas de pesquisa, ainda pouco divulgado.

Descritores: enfermagem em saúde pública; prática de saúde pública; vigilância da população.

RESUMEN

Es un relato de experiencia que describe y analiza la visita domiciliario en la modalidad de busca activa como un instrumento de colecta de datos para la práctica de investigación y vigilancia en la salud. Es basado en las anotaciones de un diario del campo. Discute las potencialidades de el uso de la visita domiciliario en las investigaciones académicas y en la práctica de vigilancia de salud. Nosotros concluimos que la visita domiciliario es un instrumento eficaz de colecta de datos y de vigilancia en la salud; representa una manera de ejecutar técnicas ágiles y fidedignas de investigación, todavía poco publicadas.

Descriptorios: enfermería en salud pública; práctica de salud pública; vigilancia de la población.

Título: *El visita domiciliario como un instrumento de colecta de datos de pesquisa y vigilancia en la salud: relato de experiencia.*

ABSTRACT

This is an experience report that describes and analyzes home visiting, while a modality of activate search, to work as an instrument to collect data for the practice of health research and surveillance. It is mainly based on fieldnotes. It discusses the potentialities of the home visiting applicability in academic researches and in the practice of health surveillance. We conclude that home visiting is an efficient instrument to collect data and to do health surveillance, and it represents a way of executing agile and trustworthy techniques of research, which is still not well explored.

Descriptors: public health nursing; public health practice; population surveillance.

Title: *Home visiting as an instrument of data collecting and health surveillance: experience report.*

^a Baseado no trabalho: A mortalidade por homicídios em adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000.

^b Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Iniciação Científica no período do desenvolvimento deste estudo.

^c Doutora em Sociologia pela Université de Paris VII. Professora Titular do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1 INTRODUÇÃO

É um relato das experiências vivenciadas durante a participação na coleta de dados do Projeto: A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000 de Lopes, Sant'Anna e Aerts que se desenvolveu sob a forma de visita domiciliar às famílias de jovens assassinados, no município de Porto Alegre⁽¹⁾.

Para introduzir este relato, tecem-se algumas considerações sobre a prática da visita domiciliar e, na seqüência, discute-se o potencial instrumental da visita na coleta de dados em pesquisa e na vigilância em saúde. Nesse sentido os objetivos são: descrever e analisar a visita domiciliar do tipo busca ativa como instrumento de coleta de dados para a prática de pesquisa e vigilância em saúde; sistematizar as vivências práticas das visitas domiciliares para a busca ativa, visando identificar e discutir os benefícios e limitações dessa modalidade como instrumento de coleta de dados e vigilância em saúde.

1.1 A visita domiciliar como forma de atenção em saúde coletiva

Para Ceccim e Machado a visita domiciliar é uma "forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade, é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde"^(2:1). Já Mattos⁽³⁾ diz que a visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo. A autora ainda refere que esta é uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família.

Acredita-se que estes são conceitos adequados para caracterizar a visita domiciliar, complementando-se entre si. Pensa-se que essa prática é relevante quando se fala, especialmente, em prevenção da doença/riscos e

promoção de saúde. A visita domiciliar é um instrumento que permite ao profissional da saúde interagir com o meio em que o indivíduo vive, observar e conhecer sua realidade. Neste sentido, concorda-se com Tyllmann e Perez quando relatam que a visita domiciliar "é vital para a educação em saúde"^(4:2), pois fornece as bases para o planejamento individualizado dos processos educativos a cada indivíduo ou grupo familiar.

Assim, Padilha, Carvalho, Silva e Pinto⁽⁵⁾, afirmam que o principal objetivo da visita domiciliar é conhecer o indivíduo inserido em seu meio familiar, o que oportuniza um contato do profissional com os demais integrantes do núcleo familiar, permitindo que se observe o contexto familiar e a disponibilidade de recursos na comunidade.

Ceccim e Machado⁽²⁾ complementam essa idéia no sentido em que situam a visita domiciliar como promotora da ampliação do nível de informações e conhecimentos (autocuidado, recursos sociais, ações políticas) afirmando que a mesma pode complementar as ações de vigilância em saúde.

Esse referencial conceitual remete aos tipos de visitas domiciliares adotados nos serviços, principalmente, de saúde comunitária e/ou saúde pública. Conforme Oliveira e Berger⁽⁶⁾ existem quatro diferentes classificações, são elas: a visita chamada, que é um atendimento realizado na casa do indivíduo ou família, por este ou esta possuir algum tipo de limitação^d; as visitas periódicas, que são feitas para indivíduos ou famílias que necessitam de acompanhamento periódico; as internações domiciliares, que são indivíduos ou famílias que escolheram realizar o tratamento em casa, geralmente são necessárias para pacientes terminais; e, a busca ativa, que é a busca de indivíduos ou famílias faltosas (tratamentos, vacinas, gestantes). A vigilância em saúde também é considerada uma busca ativa.

^d Os autores limitaram-se a referir indivíduos, acrescentamos a família também como alvo assistencial.

É necessário, no entanto, ao se adotar as visitas domiciliares como forma de atenção em saúde coletiva e/ou comunitária, ter-se claro as vantagens e desvantagens que estão envolvidas nessa prática.

Mattos⁽³⁾ cita alguns benefícios da visita domiciliar, tais como o profissional levar o conhecimento para o meio familiar, tendo a possibilidade de fazer um melhor planejamento da ação a ser executada naquela família; proporcionar um melhor relacionamento da família com o profissional, pois é uma prática sigilosa e informal e possibilita uma maior liberdade para a exposição dos problemas dos indivíduos.

Quanto às limitações da prática da visita domiciliar, Mattos⁽³⁾ e Mazza⁽⁷⁾ afirmam que trata-se de um método bastante dispendioso, visto que se deve dispor de recursos humanos especializados e o custo de locomoção também é alto. Outros aspectos relevantes que podem impedir ou prejudicar a realização da visita domiciliar são a chegada do visitador na hora dos afazeres domésticos das donas de casa e/ou o fato de que alguns indivíduos não se encontram em casa no horário da visita no período em que se desenvolvem essas atividades na comunidade. Por fim, outra dificuldade observada pelas autoras é que requerem tempo com locomoção e com a própria execução da visita.

1.2 A visita domiciliar na forma de busca ativa como instrumento de pesquisa e vigilância em saúde

O projeto de pesquisa que originou este relato estudou a vulnerabilidade dos adolescentes de Porto Alegre a mortes violentas, nos anos de 1998 a 2000, identificando suas trajetórias pessoais e familiares. Portanto, a partir do referencial conceitual adotado neste texto, as visitas domiciliares do estudo em questão são classificadas como busca ativa, pois um de seus objetivos é o de fornecer subsídios para a reali-

zação da vigilância em saúde, baseada nos dados coletados junto às famílias.

Segundo Oliveira e Berger⁽⁶⁾ a busca ativa visa a prestação de um atendimento mais qualificado. Para que isso ocorra, é necessário que a unidade prestadora de serviços tenha um bom sistema de registros, o que possibilita a realização da vigilância à saúde. A vigilância dá subsídios para se identificar riscos e intensificar o vínculo com a unidade de saúde.

Seguindo a perspectiva de Paim⁽⁸⁾, o propósito da vigilância epidemiológica e sanitária é controlar os riscos, estes podem ser reais ou potenciais. Segundo esse autor, o risco na visão epidemiológica, remete à idéia de chance e probabilidade de ocorrência de determinada situação de saúde. Partindo-se desse pressuposto, este autor refere que pode-se verificar fatores, condições, situações e áreas de risco e, desta forma, desenvolvem-se ações de saúde no enfoque de risco. O mesmo autor acredita que há a possibilidade de se formular políticas públicas e intervenção social organizada referindo-se à situação de saúde. Vai além, quando afirma que isso e um novo projeto cultural de comunicação social e de educação em saúde, podem possibilitar a elevação da consciência sanitária da cidadania em prol das lutas pela reforma sanitária.

Nesse sentido, acredita-se que o profissional enfermeiro possui grande potencial no processo educativo em saúde, tendo muita responsabilidade na busca de dados fidedignos que identifiquem riscos reais e que possam embasar o planejamento de ações para intervir nos problemas de saúde.

Dilly e Jesus⁽⁹⁾ acreditam que o enfermeiro é o profissional com maior capacidade e requisitos para desenvolver atividades de educação sanitária, para saúde individual e coletiva, almejando reais mudanças quanto aos problemas de saúde. Segundo as autoras, a educação em saúde é dinâmica, sendo que os indivíduos podem aceitá-la ou não,

mas o objetivo é que as pessoas busquem saúde e que desenvolvam uma consciência crítica para a resolução dos problemas.

As considerações reflexivas expostas acima, com base na revisão bibliográfica, atestam a relevância social da vigilância em saúde, particularmente aquela desenvolvida através de pesquisas sobre os enfoques de risco, mas também apontam o potencial do enfermeiro para o trabalho de educação em saúde. Essas evidências motivaram e forneceram subsídios para a construção deste relato que passa-se, a seguir, a apresentar.

Buscou-se relatar experiências a partir das visitas domiciliares do tipo busca ativa como instrumento de coleta de dados para a prática de pesquisa e vigilância em saúde. Também, sistematizou-se as vivências práticas das visitas domiciliares para busca ativa, visando identificar e discutir os benefícios e limitações dessa modalidade como instrumento de coleta de dados e de vigilância em saúde.

2 METODOLOGIA

Este relato descreve e analisa as experiências vivenciadas em 100 visitas domiciliares desenvolvidas no projeto: A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000. Teve como base as anotações do diário de campo. Dessa forma, as experiências foram categorizadas pelas temáticas, pelos aspectos relevantes e pelas dificuldades encontradas na coleta de dados⁽¹⁾.

As visitas domiciliares ocorreram no período de julho a outubro de 2001. Os sujeitos das visitas foram os familiares dos 190 adolescentes que morreram por homicídio nos anos entre 1998 e 2000, com idades de 10 a 19 anos, na cidade de Porto Alegre. As visitas domiciliares foram realizadas nas casas das famílias desses jovens, a partir do endereço constante na Declaração de Óbito dos mesmos.

As vivências junto às famílias foram categorizadas conforme as temáticas, baseando-se no referencial da análise de conteúdo. Conforme Bardin, “as categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos”^(10:117). Complementando o caminho metodológico deste relato, utilizou-se a análise temática a partir dos estudos de Minayo. A autora afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”^(11:209).

As considerações bioéticas para o desenvolvimento das visitas recaem no trabalho de origem intitulado: A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000⁽¹⁾. Foi obtida aprovação junto à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre para o acesso aos dados de mortalidade e identificação das famílias, respeitando as normas de pesquisa em saúde referidas pela resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾. As famílias dos adolescentes foram esclarecidas oralmente sobre os objetivos da mesma, bem como assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante a ciência do conteúdo do documento. Na análise do diário de campo, fonte deste relato, foi preservado o anonimato dos sujeitos, seus endereços e outros dados que pudessem identificá-los.

O estudo intitulado: A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000 nasceu de uma pesquisa anterior de duas das autoras, Lopes e Sant’Anna, desenvolvida em 1997. A problemática foi estruturada com base na comparação dos dados de homicídios em um determinado período de tempo⁽¹⁾.

Sant’Anna⁽¹³⁾ em sua dissertação de mestrado, no capítulo de análise dos dados, refere a importância do trabalho de coleta de dados feita pelos entrevistadores. Muitos

dos problemas enfrentados nas visitas domiciliares no desenvolvimento do primeiro estudo de 1997, repetiram-se e constataram-se inúmeras evidências interessantes e semelhantes nos dois momentos.

No estudo de 1997 as autoras relatam que a equipe de pesquisadores de campo realizou as visitas domiciliares de segunda a sexta-feira, no período da manhã e à tarde e, evitavam transitar nas vilas depois das 16 horas, pois iniciava-se a organização do tráfico de drogas. Por esse motivo, aos sábados utilizavam apenas o turno da manhã.

Utilizou-se esta informação nas poucas vezes em que se ultrapassou às 16 horas. Constatou-se formas diversas, inclusive de constrangimento físico e psicológico, imposto pelo tráfico nas vilas.

No contato inicial com a comunidade os entrevistadores se identificavam e apresentavam o trabalho, bem como seus objetivos. Sant'Anna⁽¹³⁾ refere o uso de crachá com o nome do visitador e do pesquisador responsável. Assim, utilizou-se o crachá fornecido pela universidade e o jaleco branco, como forma de identificação e proteção.

A aproximação com o campo permitiu a visualização das limitações na realização de visitas domiciliares como instrumento de coleta de dados em pesquisa e vigilância em saúde. Por outro lado, constatou-se a sua importância, corroborada por Ceccim e Machado⁽²⁾ quando relatam que a visita domiciliar é um bom instrumento para a pesquisa qualitativa.

Nesse sentido, Mazza⁽⁷⁾ corrobora e vai além quando afirma que um dos principais objetivos da visita domiciliar é a coleta de informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, baseada em entrevistas e na observação do visitador.

Assim, a experiência somada ao embasamento teórico, permitiu identificar muitas famílias em situação de risco, principalmente àquelas que habitam bairros e vilas que atestam as desigualdades sociais e a segregação urbana. Essa situação caracteriza os

indicadores epidemiológicos de risco que se concentram em bairros menos favorecidos do município.

Parmar⁽¹⁴⁾ ao referir-se aos problemas de saúde no Brasil vincula-os aos de ordem socioeconômicos e às estruturas de poder existentes. Segundo o autor, a assistência primária deve tentar desenvolver a capacidade da comunidade resolver seus próprios problemas.

Corroborando com essas afirmações, Ceccim e Machado⁽²⁾ salientam que os problemas socioeconômicos são prioritários para o atendimento domiciliar. Referem que os critérios epidemiológicos e populacionais decrevem a vida da população de determinada localidade e assim pode-se estimar condições de risco e as formas de sujeição ao risco.

Essa reflexão dos autores remete à vigilância à saúde que, segundo Souza e Kalichman⁽¹⁵⁾ obriga a pensar na problemática da equidade na qualidade de vida e seu real conteúdo. Essa problemática leva a uma complexa discussão relacionada à promoção da saúde em populações segregadas econômica e socialmente com características das famílias deste estudo.

Nesse contexto, também surge a vigilância epidemiológica que é discutida por Gaze e Perez⁽¹⁶⁾ quando referem que seu principal objetivo é coletar dados para o desencadeamento de ações de prevenção e controle. Segundo estes autores, a organização das atividades de vigilância epidemiológica garante o cumprimento de suas principais funções: coleta, processamento, análise e interpretação dos dados; recomendação, promoção e avaliação da efetividade e eficácia das medidas utilizadas como controle e divulgação dos resultados encontrados.

3 AS VISITAS DOMICILIARES NA COLETA DE DADOS: nossa experiência

A partir da utilização dos critérios do capítulo acima, elaborou-se categorias para a sistematização da experiência de utilização

das visitas domiciliares como forma de coleta de dados, são elas: organização da coleta de dados e das visitas domiciliares; localização das famílias; as reações dos familiares e da comunidade; desigualdades sociais e culturais locais. Passa-se a descrevê-las.

3.1 Organização da coleta de dados e das visitas domiciliares

A coleta de dados no trabalho referente aos anos de 1998 a 2000 foi precedida de algumas reuniões entre os pesquisadores e os visitantes, onde foram abordadas experiências em visitas domiciliares e problemas que poderiam ocorrer durante o desenvolvimento das mesmas. Também foram realizadas reuniões durante o processo de coleta de dados, onde analisava-se o andamento do trabalho e a necessidade de acompanhamento para os entrevistadores.

Esta preocupação evidencia-se no estudo de Sant'Anna⁽¹³⁾, onde o grupo de entrevistadores vivenciou situações de ansiedade e de desgaste perante a realidade encontrada. Isso ocasionou muito sofrimento e revolta entre os mesmos e foi o principal motivo de realização de consecutivas reuniões.

Acredita-se na importância da realização de reuniões entre o grupo durante a realização de visitas domiciliares, pois as vivências são discutidas e trabalhadas, além da coleta de dados obedecer a critérios de base para todos os entrevistadores.

A organização dos instrumentos para a abordagem das famílias é outro fator de grande relevância em estudos que utilizam visitas domiciliares como forma de coleta de dados. Sua importância reflete-se na qualidade dessa abordagem na residência da família. A organização dos trajetos a serem percorridos para racionalizar e diminuir riscos evitáveis é outro aspecto a considerar.

No estudo de base a organização do instrumento deu-se através de encontros após

as visitas domiciliares às famílias. Esses encontros ocorriam em locais públicos, como o Mercado Público de Porto Alegre, pela sua posição em relação ao acesso ao transporte coletivo ou na casa de uma das entrevistadoras. Esse recurso foi importante para a articulação das visitas do dia seguinte.

A experiência vivenciada é salientada por Ceccim e Machado⁽²⁾ quando referem que uma das principais etapas para o contato domiciliar em saúde coletiva é o planejamento específico, onde deve-se definir as atividades prioritárias e organizar o material a ser utilizado na visita. Mattos⁽³⁾ também acrescenta a necessidade de refletir-se sobre o tempo disponível para a realização da visita, o horário que não atrapalhe a atividade das famílias e o itinerário que facilite a locomoção até o local da execução da visita.

Essa forma de organização possibilitou a redução do desperdício de tempo em buscas sem sucesso. Isso diminuiu os riscos dentro das vilas, já que o conhecimento prévio dos locais permitiu o deslocamento mais rápido e a freqüente solicitação de informações a pessoas da comunidade.

A realização das visitas domiciliares ocorreu em diversos bairros da cidade de Porto Alegre, sendo que em alguns deles a irregularidade na urbanização dificultou a localização dos endereços. Nesses casos algumas unidades e serviços de saúde foram fontes de informação para agilizar o trabalho e evitar riscos desnecessários.

Em alguns serviços a receptividade foi limitada e desestimulante e foi salientado o risco a que se estava exposto.

Já em alguns dos serviços recorridos, obteve-se auxílio e acompanhamento de agentes de saúde para localização das residências. Segundo eles, eram locais perigosos onde não seria conveniente chegar desacompanhadas. Para a visita, nas residências de menor risco, indicaram caminhos e forneceram informações que auxiliaram na entrevista. Para esses serviços, experiências como

esta são relevantes, pois fornecem subsídios para as ações de saúde e prevenção.

A recepção pouco cordial em alguns serviços remete à reflexão sobre as condições assistenciais prestadas aos indivíduos que dependem do Sistema Único de Saúde. Vasconcelos⁽¹⁷⁾ alerta para a necessidade de atentar-se para o trabalho dos profissionais da área da saúde. O autor salienta que estas pessoas são trabalhadores assalariados submetidos às normas e limitações impostas pelas instituições a que estão trabalhando e submetidos à dominação do poder econômico. Essa reflexão aponta para a contextualização dos cotidianos dessas pessoas que são profissionais de saúde. O mesmo autor refere que muitos profissionais ficam angustiados com tanto sofrimento, trabalhando muito e obstinados por melhorar a realidade e frustram-se ao ver que seu esforço não irá mudá-la.

Desta forma, Vasconcelos⁽¹⁷⁾ refere que os profissionais têm de conhecer suas limitações e ver que existem outras pessoas ajudando no processo de busca de saúde para a comunidade, assim conseguirá ser feliz e trabalhar com mais energia. Esta forma de interpretação da realidade faz aflorar a discussão sobre o atendimento nos serviços básicos de saúde e o comportamento dos profissionais que exercem sua atividade nesses locais.

A receptividade dos serviços depende de como é o relacionamento entre as equipes e as pessoas entre si e também da forma com que trabalham e como vêem os problemas sociais e a realidade dos que vivem no local onde atuam. Não esquecendo ainda dos diferentes tipos de pressão imposta a estes profissionais.

Considerando esses aspectos, as visitas domiciliares foram realizadas em duplas, devido ao risco que a temática impõe e a maioria do grupo tinha experiência anterior em visitas domiciliares.

Uma das maiores limitações impostas no dia-a-dia foi a locomoção. O estudo de base

desenvolveu-se em todo o município de Porto Alegre e o meio de locomoção foi o transporte coletivo. É um meio bastante dispendioso, pois é financeiramente oneroso e demanda muito tempo, tanto de espera para ir e vir, quanto para o trajeto em si.

Neste sentido, Padilha, Carvalho, Silva e Pinto⁽⁵⁾, Mazza⁽⁷⁾ e Mattos⁽³⁾ corroboram com a constatação de que a visita domiciliar é uma forma bastante onerosa, tanto em relação aos custos, quanto ao tempo. Segundo eles essa estratégia exige transporte até a casa a ser visitada e há um grande gasto de tempo na execução da visita.

Ainda relacionado ao transporte, enfrentou-se a dificuldade quanto à incorreção de informações. Este problema foi contornado, pois contava-se com uma lista que continha os trajetos dos ônibus utilizados. Outra dificuldade imposta pelo transporte coletivo é a falta de opções para ir de um local a outro, interligação entre alguns bairros da cidade.

Nesse sentido, constatou-se que a locomoção é um importante obstáculo enfrentado por pesquisadores. O financiamento neste caso foi decisivo, do contrário a realização das visitas domiciliares seria praticamente inviável.

3.2 Localização das famílias

A dificuldade de encontrar os endereços dos familiares dos adolescentes mortos foi um dos maiores problemas enfrentados para a realização da visita domiciliar.

Essa dificuldade foi levantada e discutida durante as reuniões preparatórias. Por esse motivo, realizou-se a classificação das Declarações de Óbito (DOs) por bairros da cidade, anexando a estas, a cópia do mapa das ruas para facilitar a localização das famílias.

O contato com os cartórios de Porto Alegre forneceu os nomes dos declarantes e seus endereços e, em alguns casos, até o complemento dos endereços. Mesmo com toda essa organização surgiram muitas dificuldades em campo.

As maiores limitações encontradas decorrem dos registros das informações no preenchimento das Declarações de Óbito. Identificou-se que o mesmo bairro pode apresentar duas ou três ruas com o mesmo nome, em vilas diferentes. Locais em que diferentes casas possuem a mesma numeração são comuns, também a mesma casa com números diferentes, por exemplo, o da Companhia de Energia Elétrica do Estado e do Departamento Municipal de Água e Esgoto são frequentes, sendo em ordem completamente diferente. Outra evidência é a inexistência do número procurado na rua e, alguns números situaram-se em becos da própria rua. Estas características se concentravam em alguns bairros de Porto Alegre como Sarandi, Bom Jesus, Vila Jardim e Partenon, mas ocorriam situações semelhantes em todo o município.

Lugares de difícil acesso foram frequentes, muitas ruas pareciam labirintos onde era preciso se embrenhar e a única saída era a entrada. Essa situação deixava os visitantes bastante vulneráveis, durante a realização da visita domiciliar. Em alguns locais não seria possível escapar, caso houvesse necessidade.

Para evitar visitas frequentes em um mesmo endereço, organizaram-se roteiros para realizá-las de forma a não retornar à mesma rua. Algumas vezes esse artifício não era suficiente por problemas em encontrar as residências, era preciso ir e voltar, identificando os números de todas as casas da rua. Para agilizar a coleta de dados contou-se com informantes locais e de unidades de saúde. Alguns entrevistados ou informantes auxiliaram no sentido de identificar dificuldades, principalmente àquelas relacionadas ao tráfico de drogas.

O auxílio dos agentes de saúde de alguns Programas de Saúde da Família (PSFs) foi decisivo na localização de algumas famílias. Oliveira e Berger⁽⁶⁾, citam o fato de que os agentes de saúde por trabalhar fora da unidade, são os responsáveis pelo vínculo dos serviços de saúde com a comunidade. Assim, a

localização desses agentes permitiu o acesso a alguns endereços, pois conhecem a população da região adscrita à unidade de saúde. Os registros das unidades permitiram, desta forma, uma melhor mobilidade espacial já que as informações e referências, em muitos casos, não constavam nos mapas disponíveis.

As situações encontradas foram diversas, e, muitas vezes, surpreendentes, como por exemplo, dispor do número da casa, na rua correta e as pessoas negarem a identificação da família. Alguns endereços eram em locais abandonados, sem número mas habitados. Em alguns casos, dispunha-se apenas do nome da rua e a pessoa era desconhecida, no entanto, conseguiu-se informações precisas na unidade de saúde.

Uma dificuldade comum foi a de localizar algumas pessoas na residência, situação apresentada por Padilha, Carvalho, Silva e Pinto⁽⁵⁾ quando referem a impossibilidade de se marcar a visita com antecedência. Os autores citam ainda a possibilidade do endereço não existir ou da pessoa não residir mais naquele local, ou ainda, a negativa em conceder a entrevista.

As Delegacias de Polícia, também configuram-se em aliados na localização das famílias. A receptividade foi boa e obteve-se acesso a alguns endereços através dos registros locais.

Os problemas frequentes no preenchimento das Declarações de Óbito são novamente apontados, apresentam-se com dados incorretos e, por vezes, até ilegíveis. Essa falha na informação é um obstáculo à vigilância em saúde. Neste sentido, Gaze e Perez⁽¹⁶⁾ reconhecem que as informações provenientes da Declaração de Óbito não têm a qualidade ideal, no entanto, referem que esse documento possui grande importância em estimativas de indicadores de saúde.

As visitas permitiram a constatação de que localizar endereços, principalmente em vilas de Porto Alegre, é uma tarefa penosa e

revela o descaso no preenchimento dos papéis e registros e no fornecimento das informações.

3.3 As reações dos familiares e da comunidade

Um obstáculo importante para a realização das visitas domiciliares foi a reação de algumas pessoas, tanto familiares como amigos dos jovens assassinados da comunidade. O relato de algumas dessas reações e sentimentos ilustram, não só os obstáculos, como as reações de acolhida.

3.3.1 Os familiares

Os familiares das vítimas de homicídio, em sua maioria, acolheram muito bem e contribuíram com a pesquisa. Muitos encontravam, naquele momento, uma forma de desafo, de poder conversar com pessoas de fora que dispunham-se a ouvir suas histórias e angústias.

Na experiência relatada por Sant'Anna⁽¹³⁾ a receptividade das famílias dos jovens foi semelhante e acolhedora em sua maioria. Agradeciam muito por ter alguém que os ouvisse, inclusive aqueles que se negaram a responder as questões da entrevista. A autora refere que algumas pessoas falavam da dor da perda como motivo para não conceder a entrevista. No entanto, constatou-se, naquele momento, que, em muitos casos de recusa, havia o medo dos agressores que permaneciam ameaçando a família.

Neste trabalho, vivenciou-se muitos momentos de emoção em que os familiares choravam lembrando seus mortos e mostravam fotos dos mesmos. Muitas dessas pessoas evidenciavam carência de afeto, de escuta, de alguém que pudesse entender e respeitar seus sentimentos.

Esta situação é referenciada por Padilha, Carvalho, Silva e Pinto⁽⁵⁾, quando afirmam que a visita domiciliar visa conhecer a pessoa em

seu ambiente familiar. As autoras referem a importância de o visitador ser hábil, ter bom relacionamento, mostrar seu interesse e vontade de ajudar a família. Dizem elas que, para se conhecer a família, é preciso ouvir e buscar o significado do choro, do silêncio, da dor de seus membros. Mazza⁽⁷⁾ acrescenta que o visitador deve manter a neutralidade para que não haja prejuízo em sua interação com a família, além de ser cordial, criativo e gostar do que está se propondo a realizar.

É preciso salientar que se identificou também desconfiança em algumas pessoas que manifestavam medo e isso refletia-se em apreensão de nossa parte. Algumas famílias visitadas confundiam os visitantes com policiais. A maioria se tranquilizava após a apresentação pessoal e do motivo da visita. Em uma residência foi necessário apresentar vários documentos de identificação e telefones de autoras do projeto base. A insegurança persistiu e houve manifestação sobre a possibilidade dos documentos terem sido forjados. Segundo Mattos⁽³⁾ não é conveniente fornecer dados pessoais, mas neste caso foi inevitável.

Em estudos como o de Ceccim e Machado⁽²⁾ encontrou-se respaldo para o enfrentamento dessas situações. Os autores situam três momentos na visita domiciliar: o primeiro é a identificação, explicação do motivo de estar ali; o segundo, é quando se desenvolve o objetivo da visita; e, no encerramento, pode-se fazer um *feedback* dos assuntos conversados, reforçar pontos positivos e promover a auto-estima.

Estas etapas foram úteis para um bom entendimento com a família visitada, sendo relevantes em visitas que tratem de problemas tão complexos e dolorosos como nas situações que envolvem homicídios de jovens.

Um sentimento manifestado pelos pais durante a visita foi o de culpa por terem deixado os filhos caírem no mundo das drogas e, alguns deles, tinham inclusive medo de falar sobre o fato, pois estavam sendo pressionados por traficantes.

Em algumas situações observou-se o rechaço, que com insistência e habilidade contornou-se na maioria das vezes. Nessas situações houve grande desconforto nosso perante a comunidade. O constrangimento por parte dos familiares manifestou-se por crises de choro e frases de rechaço. Assim, os desafios foram enfrentados com o suporte teórico e exercitou-se a capacidade para o trabalho comunitário e houve duas negações apenas. Respeitou-se o direito desses indivíduos de não fornecerem informações.

Muitos familiares relataram que iam levando a vida, que não tinham mais alegrias após o homicídio. Constatou-se que muitas famílias ficaram desestruturadas e muitos familiares doentes em razão da perda. Encontrou-se pessoas apavoradas, com as constantes ameaças dos assassinos, em sua maioria traficantes ou envolvidos com as drogas que, segundo os familiares, representam a principal causa desses homicídios.

Em certas situações encontrou-se familiares que pareciam não se importar com o fim trágico dos adolescentes. Ouviram-se histórias estranhas, onde as peças não se encaixavam e as pessoas pareciam querer esconder algo ou justificar o esperado fim trágico do adolescente.

Em três residências os entrevistados mostraram sinais de estarem alcoolizados ou sob o efeito de alguma droga. Esses casos suscitaram a busca de mais apoio teórico, encontrado em Oliveira e Berger⁽⁶⁾ quando fazem referência a visitas difíceis, onde as pessoas estão alcoolizadas ou sob efeito de alguma outra droga que poderia deixá-las agressivas. Segundo os autores, cabe ao profissional desenvolver sensibilidade para a abordagem necessária nesses casos. No entanto, afirmam que não existe uma receita para isso. Novamente coloca-se à prova a capacidade de desenvolver essa sensibilidade *in loco*. Assim, conseguiu-se maneiras de enfrentamento adequadas às situações, dessa forma as visitas domiciliares proposta foram realiza-

das, mesmo sem negar as dificuldades ao entrevistar algumas pessoas.

As visitas domiciliares evidenciaram também o sentimento de desconfiança nas autoridades e na justiça, da parte dos familiares dos jovens assassinados.

Essas vivências encontram respaldo em autores como Ceccim e Machado⁽²⁾, quando afirmam que cada casa ou família possui uma realidade e que o contato domiciliar se desenvolverá de forma diferente nas diversas visitas. Com a experiência das 100 visitas domiciliares muitas dessas diferenças foram identificadas e abordadas com especificidade.

Essas experiências podem ser ilustradas pela reação de um pai, bastante humilde, que morava no lugar mais precário visitado, quando observado que ele relatou acreditar que esta pesquisa era excelente, pois poderia ajudar seus outros filhos. Essa manifestação ocorreu no último dia das visitas domiciliares e foi recebida como uma vitória pelo nosso esforço, pela insistência, pelo cansaço e por todos os tipos de reações que foram enfrentadas durante o desenrolar das visitas.

3.3.2 A comunidade

As pessoas das comunidades (vilas e ruas) recebiam o grupo com olhares curiosos e indiscretos, acompanhavam os passos. Em alguns lugares seguiam ou mexiam e faziam brincadeiras nada engraçadas.

Algumas pessoas se negavam a dar informações ou referiam outros informantes e assim, iam empurrando de um lado para outro. Essas dificuldades foram enfrentadas, em algumas ocasiões, através do uso dos mapas fidedignos. Um dos problemas diz respeito aos registros cartográficos, que nem sempre têm localizadas algumas vilas da cidade e, exatamente nesses lugares, localizavam-se alguns endereços.

Foi necessário jogo de cintura para se evitar relatar aos curiosos o motivo das visitas. Algumas pessoas solicitaram visitas para

doentes e para o pessoal da unidade verificar a pressão arterial de idosos. Enfim, abordavam com problemas os mais diversos. Nesse contexto, tentou-se chegar nas comunidades como sugere Carricone: “escutando, vendo, sentindo, tateando e servindo”^(18:229) mesmo reconhecendo que esse é um constante desafio.

As maiores ameaças enfrentadas foram de parte dos rapazes da comunidade e constatou-se o envolvimento com drogas em muitas dessas situações. Em uma delas houve a necessidade de obter-se permissão de um traficante para transitar na rua. Em outra, presenciou-se a chegada do carregamento de drogas e foi preciso distância.

Nesses momentos, constatou-se a importância da realização de visitas em grupos de no mínimo duas pessoas.

3.4 Desigualdades sociais e culturas locais

As visitas domiciliares aqui relatadas foram realizadas, em sua maioria, em bairros periféricos ou bolsões de miséria do município de Porto Alegre. Essa experiência mostrou um dado bastante relevante para os profissionais que trabalham com comunidades carentes, as desigualdades sociais como fator de vulnerabilidade às mortes violentas.

Segundo Sant’Anna⁽¹³⁾, a maioria dos adolescentes (acima de 90%) que morreram por homicídio, no ano de 1997, em Porto Alegre, pertenciam a um estrato social com menor poder aquisitivo, com pais modestos e trabalhadores. Segundo ela, o meio em que viviam interferia na maneira com que os adolescentes agiam e reagiam à realidade.

Observou-se nas visitas que as pessoas falavam em drogas, mortes, armas, assaltos, FEBEM, polícia e prisão com muita naturalidade. Isso tudo parece estar banalizado em suas vidas, faz parte do cotidiano. Essa banalização pode ser atestada através de relatos em que matar evidenciava-se como gesto de coragem e levar tiros no lugar de outro seria prova de valentia.

Identificaram-se muitas famílias desestruturadas, a maioria com o núcleo familiar diversificado. Uma dessas situações mostra uma mãe com sete filhos, com idades diversas e cada um era filho de um pai diferente, com os quais ela não conseguia manter um relacionamento duradouro. Diz que gostava de quando o filho, falecido, trazia o produto de roubos para casa, era uma maneira de sustentar sua família.

Essa diversidade de núcleo familiar encontrada entre as famílias entrevistadas encontra ressonância em Goldani⁽¹⁹⁾ que fala do indicativo de surgimento de uma nova família brasileira, onde aparecem modelos alternativos de relações entre os sexos e intrafamiliares. Segundo a autora, houve um grande crescimento da participação de famílias monoparentais (mãe ou pai com filhos), principalmente nas de baixa renda.

No desenrolar das visitas encontrou-se muito envolvimento com drogas, observaram-se adolescentes cheirando e fumando pelas esquinas das vilas e sentados sem nenhuma ocupação durante todo o dia, sugerindo que estão longe da escola e não trabalham.

Já o envolvimento dos adolescentes assassinados com drogas iniciava-se com a troca da droga pelo trabalho de aviãozinho (vendedor), informam as famílias. Nessa relação, o traficante é considerado um tio ou irmão mais velho. Na maioria das vezes, a família não percebia o que estava acontecendo e, quando se dava conta, era tarde demais ou não conseguiam lutar contra o problema. Essa situação acabou com muitas famílias, conforme salientam.

Em uma família constatou-se a presença de sete adolescentes sentados na calçada da frente rindo e conversando, a mãe havia abandonado a casa e não tinham pai. O rapaz que morreu, roubava e dessa forma sustentava os irmãos. Ele e o irmão mais velho tinham uma espécie de competição para ver quem tinha maior índice de detenções.

Algumas famílias conviviam, na mesma comunidade, com os assassinos dos filhos adolescentes. Em uma das visitas, uma mãe revoltada apontava os maconheiros, como ela dizia e falava deles em tom elevado, com o objetivo de chamar sua atenção.

Utilizando Oliveira e Berger⁽⁶⁾ quando afirmam que a visita domiciliar é uma forma de conhecer a realidade da comunidade, de compreender a vida das pessoas e dos grupos sociais onde estão inseridas, entendendo sua cultura e os fatores relacionados a saúde e a doença existentes nesse contexto, traçou-se um paralelo com o vivenciado em cada visita e em relação a comunidade como um todo. Assim, conclui-se que as visitas domiciliares são uma forma muito rica de buscar subsídios para compreender os processos de vida e morte dos sujeitos. Dessa forma a inserção na comunidade oportuniza às pessoas exporem seus problemas e possibilita aos pesquisadores a chance de compreendê-las.

No que concerne às culturas locais, observou-se a linguagem e a religiosidade como características fortes das famílias nessas comunidades.

Nos locais visitados, muitas pessoas, jovens ou velhos, utilizam-se excessivamente de gírias. Essa linguagem particular, remete a Carriconde⁽¹⁸⁾ quando relata a necessidade de chegarmos na comunidade falando das coisas do povo e na linguagem desse povo. Outros autores seguem a mesma linha, como Mattos⁽³⁾ quando acredita que deva-se utilizar uma linguagem clara, de acordo com o nível de compreensão da família e permitindo que a mesma fale sobre seus problemas.

Neste mesmo sentido, Tyllmann e Perez⁽⁴⁾ relatam que a comunicação não é só a fala, mas também os gestos, as expressões faciais, as impressões causadas no outro em relação a sua imagem. Estas autoras acreditam que a comunicação pode transmitir muitos dados referentes às pessoas visitadas, como atitudes, crenças, hábitos, nível de informação, conhecimento de seus problemas, compreensão de sua realidade.

Considerando esses aspectos relevantes, acredita-se que entender a linguagem das pessoas com quem estamos trabalhando é fundamental para o entendimento e a criação de vínculo com as comunidades com as quais se trabalha. A comunicação é o canal de entrada para o início do processo de interação e compreensão da realidade da família visitada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: os limites e as possibilidades da visita domiciliar na busca ativa

A realização das visitas domiciliares no estudo intitulado: A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000⁽¹⁾ despertou muitos sentimentos entre o grupo. Esse relato de vivências propôs-se a explicitar e refletir sobre essa forma de abordagem do campo empírico de pesquisa.

A tensão e o medo estiveram presentes nessa trajetória, porém, em duplas, superaram-se os obstáculos. Mesmo nos momentos mais difíceis o aprendizado levou ao autocontrole e a descarga negativa ficou para depois, no ônibus ou em lugares mais seguros.

Em muitas situações observou-se que algumas famílias eram parecidas com as nossas. Esse sentimento fortaleceu o grupo para enfrentar outras tantas visitas.

A emoção esteve presente em muitas visitas, pois cada óbito gera um grande sofrimento nas pessoas e, explorar esta experiência, é algo que deve ser bem trabalhado, tanto com as famílias quanto com os visitantes.

Acredita-se que, a partir desse contato com as famílias, aprende-se a lidar melhor com situações extremas como a morte e compreender as pessoas que sofreram perdas em situação de violência.

Foi gratificante poder ajudar pessoas, às vezes, com uma palavra de conforto, com um ouvido ou um ombro amigo. Constatou-

se que não é preciso dominar a técnica perfeita ou decorar o que falar na hora certa, basta reconhecer que os caminhos precisam ser traçados compreendendo e respeitando cada realidade.

O diário de campo possibilitou a visualização das limitações e das vantagens oportunizadas pela realização da visita domiciliar na busca ativa como instrumento de coleta de dados em pesquisa e vigilância em saúde.

Considera-se que as vantagens e desvantagens apresentadas por diferentes autores durante a discussão são evidentes e atuais. Porém, a experiência durante o trabalho de campo, mostra que existem mais situações a serem relatadas, especialmente no que diz respeito ao tema da violência. Acredita-se que os profissionais que atuam nas unidades de saúde e realizam visitas domiciliares, enfrentam muitas das dificuldades encontradas, bem como evidenciam também outros benefícios das visitas no planejamento de ações em saúde comunitária.

A visita domiciliar é um instrumento eficaz para a vigilância em saúde. A partir da aproximação com o campo, é possível sintetizar considerações sobre a visita como contribuição para diferentes tipos de estudos, não apenas de mortalidade.

Salientam-se entre os benefícios: o conhecimento do contexto social em que vivem as famílias e comunidades; a visualização *in loco* do que os documentos oficiais mostram de forma limitada; a identificação do perfil epidemiológico das comunidades; a avaliação do impacto das ações dos serviços de saúde; a identificação de situações de risco; o fornecimento de dados para o planejamento de políticas públicas direcionadas à promoção da saúde; a possibilidade de fazer vigilância em saúde através da busca de faltosos; a chance de interagir e vivenciar o meio em que os indivíduos vivem; a possibilidade de experimentar o conhecimento de outras realidades; a rica experiência para acadêmicos e para capacitação de recursos humanos em

saúde; a oportunidade de (re)ligar teoria e prática; a possibilidade de ouvir as pessoas e não vê-las como números ou índices; a obtenção de dados fidedignos; o incentivo ao trabalho em saúde coletiva.

Por fim, salienta-se que os benefícios da visita domiciliar como instrumento de coleta de dados e de vigilância em saúde são mais significativos do que suas limitações. Estas acabam se tornando transponíveis com o decorrer do trabalho e com a experiência em visitas.

Portanto, acredita-se que a visita domiciliar é um método eficaz e meio de execução de técnicas ágeis e fidedignas de pesquisa, ainda pouco divulgado. É utilizada em serviços de atenção básica, sendo pouco explorado do ponto de vista da avaliação de serviços e pouco relatado ao público em geral e em publicações de pesquisa.

Neste sentido, este artigo pretende servir de incentivo à realização de mais trabalhos nesta área, de incentivo a pessoas que se deparam diariamente com os diversos aspectos da visita domiciliar e possibilitar maior embasamento teórico sobre visitas domiciliares para profissionais que desenvolvem programas governamentais, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou outros trabalhos em comunidade. Outro aspecto é o de discutir em meio acadêmico a riqueza e a viabilidade da realização de pesquisas de fonte primária.

REFERÊNCIAS

- 1 Lopes MJM, Sant'Anna AR, Aerts DRG. A mortalidade por homicídios em adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000 [projeto]. Porto Alegre (RS): GENST/EENF/UFRGS; 2000. 53 f.
- 2 Ceccim RB, Machado NM. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; [19--?]. 7 p.
- 3 Mattos TM. Visita domiciliária. In: Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995. 200 p. p. 35-9.

- 4 Tyllmann G, Perez SMS. Entrevista e visita domiciliar. Santa Rosa (RS): SSMA; 1998. 6 p.
- 5 Padilha MICS, Carvalho MTC, Silva MO, Pinto VT. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro 1994 maio;2(1):83-90.
- 6 Oliveira FJA, Berger CB. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS) 1996 jul/dez;9(2):69-74.
- 7 Mazza MPMR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo 1994 jul/dez;4(2):60-8.
- 8 Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; c1994. 527 p. p. 455-66.
- 9 Dilly CML, Jesus MCP. Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe; 1995. 190 p.
- 10 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979. 225 p.
- 11 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; c1996. 269 p.
- 12 Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF);1996.
- 13 Sant'anna AR. Vulnerabilidade ao homicídio: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997 [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000. 164 f.
- 14 Parmar SL. Saúde e desenvolvimento auto-suficiente. Associação Brasileira de Tecnologia Alternativa na Promoção da Saúde. Saúde da comunidade: um desafio. São Paulo: Paulinas; 1984. 232 p. p. 61-6.
- 15 Souza MFM, Kalichman AO. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. 527 p. p. 467-76.
- 16 Gaze R, Perez MA. Vigilância epidemiológica. In: Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. 517 p. p. 73-87.
- 17 Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC; 1989. 139 p.
- 18 Carriconde C. O trabalho em medicina comunitária. In: Associação Brasileira de Tecnologia Alternativa na Promoção da Saúde. Saúde da comunidade: um desafio. São Paulo: Paulinas; 1984. 232 p. p. 229-32.
- 19 Goldani AM. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. Cadernos de Pesquisa, São Paulo 1994 nov;(91):7-22.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo apoio financeiro e ao Programa Interno de Iniciação Científica (PROPESQ/UFRGS) pela concessão de bolsa à pesquisa intitulada A mortalidade por homicídios em adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000.

Endereço da autora/Author's address:

Marta Julia Marques Lopes
Rua São Manoel, 963
Porto Alegre, RS
CEP: 90.620-110
E-mail: marta@enf.ufrgs.br

Recebido em: 03/06/2003
Aprovado em: 06/03/2004