

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA

A Visita Domiciliar na Modalidade de Busca Ativa como Instrumento de Coleta de Dados de Pesquisa e Vigilância em Saúde: estudo desenvolvido com as famílias de adolescentes vítimas de homicídio em Porto Alegre de 1998 a 2000

ADRIANA ROESE

Porto Alegre, setembro de 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
ESTÁGIO CURRICULAR– ENF99003

PESQUISA

A Visita Domiciliar na Modalidade de Busca Ativa como Instrumento de Coleta de Dados de Pesquisa e Vigilância em Saúde: estudo desenvolvido com as famílias de adolescentes vítimas de homicídio em Porto Alegre 1998 a 2000

Trabalho de Conclusão da Disciplina
de Estágio Curricular

ADRIANA ROESE

Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre, setembro de 2002.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que conheci durante a realização da pesquisa.

Um agradecimento especial a minha orientadora Profa. Marta Julia e aos meus colegas de projeto, em especial, Michele, Ângela e Cinthia com quem dividi o trabalho em campo.

Aos meus pais, irmão e namorado por todas as “dores de cabeça” durante a coleta de dados e realização do atual trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	4
1.1 A visita domiciliar como forma de atenção em Saúde Coletiva	5
1.2 A visita domiciliar na forma de busca ativa como instrumento de pesquisa e vigilância em saúde	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	10
4 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	12
5 VISITAS DOMICILIARES E A COLETA DE DADOS	13
5.1 O caminho percorrido	13
5.2 Organização da coleta de dados e das visitas domiciliares: o que planejamos e o que vivenciamos	15
5.3 Localização das famílias	18
5.4 As reações dos Familiares e da Comunidade	21
5.5 A vulnerabilidade à violência: desigualdades sociais e culturas locais	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente trabalho foi desenvolvido como requisito da disciplina de Estágio Curricular (ENF99003) para conclusão do curso de graduação em Enfermagem e obtenção do grau de enfermeiro.

Minha fonte de inspiração para a realização do mesmo foram os dados e a experiência que adquiri enquanto Bolsista de Iniciação Científica do Projeto “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000”, de Lopes, Sant’Anna e Aerts (2000). Esta participação se deu em todas as etapas dessa pesquisa, iniciando com a busca das Declarações de Óbito na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; confecção dos materiais necessários para a ida a campo (instrumentos de coleta, termos de consentimento, localização dos endereços urbanos e acesso por transporte coletivo, bem como de postos de saúde); organização dos materiais necessários para o trabalho dos entrevistadores; coleta de dados em visitas domiciliares; auxílio na codificação dos dados; digitação dos dados no software Epi Info 6.0; auxílio na análise dos dados; digitação final do relatório e apresentação do trabalho em vários eventos científicos. Em consequência dessas apresentações fui premiada com destaque no Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2002 e, por este motivo, convidada para reapresentar o trabalho na 9ª Jornada Nacional de Iniciação Científica, na 54ª Reunião Anual da SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), na Universidade Federal de Goiás. O referido trabalho recebeu também Menção Honrosa na Mostra de Iniciação Científica 2002, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS.

Dentre as etapas de pesquisa, considerei a coleta de dados que se desenvolveu sob a forma de visita domiciliar às famílias dos jovens assassinados, como fundamental

e enriquecedora para minha vida profissional. Participei desta fase do estudo, realizando aproximadamente 100 visitas domiciliares, juntamente com outros pesquisadores (um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e uma acadêmica), nos organizávamos em duplas para a ida a campo em função do próprio risco que a temática representa e do acesso às residências.

A partir dessas atividades e da afinidade que desenvolvi com a saúde coletiva, resolvi desenvolver o meu trabalho de conclusão de curso relatando uma das maiores e melhores experiências que tive em campo que foi a realização das visitas domiciliares.

Para introduzir a questão deste estudo, relatamos algumas considerações sobre a prática da visita domiciliar e na seqüência desenvolvemos o potencial instrumental da visita na pesquisa e na vigilância em saúde.

1.1 A visita domiciliar como forma de atenção em Saúde Coletiva

Para Ceccim e Machado (s/d, p.1) a visita domiciliar é uma *“forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”*.

Já Mattos (1995) 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.

Acreditamos que estes são conceitos adequados para caracterizar a visita domiciliar, complementando-se entre si. Pensamos 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, concordamos com Tyllmann e Perez (1998, p. 2) quando relatam que a visita domiciliar *“é vital para a educação em saúde”*, pois fornece as bases para o planejamento individualizado dos processos educativos a cada indivíduo ou grupo familiar.

Nesse sentido, Padilha, Carvalho, Silva et al (1994), 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 (s/d) complementam essa idéia no momento em que situam a visita domiciliar como promotora de uma ampliação do nível de informações e conhecimentos (autocuidado, recursos sociais, ações políticas) e relatam que ela pode complementar as ações de vigilância em saúde.

Esse referencial conceitual nos remete aos tipos de visitas domiciliares adotados nos serviços, principalmente, da saúde comunitária. Conforme Oliveira e Berger (1996) existem quatro diferentes classificações, são elas:

- visita chamada → é um atendimento realizado na casa do indivíduo ou família, por este ou esta possuir algum tipo de limitação¹;
- visitas periódicas → são feitas para indivíduos ou famílias que necessitam de acompanhamento periódico;
- internações domiciliares → são indivíduos ou famílias que escolheram realizar o tratamento em casa, geralmente são necessárias para pacientes terminais;
- busca ativa → é a busca de indivíduos ou famílias faltosas (tratamentos, vacinas, gestantes), a vigilância em saúde também é considerada uma busca ativa.

É necessário, no entanto, quando adotamos as visitas domiciliares como forma de atenção em saúde coletiva e/ou comunitária, termos claro as vantagens e desvantagens que estão envolvidas nessa prática.

Mattos (1995) 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.

¹ Os autores limitaram-se a referir indivíduos, acrescentamos a família também como alvo assistencial.

Quanto às limitações da prática da visita domiciliar, Mattos (1995) e Mazza (1994) 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. Outro aspecto relevante que pode impedir ou prejudicar a realização da visita domiciliar é a chegada do visitador na hora dos afazeres domésticos das donas de casa, também 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, outro impedimento observado 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 do qual participamos buscou estudar a vulnerabilidade dos adolescentes de Porto Alegre a mortes violentas, nos anos de 1998 a 2000, identificando suas trajetórias pessoais e familiares. Portanto, com o referencial conceitual as visitas domiciliares deste estudo são classificadas como busca ativa, pois um de seus objetivos é de fornecer subsídios para a realização da vigilância em saúde, a partir dos dados coletados junto às famílias.

Segundo Oliveira e Berger (1996) 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 (1994) o propósito da vigilância epidemiológica e sanitária é controlar os riscos, estes podem ser reais ou potenciais. Segundo este autor o risco, na visão epidemiológica, remete-nos à idéia de chance e probabilidade de ocorrência de determinada situação de saúde. Partindo-se desse pressuposto, ele refere que pode-se verificar fatores, condições, situações e áreas de risco; e desta forma, desenvolvem-se ações de saúde no “enfoque de risco”.

Paim (1994) também acredita que há a possibilidade de se formular políticas públicas e intervenção social organizada referindo-se a 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.

Para exemplificar a vigilância em saúde, remetemo-nos à Sant'Anna (2000) que mostra um trabalho que vem sendo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. É o Programa de Vigilância à Mortalidade (Prá-Viver), onde os participantes realizam visitas domiciliares em busca de determinantes das mortes de crianças de 28 dias a 5 anos. Este programa possibilita a identificação de situações de risco e fornece dados para o planejamento de políticas públicas direcionadas à prevenção da doença e promoção da saúde.

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

Dilly e Jesus (1995) 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 os autores 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 propostas 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 e também nos apontam o potencial do enfermeiro para o trabalho de educação em saúde. Essas evidências motivaram e forneceram subsídios para a construção dos objetivos do presente estudo que passamos, a seguir, a apresentar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- 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, a partir dos dados primários obtidos na pesquisa “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000”.

2.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar as vivências práticas das visitas domiciliares para busca ativa no projeto “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000”.
- Identificar e discutir os benefícios e limitações da visita domiciliar para busca ativa como instrumento de coleta de dados e de vigilância em saúde.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este trabalho propôs-se a descrever e analisar dados obtidos nas 100 visitas domiciliares desenvolvidas no projeto “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000”. O referencial metodológico é oriundo da epidemiologia descritiva e tem como base as anotações do diário de campo da autora. Dessa forma os dados primários obtidos foram categorizados pelas temáticas, pelos aspectos relevantes e pelas dificuldades encontradas na coleta de dados, discutindo-se as potencialidades da utilização das visitas domiciliares em pesquisas acadêmicas e na busca ativa como forma de vigilância em saúde.

Segundo Lopes (1993), o diário de campo é uma técnica de pesquisa de campo que permite o registro detalhado das informações, observações e reflexões surgidas no decorrer da investigação, sendo possível realizar um detalhamento descritivo e pessoal das situações vivenciadas com os envolvidos neste processo.

A coleta de dados do estudo “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000” foi desenvolvida entre julho e outubro de 2001. Os sujeitos da pesquisa foram os 190 adolescentes que morreram por homicídio nos anos entre 1998 e 2000, com idades de 10 a 19 anos, na cidade de Porto Alegre e suas famílias. As visitas domiciliares foram realizadas nas casas das famílias desses jovens, segundo o endereço constante na Declaração de Óbito dos mesmos.

A participação nas visitas domiciliares ocorreu nos seguintes bairros: Bom Jesus, Vila Jardim, Sarandi, Navegantes, Partenon, Restinga Nova, Restinga Velha, Centro, Lomba do Pinheiro, Belém Novo, Belém Velho, Cristal, Cristo Redentor, Glória, Santa Teresa, Aparício Borges, São José, Nonoai, Vila Nova, Mont’Serrat,

Humaitá, Anchieta e Teresópolis, sendo em sua maioria, locais onde residem pessoas de baixa renda.

A proposta analítica deste estudo foi, portanto, discutir categorias temáticas a partir do diário de campo utilizado na pesquisa. A experiência da autora na realização de visitas domiciliares para coleta de dados constitui a base para o diálogo com a bibliografia.

Para a categorização temática utilizamos o referencial sobre análise de conteúdo. Conforme Bardin *apud* Minayo (1996, p.93), “*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*”.

As idéias de Bardin nos remetem à realidade do presente trabalho, ou seja, categorizar as diversidades experienciadas durante a realização das visitas domiciliares.

Complementando o caminho metodológico, utilizamos a análise temática a partir dos estudos de Minayo (1996, p.209) onde afirma que “*fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado*”.

Segundo a mesma autora, a análise temática acontece em três fases:

- pré-análise: sendo o período em que se organiza o material a ser analisado e criam-se indicadores que possam levar à análise final;
- exploração do material: é o momento em que se codifica o material, primeiro faz-se um recorte do texto, após escolhe-se regras de contagem e, por último, classifica-se e agrega-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase se trabalha os dados brutos, podendo-se então realizar inferências sobre os achados do estudo.

Freitas e Janissek (2000) relatam a importância, em um estudo qualitativo, da criação de categorias pertinentes e claras embasadas nos dados coletados. Segundo esses autores, as fases de identificação e categorização adequada dos conteúdos estudados, permitem um avanço na compreensão dos fenômenos investigados.

Nessa perspectiva, neste estudo, o material extraído da análise temática foi confrontado com a literatura buscada em fontes e áreas diversas.

4 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Trata-se de análise de dados primários coletados em um projeto de pesquisa ainda não divulgado, portanto, as considerações bioéticas para a realização da pesquisa recaem no trabalho de origem intitulado “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000” de Lopes, Sant’Anna e Aerts (2000). As autoras relatam que os princípios éticos foram obedecidos em relação ao acesso e análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde referidas pela resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

O acesso aos dados de mortalidade e a identidade do grupo estudado foi obtido através de solicitação à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. As famílias dos adolescentes sujeitos da pesquisa foram esclarecidas oralmente sobre os objetivos da mesma, bem como assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informado, mediante a ciência do conteúdo do documento.

Na análise do diário de campo, fonte desta pesquisa, foi preservado o anonimato dos sujeitos, de seus endereços e de quaisquer outros dados que pudessem identificá-los.

O trabalho “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000” foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O atual relatório que apresentamos foi submetido e aprovado pela disciplina de Estágio Curricular, no mês de julho de 2002.

5 AS VISITAS DOMICILIARES E A COLETA DE DADOS

5.1 O caminho percorrido

O estudo intitulado “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000” nasceu de uma experiência anterior de duas das autoras. Partiu da idéia de comparação dos dados de homicídios em um determinado período de tempo. A pesquisa intitulada “Vulnerabilidade ao Homicídio: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997”, Sant’Anna (2000) deu origem ao atual estudo.

Sant’Anna (2000) em seu capítulo de análise dos dados refere a importância do trabalho de coleta de dados feita pelos entrevistadores. Essa experiência instigou-nos à reflexão, visto que o referencial metodológico do estudo de 1998 a 2000 é semelhante. Muitos dos problemas enfrentados nas visitas domiciliares pelos primeiros pesquisadores, foram vivenciados por nós e constatamos inúmeras evidências interessantes e semelhantes nos dois momentos.

A mesma autora relata que, em seu estudo, 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.

Utilizamos esta informação para o segundo trabalho e constatamos que à tarde surgiam os problemas. Nas poucas vezes em que passamos das 16 horas, sentimos toda a pressão inclusive psicológica imposta pelo tráfico nas vilas.

O contato inicial com a comunidade ocorreu da mesma forma nos dois estudos. Os entrevistadores se identificavam e apresentavam o trabalho, bem como seus objetivos. Sant’Anna (2000) refere o uso de crachá com o nome do visitador e da

coordenadora da pesquisa. Neste estudo, utilizamos o crachá fornecido pela universidade e jaleco branco, como forma de proteção.

A partir da experiência de Sant'Anna (2000) e sua equipe, pudemos visualizar as limitações na realização de visitas domiciliares na forma de busca ativa como instrumento de coleta de dados em pesquisa e vigilância em saúde. Por outro lado, constatamos a sua importância, corroborada por Ceccim e Machado (s/d) quando relatam que a visita domiciliar é um bom instrumento para a pesquisa qualitativa.

Complementando este pensamento, Mazza (1996) fortalece essa constatação 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-nos visualizar que muitas famílias estão em situação de risco, principalmente as de baixa renda. Essa situação caracteriza os indicadores epidemiológicos de risco que se concentram em bairros menos favorecidos do município.

Essa análise social remete-nos a autores que discutem a realidade do país, como Parmar (1984), que refere os problemas de saúde no Brasil como ligados aos de ordem socioeconômicos e às estruturas de poder existentes. Segundo ele, a assistência primária deve tentar desenvolver a capacidade da comunidade resolver seus próprios problemas.

Corroborando com essas afirmações, Ceccim e Machado (s/d) relatam que os problemas socioeconômicos são prioritários para o atendimento domiciliar. Referem que os critérios epidemiológicos e populacionais descrevem 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 nos remete à vigilância à saúde que, segundo Souza e Kalichman (1994) obriga a se pensar na problemática de equidade na qualidade de vida e seu real conteúdo. Essa problemática leva a uma complexa discussão relacionada à promoção da saúde em populações com características das famílias deste estudo.

Neste contexto, também surge a vigilância epidemiológica que é discutida por Gaze e Perez (2002) 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.

Com isso, os autores salientam um dos aspectos da vigilância epidemiológica que utilizamos e se trata da utilização dos dados de mortalidade a partir da Declaração de Óbito dos indivíduos. Afirmam que para se realizar avaliação das ações e monitorar a situação de saúde local a vigilância epidemiológica tem de ter conhecimento sobre os óbitos, pois ela pode intervir sobre a seqüência de ocorrências que podem originar o agravo ao indivíduo.

Com base nessas considerações elaboramos categorias para tentar sistematizar a experiência da utilização das visitas domiciliares como forma de coleta de dados. Passamos a descrevê-las.

5.2 Organização da coleta de dados e das visitas domiciliares: o que planejamos e o que vivenciamos

A coleta de dados no trabalho referente aos anos de 1998 a 2000 foi precedida de algumas reuniões 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 (2000), onde o grupo de entrevistadores apresentou muita ansiedade e se desgastou com toda a realidade que viram nas vilas, isso ocasionou muito sofrimento e revolta. Este foi o principal motivo da realização de consecutivas reuniões no segundo trabalho.

Acreditamos ser de extrema importância a realização de reuniões com os coordenadores durante a realização de visitas domiciliares, pois as ansiedades são divididas e trabalhadas, além da coleta de dados ocorrer com o mesmo direcionamento para todos os entrevistadores.

A organização do material é outro fator de grande relevância em estudos que utilizam visitas domiciliares como forma de coleta de dados. Sua importância se dá,

especialmente, no momento que se chega na residência da família com o material pronto para a entrevista, sendo também imprescindível a organização dos trajetos a serem percorridos para diminuir os possíveis riscos.

Neste estudo a organização do material deu-se através de encontros após as visitas domiciliares. Esses encontros ocorriam em locais públicos, como o Mercado Público ou na casa de uma das entrevistadoras. Este recurso foi importante, porque, neste momento, podíamos articular as visitas do dia seguinte.

A experiência vivenciada por nós é salientada por Ceccim e Machado (s/d) 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 (1995) também acrescenta a necessidade de refletirmos 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, pois conhecendo previamente os locais, deslocávamo-nos mais rapidamente e evitávamos a freqüente solicitação de informações a pessoas da comunidade.

A realização das visitas domiciliares ocorreu em muitos bairros de Porto Alegre, sendo que em alguns deles havia maior dificuldade de se encontrar os endereços. Portanto, tomamos a iniciativa de procurar alguns postos para agilizar nosso trabalho e evitar riscos desnecessários.

Procuramos auxílio em oito postos de saúde, sendo duas Unidades de Saúde, dois Programas da Saúde da Família (PSFs), três Unidades Básicas do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Unidade do Murialdo. Este número é pequeno em relação às áreas que estivemos desenvolvendo nossas atividades. No entanto, encontramos muita diversidade nesta pequena amostra.

A recepção nos serviços de saúde procurados foi razoável. Em alguns postos fomos recebidas com descaso. Em uma unidade a própria enfermeira nos desestimulou, referindo que nosso trabalho não serviria para nada e estávamos apenas nos expondo a um risco desnecessário. Em outros locais não fomos recebidas com o argumento de “muito trabalho atrasado para realizar”, demonstrando descaso pela temática estudada.

Em alguns postos fomos acompanhadas por agentes de saúde até a casa de alguns familiares dos jovens, segundo eles, eram locais perigosos onde não deveríamos ir desacompanhadas. Para a visita nas residências de menor risco, indicaram-nos o caminho e forneceram informações para ajudar na entrevista. Em alguns destes postos as pessoas fizeram referência a importância de pesquisas como a que estávamos realizando.

O fato de sermos mal recebidas em alguns serviços nos fez refletir sobre as condições assistenciais prestadas aos indivíduos de menor poder aquisitivo. Com a leitura de Vasconcelos (1989) percebemos algumas nuances do 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. Esta reflexão nos instiga a contextualizar o dia-a-dia destas pessoas que são profissionais de saúde. O mesmo autor também relata que muitos profissionais ficam angustiados com tanto sofrimento, trabalhando muito e obstinados por melhorar a realidade frustram-se ao ver que seu esforço não irá mudá-la.

Desta forma Vasconcelos (1989) 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 referência faz aflorar uma nova discussão do 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 das equipes e das pessoas, 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.

As visitas domiciliares foram realizadas em duplas, devido ao risco que a temática do estudo impõe. Eram duas duplas para percorrer o município de Porto Alegre.

No início das atividades um dos componentes desistiu, alegando falta de condições emocionais para se manter realizando as visitas. O grupo se reconstituiu e manteve-se com a mesma estrutura até o final da etapa de coleta dos dados. A maior

parte deste grupo tinha experiência anterior em visitas domiciliares. Elas desenvolveram-se entre os meses de julho e outubro do ano de 2001, em turnos diversos.

Uma das maiores limitações impostas no nosso dia-a-dia de coleta de dados foi a locomoção. O estudo se desenvolveu em todo o município de Porto Alegre e nosso 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. Alguns bairros são muito afastados e, às vezes, tínhamos que utilizar mais de um ônibus. Geralmente nos deslocávamos, primeiramente, até o centro da cidade.

Neste sentido, Padilha, Carvalho, Silva et al (1994), Mazza (1996) e Mattos (1995) corroboram com a constatação de que a visita domiciliar é uma forma bastante onerosa, tanto em relação aos custos, quanto ao tempo. Segundo eles esta estratégia exige transporte até a casa a ser visitada e há um grande gasto de tempo na execução da visita.

Ainda relacionado ao transporte, enfrentamos a dificuldade de receber algumas informações incorretas. Este problema só não foi maior porque contávamos com uma lista que continha os trajetos dos ônibus utilizados. Outra dificuldade imposta pelo transporte público é a falta de opção para ir de um local a outro, interligação entre bairros, mesmo estes sendo muito próximos.

Acreditamos que a locomoção seja um dos maiores obstáculos enfrentados pelos pesquisadores, em nosso caso, tínhamos um financiamento, caso contrário a realização das visitas domiciliares seria praticamente inviável.

5.3 Localização das famílias

A dificuldade de se encontrar os endereços dos familiares dos jovens que morreram por homicídio em Porto Alegre nos anos de 1998 a 2000, foi um dos maiores problemas enfrentados na realização da coleta de dados, através da visita domiciliar.

Este inconveniente fora levantado, durante as reuniões preparatórias, pela experiência do projeto inicial. Por esse motivo, realizamos a classificação das

Declarações de Óbito (DOs) por bairros e ruas de Porto Alegre, 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 esta organização surgiram muitas dificuldades em campo.

As maiores limitações encontradas na coleta de dados foram os registros das informações no preenchimento das Declarações de Óbito, como por exemplo números errados das residências. Identificamos 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 (um da casa, outro da CEEE e outro do DMAE) são freqüentes, sendo em ordem completamente diferente. Outra evidência é a inexistência do número que procurávamos na rua e, alguns números situarem-se em becos da própria rua.

Estas características se concentravam em alguns bairros como Sarandi, Bom Jesus, Vila Jardim e Partenon, mas ocorriam situações semelhantes em todo o município de Porto Alegre.

Outro aspecto comum a alguns bairros da cidade é a existência de ruas calçadas, com casas em boas condições, mas com grandes becos na sua seqüência ou entre algumas casas. Um aspecto é que, freqüentemente, eram nesses locais onde se localizavam as famílias que procurávamos.

Encontramos lugares onde o acesso era bastante restrito, muitas ruas pareciam “labirintos” onde íamos nos “embrenhando” e a única saída era a entrada. Essa situação nos deixava bastante vulneráveis, durante a realização da visita domiciliar. Percebíamos que em alguns locais não teríamos como “escapar”, caso houvesse necessidade.

Para evitar visitas freqüentes em um mesmo endereço nos organizamos para fazer as visitas de forma que não precisássemos retornar à mesma rua. Algumas vezes esse artifício não dava certo, por problemas em encontrar as residências e necessitarmos ir e voltar, identificando os números de todas as casas da rua. Para agilizar a coleta de dados, solicitamos informações às pessoas e aos postos de Saúde (USs – Unidades Sanitárias, PSFs – Programas da Saúde da Família, Postos do Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição). Em alguns locais é difícil conseguir uma informação dos moradores, mas em outros, conseguimos acesso ao novo endereço das famílias que se

mudaram para ruas próximas. Também tivemos acesso a informações das pessoas que mudaram-se para outras cidades ou ainda “evaporaram”, conforme a expressão local, por medo do que poderia acontecer com elas.

Em alguns postos de saúde fomos acompanhadas por agentes de saúde até a casa das pessoas a serem entrevistadas, as quais forneciam indicações de onde poderíamos ir sem problemas. Alguns entrevistados ou informantes auxiliaram no sentido de identificar dificuldades, principalmente as relacionadas ao tráfico de drogas.

O auxílio dos agentes de saúde foi importante e citamos Oliveira e Berger (1996), quando dizem que os agentes de saúde trabalham fora do posto, pois são os profissionais responsáveis pelo vínculo dos serviços de saúde com a comunidade. Assim, tentávamos localizar esses agentes, pois conhecem a população da região adscrita ao posto de saúde. Nos postos ou unidades de saúde também conseguíamos nos localizar melhor espacialmente a partir das informações e referências, pois muitas vilas não eram referidas nos mapas que dispúnhamos.

Dentre os problemas encontrados, a dificuldade de acesso a algumas casas impôs limitações. Para localizar alguns endereços tivemos que andar de um a quatro quilômetros, em “estradas de chão”, desertas e com pessoas curiosas nos observando. Nessa trajetória recebemos muitas indicações incorretas, o que nos fazia perder tempo e enfrentarmos locais desconhecidos.

As situações encontradas foram diversas, e, muitas vezes, surpreendentes, como por exemplo, dispormos do número da casa, na rua correta e as pessoas negarem a identidade familiar. Alguns endereços eram em locais abandonados, sem número, mas com pessoas habitando. Em outras casas dispúnhamos apenas o nome da rua e ninguém conhecia a pessoa, no entanto conseguíamos informações precisas no posto de saúde. Ainda encontramos funcionários de funerárias como declarantes de alguns adolescentes.

Também encontramos dificuldade em localizar algumas pessoas na residência, situação apresentada por Padilha, Carvalho, Silva et al (1994) quando relatam a impossibilidade de se marcar a visita com antecedência. Os autores referem-se ainda à possibilidade do endereço não existir ou da pessoa não residir mais naquele local. Em seu estudo encontraram dados semelhantes aos nossos, haviam alguns endereços errados, em outros, não havia ninguém em casa na hora da visita ou obtiveram negativa por parte dos residentes.

As famílias que mudaram para o interior foram localizadas através de meios diversos, desde o “guia telefônico” à indicação de parentes, de Conselhos Tutelares e Postos de Saúde de outros municípios.

Durante as visitas domiciliares encontramos também auxílio em uma Delegacia de Polícia, onde fomos muito bem recebidas e tivemos acesso a alguns endereços através dos registros locais.

No decorrer das visitas constatamos problemas freqüentes no preenchimento das Declarações de Óbito. Dados incorretos e, por vezes, até ilegíveis. Essa falha na informação é um obstáculo à vigilância em saúde. Neste sentido, Gaze e Perez (2002) reconhecem que as informações provenientes da Declaração de Óbito não têm a qualidade ideal, no entanto referem que este documento possui grande importância em estimativas de indicadores de saúde.

Um caso que ilustra esse fato foi o de um adolescente que vivia em uma instituição e abandonou-a ao se envolver com drogas. O endereço foi da declarante e registrado como o nome da mãe. No local não foi encontrada a pessoa referida. A solução encontrada foi o telefone que constava no endereço e contatamos diretamente com a pessoa e o mal entendido foi desfeito.

Ao final da coleta de dados sobraram endereços espalhados pela cidade, o que foi muito oneroso, em termos de localização e de tempo, no entanto superamos os obstáculos e constatamos 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.

5.4 As reações dos Familiares e da Comunidade

Um dos fatores limitantes da realização das visitas domiciliares foi a reação das pessoas, tanto familiares e amigos quanto da comunidade. Passamos a relatar essas reações e sentimentos.

Os Familiares

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

Na experiência relatada por Sant'Anna (2000) 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 o questionário. A autora refere que algumas pessoas falavam da dor da perda como motivo para não participar do estudo. No entanto, o grupo de entrevistadores constatou, naquele momento, que em muitos casos de recusa, havia o medo dos agressores que permaneciam ameaçando a família.

Em nosso estudo, vivenciamos muitos momentos de emoção em que os familiares choravam lembrando seus mortos, e mostravam-nos fotos deles. Muitas dessas pessoas evidenciavam carência de afeto, de um ouvido, de alguém que entenda e respeite seus sentimentos.

Esta situação é referenciada por Padilha, Carvalho, Silva et al (1994), quando revelam que a visita domiciliar visa conhecer a pessoa em seu ambiente familiar. As autoras relatam a importância de o visitador ser hábil, ter bom relacionamento, mostrar seu interesse e vontade de ajudar a família. Dizem elas que, para podermos conhecer a família, temos que ouvir e buscar o significado do choro, do silêncio, da dor de seus membros. Mazza (1996) ainda 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.

Por outro lado, identificamos também desconfiança em algumas pessoas que manifestavam medo e isso refletia-se em apreensão de nossa parte. Alguns visitados nos confundiam com policiais. A maioria se tranqüilizava após nossa apresentação pessoal e do projeto. Em uma residência apresentamos documento de identidade, do Conselho de Enfermagem (COREN), carteirinha e crachá da faculdade e até fornecemos telefones de duas das autoras. A insegurança persistiu e houve manifestação sobre a possibilidade de nossos documentos terem sido forjados. Segundo Mattos (1995) não devemos fornecer dados pessoais, mas neste caso foi inevitável.

Em estudos como o de Ceccim e Machado (s/d) encontramos respaldo para enfrentarmos essas 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.

Acreditamos que estas fases são básicas para um bom entendimento com a família que está sendo visitada, sendo relevante em visitas que tratem de problemas tão complexos e dolorosos como as que realizamos.

Outro sentimento manifestado pelos pais foi a culpa por terem deixado os filhos caírem no mundo das drogas. Alguns deles tinham medo de falar, pois estavam sendo pressionados por traficantes.

Em algumas situações fomos recebidas com rechaço o que com insistência e habilidade contornávamos. Nessas situações houve grande desconforto de nossa parte perante a comunidade, o constrangimento chegou a crises de choro e frases expeditivas. Assim, com suporte teórico exercitamos nossa capacidade para o trabalho comunitário e tivemos duas negações apenas. Respeitamos, no entanto, o direito desses indivíduos de não fornecerem informações.

Muitos familiares relataram que iam “levando a vida”, que não tinham mais alegrias após o homicídio. Vimos muitas famílias desestruturadas e muitos familiares doentes em razão da perda. Encontramos pessoas apavoradas, com as constantes ameaças dos assassinos, em sua maioria traficantes ou envolvidos com as drogas, as quais representam a principal causa dos homicídios estudados.

Em outras situações encontramos familiares que pareciam não se importar com o fim trágico dos adolescentes. Ouvimos histórias bastante estranhas, onde as peças não se encaixavam, as pessoas pareciam querer esconder algo ou justificar o “esperado” fim trágico do adolescente.

Em três visitas os entrevistados mostraram sinais de estarem alcoolizados ou sob o efeito de alguma droga alucinógena.

Esses casos levaram-nos a buscar novo apoio teórico e encontramos em Oliveira e Berger (1996) referência a “visitas difíceis”, onde as pessoas estão alcoolizadas ou sob efeito de alguma outra droga que poderia deixá-las agressivas. Segundo eles, cabe ao profissional desenvolver sensibilidade para a abordagem

necessária nestes casos, mas relatam não existir uma “receita” para isso. Tivemos que exercitar nossa capacidade de desenvolver essa sensibilidade “in loco”. Assim, conseguimos nos adequar às situações e enfrentar os problemas como referem os autores, e desta forma realizamos as visitas domiciliares as quais nos propúnhamos, mesmo sem negar que sentimos muita dificuldade ao entrevistar essas pessoas.

Encontramos também pessoas desesperadas, achando que poderíamos solucionar seus problemas. Um funcionário público pediu-nos auxílio para retomar seu emprego abandonado há 6 anos. Uma mãe referiu que havia pedido ajuda várias vezes para internar seu filho à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e que nunca lhe haviam dado ouvidos. Hoje ela refere mágoa ao fazermos entrevistas para ajudar outros jovens, quando ela pediu tanto a ajuda antes de seu filho ser assassinado e não obteve auxílio.

A revolta de outra mãe foi manifestada através de uma carta que escrevia para o programa “Linha Direta”, pois os policiais não conseguiram descobrir como seu filho morreu. Segundo ela foi como se “o tempo tivesse parado e ele (o filho) foi morto e depois voltassem a contar as horas”. Não dispõe de outras explicações.

Este tipo de sentimento de falta de confiança nas autoridades e na justiça foi encontrado na grande maioria das visitas domiciliares. Tivemos um caso em que ficamos em contato com a família por três meses, até conquistar a sua confiança. Ao final, a família mostrou-se tranqüila e confiante em nossos objetivos e nos receberam muito bem.

Essas vivências nos fazem concordar com Ceccim e Machado (s/d), quando dizem que cada casa ou família possui uma realidade, logo o contato domiciliar se desenvolverá de forma diferente nas diversas visitas. Com a experiência vivenciada nas 100 visitas domiciliares muitas destas diferenças foram enfrentadas por nós.

Essa experiência nos faz lembrar a reação de um pai, bastante humilde, que morava no lugar mais pobre que visitamos, disse ele: “esta pesquisa é excelente e poderá ajudar aos meus outros filhos que ficaram”. Este relato ocorreu no último dia das visitas domiciliares, recebemos essa reação como um prêmio por termos percorrido todas as casas, pela insistência, pelo cansaço e por todos os tipos de reações que enfrentamos durante esse período de pesquisa. Fechamos com “chave-de-ouro” esta fase.

A Comunidade

As pessoas das comunidades (vilas e ruas) nos recebiam com olhares muito curiosos e indiscretos, “cuidavam” nossos passos. Em alguns lugares chegavam a nos seguir ou ainda “mexiam” conosco, com brincadeiras nada engraçadas.

Muitas pessoas se negavam a dar informações ou referiam outros informantes e assim iam nos empurrando de um lado para outro. Enfrentamos essas dificuldades, em algumas ocasiões, através do uso dos mapas fidedignos. O grande problema é que os mapas nem sempre têm localizadas algumas vilas de Porto Alegre e era exatamente nestes lugares onde deveríamos fazer a maioria de nossas visitas domiciliares.

Foi necessário “jogo de cintura” para não falarmos para os curiosos o motivo de nossas entrevistas. As pessoas queriam saber o que estávamos fazendo ali. Em uma ocasião, num bairro bem afastado, um grupo de mulheres que passava na rua nos abordou, também queriam ser entrevistadas e exigiam o posto de saúde que lhes haviam prometido. Foi uma situação bastante delicada que conseguimos contornar após muita conversa.

Em alguns lugares nos pediam para ver pessoas doentes, faziam pedidos para o pessoal do posto ir verificar a pressão arterial de pessoas idosas, enfim, nos abordavam com problemas os mais diversos. Tentamos chegar nas comunidades como nos sugere Carriconde (1984): “escutando, ouvindo, vendo, sentindo, tateando e servindo”.

As grandes ameaças que sofremos foram de parte dos “rapazes” da comunidade e pudemos constatar o seu envolvimento com drogas em muitos casos.

O primeiro episódio foi a necessidade de pedirmos autorização a um traficante para podermos transitar na rua. Uma vez autorizadas, pudemos andar pelo bairro sem problemas, estávamos realmente protegidas.

Outra situação foi quando estávamos no topo de um morro de Porto Alegre, num labirinto de ruelas e casas e presenciamos a chegada do “carregamento de drogas”. Tentando evitar “problemas”, saímos da casa da pessoa onde realizávamos a visita domiciliar (em frente ao ponto de entrega) sem olhar para trás, descemos o morro em poucos minutos sem precisar dar explicações a ninguém.

Em alguns lugares, felizmente não muitos, fomos proibidas de entrar em becos e respeitamos a “lei” deles. Esta situação é embasada por Sobreira (1981) através de

uma citação de Webster, este relata a existência de dois tipos de comunidade: geográfico – onde as pessoas vivem num mesmo lugar sob as mesmas leis – e psicológico ou social – onde as pessoas têm os mesmos interesses. Em nossas visitas a “lei” que vigorava era a dos traficantes de drogas.

O maior problema que enfrentamos foi em uma vila situada em um morro, ao descermos do ônibus um menino tentou nos intimidar, afirmando que sabia de onde vínhamos (outra vila) e para que casa estávamos indo. Um grupo de rapazes nos observava. Tínhamos duas casas para visitar e uma delas era realmente a que o menino havia se referido, a casa de um ex-traficante morto. Resolvemos realizar a visita domiciliar na outra casa para despistar e fizemos a entrevista na rua, pois a moça informante da família estava com muito medo.

Foi a visita domiciliar mais rápida que realizamos, pois éramos acompanhadas, por vários rapazes, uns nos espiando em vários becos da rua e outros abertamente na casa da frente conversando e nos observando. Nesse dia, sentimo-nos na mira dos traficantes, mas “tranqüilas” fomos embora e deixamos a outra visita de lado. Fomos seguidas e quando os rapazes certificaram-se que não iríamos na casa do ex-traficante (ficamos sabendo mais tarde), nos deixaram em paz. Não negamos que foi um alívio, nunca sentimos tanto medo na vida.

Nesses momentos percebemos o quanto é importante a realização de visitas em grupo de no mínimo duas pessoas. Uma única pessoa poderia ter passado por problemas mais sérios.

5.5 A vulnerabilidade à violência: 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. Ao entrarmos nas vilas e participarmos de sua dinâmica, nos sentimos em outro mundo, frente a outra realidade.

Segundo Sant’Anna (2000), a maioria absoluta dos adolescentes que morreram por homicídio, no ano de 1997, pertenciam a um estrato social com menor poder

aquisitivo, com pais modestos e trabalhadores. Segundo ela, o meio em que viviam interferia muito na maneira com que os adolescentes agiam e reagem à realidade.

Observamos nas visitas que as pessoas falavam em drogas, mortes, armas, assaltos, Febem, polícia e prisão com muita naturalidade. Isso tudo parecia estar banalizado em suas vidas, como parte do cotidiano.

Um primeiro relato que atesta essa banalização, foi de uma moça afirmando que seu marido já havia matado um homem e que seus filhos estavam felizes com o gesto de “coragem” do seu pai. Aquela afirmação foi assustadora para o grupo, pois aquelas crianças estavam convivendo em um ambiente onde matar é um ato de coragem.

Em outra casa, também vimos se repetir esse ato de “coragem”. O relato diz que uma menina se “jogou” na frente de um menino e levou 8 tiros num dos braços, o qual estava engessado. Ela sorria e contava o feito como prova de valentia.

Encontramos adolescentes morando sozinhos, famílias em que a figura da mãe só era vista uma vez por semana e a do pai, em sua maioria, nem existia. Encontramos uma situação em que a mãe deixou filhos de várias idades morando sozinhos e convivendo com as drogas, para ir morar com outro homem.

Identificamos muitas famílias desestruturadas, a maioria com o núcleo familiar diversificado. Uma dessas situações mostra uma senhora que tinha sete filhos, com idades diversas, 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. Um dos lamentos pela morte do filho era que ela havia perdido uma fonte de renda.

Essa diversidade de núcleo familiar encontrada nas famílias visitadas, nos instigou a buscar maior embasamento teórico. Encontramos em Goldani (1994) um indicativo do 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.

Também identificamos muitas mães que não “conseguiram” ou não “queriam” enxergar os problemas que os filhos estavam passando. Muitas vezes, eram os irmãos que relatavam os fatos e alguns não demonstravam preocupação com isso.

No dia-a-dia das visitas encontramos muito envolvimento com drogas, observamos adolescentes “cheirando” e “fumando” pelas “esquinas” das vilas. Enquanto procurávamos as casas para realizar as visitas domiciliares constatamos a presença de muitos adolescentes sentados sem nenhuma ocupação, durante todo o dia.

Já o envolvimento dos mortos com drogas iniciava-se com a troca da droga pelo trabalho de “aviãozinho” (vendedor). Nessa relação, o traficante era 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 das casas pudemos constatar a presença de sete adolescentes sentados na frente rindo e conversando. Entramos e vimos uma família em que a mãe havia abandonado a casa e não tinham pai. O rapaz que morreu roubava, desta forma sustentava os irmãos. Ele e o irmão mais velho tinham uma espécie de competição para ver quem tinha maior índice de detenções.

Encontramos famílias que conviviam na mesma comunidade com os assassinos dos adolescentes. Em uma das visitas, uma mãe revoltada apontava os “maconheiros”, como ela dizia e falava deles bem alto, com o objetivo de chamar sua atenção.

Encontramos os familiares de um adolescente que foi morto por ter assassinado um traficante, mesmo assim, a família não demonstrava receio de falar sobre o assunto.

Identificamos também muitas brigas que acabaram em morte, cujo suposto motivo foi “mulher”. O ciúme muito forte dos adolescentes em relação as suas companheiras, chegou em alguns casos a justificar o “matar para limpar sua honra”. Também constatamos muita promiscuidade entre os jovens.

Utilizando Oliveira e Berger (1996) 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, traçamos um paralelo com o vivenciado em cada visita e em relação a comunidade como um todo, e as reconhecemos como uma forma muito rica de buscar subsídios para compreender os

processos de vida e morte dos sujeitos. Acreditamos que desta forma nos inserimos na comunidade e oportunizamos às pessoas mostrarem como elas são e vivem.

No que concerne às culturas locais, observamos a linguagem e a religiosidade como características fortes das famílias e das comunidades visitadas.

Nos locais visitados, muitas pessoas, das mais novas às mais velhas, utilizam-se excessivamente de gírias. Estas eram muitas e das mais diversas e aos poucos íamos desvelando seus significados. A seguir citamos algumas que foram catalogadas no diário de campo e refletimos sobre o sentido que elas adquirem nesse contexto.

- “rinxa”: briga, não se davam bem;
- “garrar”: verbo “universal” utilizado para muitas coisas, por exemplo: “daí eu garrei e fui...”;
- “aviãozinho”: adolescente que vende droga para o traficante, geralmente seu pagamento é em droga;
- “lançada”: roubo;
- “arreganho de arma”: brincadeira com arma;
- “carga”: carregamento de droga.

Essa linguagem particular, remete-nos a Carriconde (1984) quando relata a necessidade de chegarmos na comunidade falando das coisas do povo e na linguagem deste povo. Para complementar esta reflexão, buscamos no texto da Serie Medex de Atención Primaria de la Salud (1987), embasamento onde refere que as pessoas usem as palavras e dialetos locais, evitando o uso da linguagem médica, pois esta forma de comunicação pode criar uma barreira com a comunidade em que estamos tentando nos inserir.

Outros autores seguem a mesma linha, como Mattos (1995) quando acredita que deva-se utilizar uma linguagem clara, de acordo com o nível da família e permitir que a mesma fale sobre seus problemas.

Neste mesmo sentido, Tyllmann e Perez (1998) 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 nos transmitir muitos dados referentes às pessoas que estamos visitando, como atitudes, crenças, hábitos, nível de informação, conhecimento de seus problemas, compreensão de sua realidade.

Consideramos relevante remetermo-nos à linguagem do povo com quem estamos trabalhando, pois assim é possível o entendimento e a criação de vínculo, mesmo que momentâneo, com a comunidade com a qual estamos trabalhando, isso é imprescindível para o sucesso do trabalho. A comunicação é o canal de entrada para o início desse processo de compreensão com a família visitada.

Nas visitas também constatamos os mais diversos tipos de crenças e religiosidade. Nossa posição foi bastante respeitosa perante estes eventos e mantivemos a imparcialidade, pois a religiosidade é um suporte para as pessoas conseguirem elaborar suas perdas. Encontramos pessoas que se diziam “crentes” e tementes a Deus. Muitas delas após a morte de seu familiar resolveram procurar novas igrejas evangélicas que fazem muitas promessas a seus fiéis.

Encontramos também muitos umbandistas, mas especialmente uma mãe nos chamou a atenção. Tinha um “altar” enorme com figuras de umbanda e dizia que seu filho havia “desencarnado”. Ela referenciava a morte, como um ciclo que seu filho havia completado.

Existiam muitos católicos entre os familiares dos jovens e ouvimos muitas histórias. Segundo eles suas atividades religiosas eram rezar pelos outros filhos e pela alma do falecido e também ir à missa e participar mais ativamente da igreja.

Outra manifestação de fé que encontramos foi a dos espíritas que se apegavam em algumas crenças como a vida após a morte para conseguir conviver com a morte do jovem.

A maior parte dos entrevistados se apegava ao lado espiritual para explicar os acontecimentos e suportar a falta da pessoa querida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Limites e as Possibilidades da visita domiciliar na busca ativa: crítica e auto-crítica

A realização das visitas domiciliares no estudo intitulado “A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000” tocou muito os sentimentos dos entrevistadores. Relato as minhas vivências pessoais para explicitar o que sentimos no desenrolar da coleta de dados.

Sou bolsista deste projeto há mais de um ano e, no momento que fui convidada a participar das visitas domiciliares, confesso que fiquei um tanto receosa, mas a curiosidade e a vontade de participar sobrepujaram este sentimento negativo.

Foram três meses muito tensos e só podia dividir minha experiência com o grupo de trabalho e com meu diário de campo.

A tensão e o medo faziam parte de nossa trajetória, porém, nas duplas, mantínhamo-nos corajosos e firmes. Mesmo nos momentos mais difíceis não demonstrávamos nossos sentimentos, deixávamos a “descarga” negativa para depois, no ônibus ou em lugares mais seguros.

Muitas vezes, entramos nas casas e grupos de adolescentes ficavam nos vigiando do lado de fora. Tínhamos medo que o objetivo das visitas que estávamos realizando se dissipasse entre a comunidade e que estes rapazes não estivessem bem intencionados conosco.

Segundo Sant’Anna (2000), em seu estudo do ano de 1997, existia revolta e medo entre os visitantes. Relata que a situação os colocava bem próximos à violência. Referiu um aspecto bastante importante e com o qual também esbarramos no segundo

estudo, a localização dos óbitos em território diferente do nosso, com situações socioeconômicas e culturais diversas de nossas formações familiares. Cita a presença dos entrevistadores como estranha à comunidade e o sentimento de estar sendo visado pela mesma, como ocorreu conosco.

Outro motivo de receio era o grande número de óbitos ocorridos por envolvimento com drogas e traficantes, isso poderia nos expor muito a estas pessoas já que percebemos que havia redes de informação entre as vilas, principalmente, num local onde o tráfico é organizado e onde recebemos as ameaças mais concretas.

O estresse era contínuo, mas o sexto sentido também funcionou algumas vezes. Não consideramos este artifício nos momentos em que surgia, pois o confundíamos com o medo de ir a alguns locais.

Refletimos muito em muitas situações e percebemos que algumas famílias eram parecidas com as nossas. Sentimos que ficamos mais fortes para enfrentar as outras tantas visitas domiciliares que participamos.

Ficamos emocionadas em muitas visitas, pois cada óbito foi um grande sofrimento para muitas pessoas e explorar esta experiência é algo que deve ser bem trabalhado, tanto com as pessoas quanto conosco.

Acreditamos que depois da realização da coleta de dados neste projeto, aprendemos a lidar melhor com situações tão extremas como a morte e compreender as pessoas que sofreram uma perda numa situação de violência, como foi o caso. Passamos a elaborar aquela dificuldade apresentada pelos entrevistados e a entender a dinâmica vivenciada pelos mesmos.

Também ficamos bastante gratificadas em poder ajudar pessoas, às vezes, com uma palavra de conforto, com um ouvido ou um ombro amigo. Sentimos que não precisamos saber fazer uma técnica perfeita ou decorar o que falar na hora certa, bastava sermos nós mesmas que já estávamos ajudando aquele pai, mãe, avô, avó, irmão, amigo, vizinho ou qualquer parente entrevistado que chorava e desabafava todos os sentimentos de ter perdido uma pessoa tão jovem e de forma tão violenta.

Limitações e Vantagens

A análise dos dados do 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.

Consideramos que as vantagens e desvantagens apresentadas por diferentes autores durante a descrição do atual estudo são bem reais. Porém, a experiência que tivemos, durante o trabalho de campo, mostra que existem mais casos a serem relatados, especialmente no que diz respeito ao tema da violência. Acreditamos que os profissionais que atuam nos postos de saúde e realizam visitas domiciliares enfrentam muitas das dificuldades que nós encontramos, bem como percebem também outros benefícios das visitas.

A visita domiciliar é um instrumento muito representativo para a vigilância em saúde o que se pode observar na análise de dados, pois desta forma temos a oportunidade de conhecer como vivem as pessoas, suas dinâmicas e vulnerabilidades, muitas vezes, até entender porque os eventos acontecem de determinada forma.

Segundo Aerts, Alves, Cunha et al (1997), a experiência em visita domiciliar revela a importância deste recurso para os serviços de saúde, o que possibilita conhecer a realidade das famílias e comunidades, bem como identificar situações de risco.

A partir deste contexto, sintetizamos considerações sobre este instrumento como contribuição para diferentes tipos de estudos, não apenas de mortalidade:

Benefícios da técnica de coleta:

- conhecer o contexto social que vive a família ou comunidade;
- visualizar *in loco* o que os documentos oficiais mostram de forma limitada;
- identificar o perfil epidemiológico das comunidades;
- avaliar o impacto das ações dos serviços de saúde;
- identificar situações de risco;
- fornecer dados para o planejamento de políticas públicas direcionadas à promoção da saúde;
- proporcionar a vigilância em saúde através da busca de faltosos;
- interagir e vivenciar o meio em que os indivíduos vivem;
- experienciar o conhecimento de outra realidade;
- experiência a acadêmicos para capacitação de recursos humanos em saúde;
- (re)ligar teoria e prática;

- ouvir as pessoas e não vê-las como números ou índices;
- obtenção de dados fidedignos;
- incentivo ao trabalho em saúde coletiva.

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

Portanto, nosso ponto de vista é que a visita domiciliar é um método eficaz e meio de execução de técnicas ágeis e fidedignas de pesquisa, ainda pouco divulgado. É bastante trabalhado em serviços de atenção básica, mas pouco relatado ao público em geral e em publicações de pesquisa.

Neste sentido, temos como pretensões: servir de incentivo à realização de mais trabalhos nesta área, em especial a pessoas que se deparam diariamente com os diversos aspectos da visita domiciliar; possibilitar maior embasamento teórico sobre visitas domiciliares para profissionais que desenvolvem programas governamentais, como Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou outros trabalhos em comunidade; e, mostrar ao meio acadêmico a riqueza e a viabilidade de realização de pesquisa na fonte primária e não apenas através de dados secundários.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro; ALVES, Gehysa Guimarães; CUNHA, Juarez et al. Visita Domiciliar: uma estratégia do Pra-Nenê na promoção da saúde das crianças. **Pra-Saber – informações de interesse à saúde**. Porto Alegre, v.2, n.2, dez. 1997. p.22-28.

CARRICONDE, Celerino. O Trabalho em Medicina Comunitária. **Saúde da comunidade: um desafio**. São Paulo, Genebra: Edições Paulinas, Contact, 1984. p. 229-232.

CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Neusa Maria. **Contato Domiciliar em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, s/d. 7p.

DILLY, Cirlene Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editorial, 1995. 190p.

FREITAS, Henrique Melo Rodrigues; JANISSEK, Raquel. **Análise Léxica e Análise de Conteúdo – Técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx: Editora Sagra Luzzatto, 2000.

GAZE, Rosangela; PEREZ, Maurício de Andrade. Vigilância Epidemiológica. **In: Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.73-87.

GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Caderno de Pesquisa**. São Paulo, n.91, nov. 1994. p.7-22.

LOPES, Marta Julia Marques. *Les Soins: images et realites – Le Quotidien Soignant au Brésil*. Tese (Doutorado) – Université de Paris VII Denis Diderot, Paris: 1993.

LOPES, Marta Julia Marques; SANT’ANNA, Ana Rosária; AERTS, Denise Rangel Ganzo. **A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000**. Porto Alegre: GENST/ EENF/UFRGS, 2000. 53fl.

MATTOS, Thalita Maia de. Visita Domiciliária. In: **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995. p.35-39.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rosseto. A Visita Domiciliária como Instrumento de Assistência de Saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: USP, jul/dez 1994. Disponível no site: <http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**.4.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269p.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego; BERGER, Carla B. Visitas Domiciliares em Atenção Primária à Saúde: Equidade e Qualificação dos Serviços. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**. v.9. n.2. Porto Alegre, jul/dez 1996. p. 69-74.

PADILHA, Maria Itayra C. S.; CARVALHO, Maria Teresa C. de; SILVA, Mariangélica O. da et al. Visita Domiciliar – Uma Alternativa Assistencial. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.2. n.1. Rio de Janeiro, maio 1994. p.83-90.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelo Assistenciais. In: **Epidemiologia e Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PARMAR, Samuel L. Saúde e Desenvolvimento Auto-Suficiente. **Saúde da comunidade: um desafio.** São Paulo, Genebra: Edições Paulinas, Contact, 1984. P. 61-66.

SANT'ANNA, Ana Rosária. **Vulnerabilidade ao Homicídio: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997.** 2000. 164 fl. Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes.

SERIE MEDEX DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. **Identificación de las Necesidades de la Comunidad Para la Atención Preventiva en Salud..** Honolulu: El Grupo Medex, 1987. p. 160-175.

SOBREIRA, Nilze Rodrigues. **Enfermagem Comunitária.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. p.13-16.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de; KALICHMAN, Artur Olhovetchi. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. **In: Epidemiologia e Saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 467-476.

TYLLMANN, Gládis; PEREZ, Sílvia Maria Santos. **Entrevista e Visita Domiciliar.** SSMA, Santa Rosa, 1998. 6p.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1989. p. 11-14;135-138.