

POTENCIALIDADES E LIMITES DA VISITA DOMICILIAR PARA IDENTIFICAR E ABORDAR MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Eliana Daniela Heisler*
Ethel Bastos da Silva**
Marta Cocco da Costa***
Alice do Carmo Jahn****
Jaqueline Arboit*****

RESUMO

Este estudo objetivou apreender potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência. Trata-se de uma pesquisa participante da qual participaram 38 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) de seis equipes da Estratégia Saúde da Família de um município localizado na região Noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil. A produção dos dados ocorreu entre novembro de 2015 e março de 2016, a partir de seis oficinas pedagógicas. Os dados foram analisados mediante análise temática. A visita domiciliar é potencial para identificar situações de violência contra as mulheres e observar as relações conjugais e familiares no ambiente doméstico. Como limites, constatou-se a presença do agressor e de familiares, a sobrecarga de trabalho na unidade e pouco tempo para abordar a questão. Para superá-los, os profissionais apontaram a criação de uma atmosfera privada e segura como proposta a ser efetivada através da persistência e planejamento das visitas. Incluir a visita domiciliar como tecnologia leve-dura voltada às mulheres em situação de violência como rotina na Estratégia Saúde da Família possibilita aprimorá-la como técnica de abordagem do problema.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Violência Contra a Mulher. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um problema recorrente nas sociedades, ocorrendo principalmente pelas construções históricas de gênero, em que o sexo masculino é considerado superior ao feminino, em uma relação na qual este último encontra-se em posição de subalternidade⁽¹⁾. As agressões que acontecem nos domicílios, na maioria das vezes, reincidem e são experiências que vêm de longe, sendo a forma de resolução de conflitos no âmbito da família. E, nesses casos, a violência contra as mulheres frequentemente é invisibilizada⁽²⁾.

A vivência da violência faz com que as mulheres acessem os serviços de saúde devido ao adoecimento e, neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada um serviço propício para acolher as mulheres e dar seguimento a um projeto terapêutico. A proximidade e o vínculo entre os profissionais e as mulheres tendem a facilitar o relato do problema, que poder ser acolhido no domicílio⁽³⁾.

Nessa direção, o cuidado por meio da visita compartilhada com a equipe da ESF é feito com base

nos critérios de risco e vulnerabilidade das famílias, onde se inclui a violência contra as mulheres⁽²⁾. Desta forma, proporciona aos profissionais conhecer o ambiente em que o indivíduo está inserido e a dinâmica familiar, auxiliando no planejamento de ações em uma perspectiva ampliada do conceito de saúde⁽⁴⁾. O diagnóstico sociorrelacional da família é a base para definição da abordagem de cada situação de violência, provocando a discussão e organização das ações dos membros da equipe⁽²⁾.

Assim, considera-se a prática da visita domiciliar essencial para a identificação de situações de violência contra as mulheres, pois os profissionais adentram o espaço doméstico, arena da violência. Há, nesta prática, desafios relacionados à complexidade das situações específicas da violência que os profissionais precisam dar conta⁽³⁾.

Nessa conjuntura, para abordar a violência contra as mulheres na visita domiciliar, as tecnologias leves (relacionais e saberes) e leves-duras (conhecimento técnico) precisam estar presentes, bem como a orientação tecnológica do cuidado atrelada ao modelo assistencial fortemente amparada na base relacional⁽⁵⁾.

*Enfermeira. Especializanda em Atenção ao Paciente Crítico: Urgência, Emergência e UTI. Centro Universitário Internacional. Três Passos, RS, Brasil. E-mail: elianaheisler@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora em Ciências, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: ethelbastos@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da UFSM. Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: marta.c.c@ufsm.br

****Enfermeira. Doutora em Ciências, Professora Adjunta da UFSM. Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: jahnalice@gmail.com

*****Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem na UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com

Inclui-se no saber tecnológico o conhecimento de gênero para abordar a violência contra as mulheres⁽¹⁾.

A visita domiciliar pode ainda dar visibilidade para a problemática da violência contra as mulheres em territórios de atuação da ESF, podendo dar início a um projeto terapêutico e incluir a situação como demanda de saúde com o objetivo de acompanhar as famílias e o impacto das intervenções realizadas⁽²⁾. É também o espaço em que o profissional de saúde poderá realizar uma busca ativa, planejar e executar cuidados de promoção à saúde⁽⁶⁾, os quais são considerados essenciais em situações de violência contra as mulheres.

Estudos internacionais também têm evidenciado o importante papel das visitas domiciliares às mulheres que vivenciam a violência, ao proporcionar múltiplas oportunidades para explorar suas experiências de violência, bem como a construção conjunta do suporte que estas mulheres necessitam^(7,8).

No entanto, existem desafios a serem superados, tendo em vista a complexidade desta problemática, que requer mais do que ações investigativas com cunho curativo, precisam de ações educativas e de orientação. Além disso, a atenção domiciliar através da visita pela equipe de ESF não está totalmente incorporada na Atenção Primária à Saúde.

Considerando o exposto, conhecer e identificar as potencialidades e os limites da prática da visita domiciliar às mulheres em situação de violência na ESF justifica-se pela possibilidade de contribuir na discussão e qualificação desta prática com base em fundamentos teóricos de gênero⁽²⁾ e de tecnologias de cuidado relacionais⁽⁵⁾. Isso porque, quando esses conceitos são apreendidos pelos profissionais, facilitam a compreensão da violência e podem promover intervenções mais efetivas durante as visitas domiciliares⁽¹⁾.

Assim, este estudo teve como objetivo apreender potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido através do método da Pesquisa Participante (PP), a qual promove a análise grupal do conhecimento e a forma como este vai ser utilizado na realidade; examina criticamente a realidade; estabelece as causas dos problemas, as possibilidades de solução; e propõe encaminhamentos⁽⁹⁾. Organiza-se em quatro fases⁽¹⁰⁾ descritas a seguir.

Primeira fase: montagem institucional e

metodológica da pesquisa participante.

Primeiramente, ocorreu uma reunião entre a equipe de pesquisa, o Secretário de Saúde, o Coordenador Técnico da Atenção Básica e membros do Colegiado de Gestão do município cenário do estudo visando à discussão e planejamento do projeto de pesquisa. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o grupo reuniu-se e decidiu que as seis oficinas pedagógicas (técnica de geração de dados) ocorreriam nas sextas-feiras, no turno da manhã, no Centro de Referência e Especialização em Saúde do Trabalhador.

Foram convidados a participar do estudo os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários das sete equipes de ESF do município. Adotou-se como critério de inclusão: trabalhar na unidade de ESF há mais de seis meses; e como critério de exclusão: estar em licença ou em férias. Dos 65 profissionais convidados, 38 aceitaram participar do estudo. Destaca-se que o número de participantes variou nas oficinas.

Segunda fase: estudo preliminar da população e da região envolvida

Na primeira oficina, em que participaram 25 profissionais, ocorreu o seminário introdutório, no qual foi apresentado o projeto de pesquisa e entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um questionário sociodemográfico aos participantes, os quais os leram, preencheram e devolveram. Após, os participantes formaram quatro grupos autodenominados “Rosa”, “100% ACS”, “Acolhe” e “Enfrentando a Violência”. Nestes grupos foram discutidas as seguintes questões indutoras: “Como você executa a visita domiciliar às mulheres em situação de violência no seu cotidiano de trabalho?” e “Em que momento do seu cotidiano de trabalho você realiza a visita domiciliar?”. Após, os grupos expressaram suas ideias mediante a apresentação de cartazes.

Terceira fase: análise crítica dos problemas considerados prioritários e que os participantes da pesquisa desejam estudar

Na segunda oficina, da qual participaram 31 profissionais, os grupos discutiram e apresentaram suas ideias acerca dos fatores potencializadores e limitadores da visita domiciliar às mulheres em situação de violência no âmbito da ESF.

Da terceira oficina participaram 19 profissionais, na qual se refletiu e discutiu-se acerca das causas, soluções e ações para minimizar os fatores limitadores da visita domiciliar às mulheres em situação de violência.

Da quarta oficina participaram os mesmos 19 profissionais da oficina anterior e, nesta, estes assistiram a uma apresentação em Power Point que abordava as potencialidades e os limites da visita domiciliar. Esta apresentação foi construída pela equipe de pesquisa com base nas discussões anteriores e permitiu com que, a partir dela, os participantes definissem o problema prioritário, qual seja: “A visita domiciliar na presença de familiares e agressores e a impossibilidade de verbalização da mulher sobre a situação de violência”. Diante disso, planejou-se discutir e teorizar “a visita domiciliar às mulheres em situação de violência”.

A **quarta fase** é a programação e a aplicação de um plano de ação que contribua para a solução do problema encontrado.

Na quinta oficina, os grupos leram artigos, resolveram situações-problema e discutiram formas de abordagens às mulheres em situação de violência na visita domiciliar. Participaram dessa oficina 29 profissionais.

Na sexta oficina foi realizada a avaliação mediante as seguintes questões: “Quais as reflexões ocorridas sobre o modo de realização da visita domiciliar às mulheres em situação de violência?” e “Qual a contribuição das experiências proporcionadas pelas oficinas para a realização da visita domiciliar às mulheres em situação de violência?”. Participaram 37 profissionais.

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2015 a março de 2016, em um município situado na região Noroeste do Rio Grande do Sul. O material empírico das oficinas, que foi gravado (áudio), e do diário de campo foi transcrito e submetido à análise temática⁽¹¹⁾. Para tal, primeiramente, foi realizada a transcrição do material em um editor de textos; em seguida, a leitura individual deste material e, posteriormente, em grupo, fez-se a releitura e determinou-se o corpus de análise. Após, procedeu-se à leitura deste *corpus* e ao recorte das unidades de registro com base nos temas e sentidos.

Estes recortes foram lidos em grupo e as unidades de registro foram reclassificadas de acordo com as unidades de significado. Em releitura, as unidades de registro e de significado foram agrupadas dando origem às categorias temáticas: Potencialidades da

visita domiciliar: identificar, presenciar e observar o ambiente; Limites da visita domiciliar: presença do agressor, sobrecarga de trabalho e pouco tempo; e Ações para a promoção de uma atmosfera privada e segura na visita domiciliar.

Este estudo respeitou as normas da Resolução nº 466/2012⁽¹²⁾ e foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Santa Maria sob o Parecer nº 1290.392. Para a garantia do anonimato dos participantes, adotou-se a letra P para participante, seguida da sequência numérica conforme a primeira participação nas oficinas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 38 participantes, 27 eram Agentes Comunitários de Saúde, sete, enfermeiros e quatro, técnicos de enfermagem. No que se refere às características destes participantes, 35 eram do sexo feminino; 30 se autodeclararam brancos; 38 eram brasileiros; 20 eram católicos; 27 eram casados; 20 possuíam ensino médio completo; 26 recebiam de um a dois salários mínimos; e 12 atuavam havia dois anos no serviço.

Potencialidades da visita domiciliar: identificar, presenciar e observar o ambiente

A visita domiciliar permite ao profissional identificar situações de violência contra as mulheres e presenciar algumas ocorrências que não aconteceriam na unidade de ESF. É concebida pelos profissionais como uma oportunidade de observar, além das lesões presentes no corpo da mulher, o ambiente da casa, as condições e integridade dos móveis. Também possibilita a obtenção de informações complementares acerca das relações íntimas.

É uma oportunidade de a gente detectar as coisas {violência} com mais calma também. [...] eu já cheguei em uma casa em que ela {mulher} era puerpera e ele estava agressivo. Eu presenciei isso na visita domiciliar. [...] no consultório esse pai não iria, não estaria com ela (P24 UR1).

A visita domiciliar é um cenário onde tu vê se naquela casa tem alguma coisa quebrada e também pela observação de lesões (P5UR1).

De modo geral, estar dentro da casa dos usuários auxilia na identificação do real motivo de adoecimento, o que no consultório da unidade de ESF não seria possível. Quando se trata de situações de violência contra as mulheres isso se potencializa pelas

possibilidades de observar o ambiente, a cultura, os hábitos, o que contribui para ampliar o conhecimento acerca dos problemas e das necessidades das mulheres e de suas famílias e para promover melhor interação entre estes atores e os profissionais, o que pode facilitar a elaboração de um projeto terapêutico⁽¹³⁾.

Nesse contexto, é imperioso que durante as visitas domiciliares sejam adotadas tecnologias leves de cuidado, como escuta, acolhimento e vínculo, elementos que podem auxiliar na construção de uma relação de confiança entre a mulher e a equipe de saúde. O domicílio é o local em que os profissionais da ESF têm a possibilidade de escutar, dialogar, interagir de maneira mais próxima com os usuários⁽²⁾, o que nas situações de violência contra as mulheres tende a proporcionar a continuidade do cuidado a estas.

De um lado, presenciar a violência contra mulher na visita domiciliar se constitui como uma potencialidade para dar seguimento ao cuidado. Por outro, os profissionais da ESF podem sentir-se temerosos e inseguros pela exposição aos riscos ao estarem diante de uma situação de conflito que, por vezes, pede uma atitude imediata, como impedir que o agressor ameace ou maltrate a mulher, o que nem sempre é possível⁽³⁾. As mulheres, por sua vez, têm receio de receber o profissional na visita, pois temem as repercussões do agressor se este descobrir que eles conversaram sobre a violência⁽⁷⁾.

Os profissionais referiram que, quando a visita domiciliar é programada, sentem-se mais seguros e calmos para abordar a mulher em situação de violência.

[...] tu tem aquele horário para a visita [...] tá mais calmo, não tem aquelas consultas que (tem na unidade) (P24 UR2).

[...] tem o tempo da visita, porque é um tempo que você tirou pra fazer aquela visita (P24 UR4).

A visita domiciliar programada pode ser mais apropriada para abordagens que requerem escuta/diálogo às demandas como a violência contra as mulheres, sendo o domicílio o local em que o profissional consegue dar maior atenção a estas. A proximidade entre os profissionais, mulheres e as famílias promove interação e comunicação, em um ambiente privativo, que considera as possibilidades de participação do usuário no cuidado⁽¹⁴⁾.

Destaca-se que a visita domiciliar pode ser previamente agendada, contudo, neste caso, poderá haver o mascaramento das relações. E, quando não agendada, é possível presenciar a realidade das relações, o que nas situações de violência contra as

mulheres pode ser muito provável de ocorrer⁽³⁾.

Quanto ao profissional que realiza as visitas domiciliares, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde, o qual reside na comunidade e convive cotidianamente com as situações de violência. De modo geral, este é o profissional da ESF que possui contato mais próximo e, por vezes, com laços mais consolidados com a população adscrita⁽¹⁵⁾.

Neste cenário, os Agentes Comunitários de Saúde identificam mulheres em situação de violência, informam às enfermeiras e juntos discutem os cuidados e planejam intervenções em reunião da equipe⁽¹⁶⁾. Logo, a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde promove o acesso da mulher em situação de violência ao serviço de saúde e à equipe, que irá acolhê-la e abordar o problema. Assim, a visita domiciliar facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Com relação às visitas domiciliares realizadas por outros profissionais da equipe de ESF, como médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, estas são definidas de acordo com as necessidades de usuários e o agendamento se faz a partir da disponibilidade destes profissionais e da organização das demandas na unidade⁽¹⁸⁾.

Limites da visita domiciliar: presença do agressor, sobrecarga de trabalho e pouco tempo

Os resultados evidenciaram que a presença do agressor e de familiares no domicílio durante a visita domiciliar caracteriza um dos limites para que os profissionais desenvolvam a escuta dialogada com a mulher de forma segura e privada. Deste modo, os profissionais acreditam que a mulher deve estar sozinha durante a visita.

Na visita domiciliar a gente colocou como problema a privacidade, no caso a presença do agressor [...] na maioria dos casos, se ela sofre mesmo a agressão, ele procura estar junto pra que ela não conte, não relate o que acontece (P8UR1).

Na visita domiciliar a presença de outras pessoas seria o problema (P9UR1).

[...] a presença do agressor também causa limites, medo [...] o local que às vezes não está próprio, em que elas não ficam sozinhas (P6UR2).

O domicílio corresponde ao universo íntimo do casal e deveria ser um lugar em que a "segurança, confiança, harmonia, equilíbrio, afetividade, empatia, cumplicidade e respeito à autonomia"^(14:628) fossem necessários para as boas relações conjugais e

familiares. O fato de o agressor estar presente no momento da visita domiciliar pode significar, dentre outros, que ele não deseja que a mulher fale sobre o assunto com os profissionais. Neste aspecto, a violência representada pela relação de dominação masculina em relação à mulher ceifa quaisquer possibilidades de crescimento e autonomia desta⁽¹⁴⁾, limitando seus direitos de ir e vir, de expressar-se e de relacionar-se com os outros, com destaque para os profissionais de saúde.

Diante dessa composição, é preciso considerar que o domicílio e as famílias que nele habitam se constituem por diferentes realidades, culturas, valores e crenças multidimensionais, e a partir da observação dessas condições é que pode se elaborar um plano de cuidados ao usuário com base em negociações que buscam êxito⁽⁶⁾. E, em se tratando de situações de violência contra as mulheres, compreender o contexto em que estas e suas famílias se inserem é primordial para este êxito.

Embora a rede social da mulher que vivencia a violência seja composta por mães, sogras e filhos, estes, com frequência, não ameaçam o poder do parceiro/agressor⁽¹⁹⁾. Assim, a entrada de profissionais de saúde da ESF no domicílio poderá promover o estabelecimento de uma relação de vínculo e confiança com esta mulher, os quais tendem a encorajar a sua narrativa acerca da violência vivida, criando possibilidades de enfrentamento. Ressalta-se que o vínculo e a confiança encorajam a mulher para que exponha de modo aberto acerca da violência⁽⁷⁾, o que possivelmente não faria se não houvesse essa relação.

Outro limite da visita domiciliar às mulheres em situação de violência apontado pelos profissionais foi a sobrecarga de trabalho devido ao excesso de demanda na unidade e ausência de tempo. Essas condições limitam a realização da visita, especialmente quando se trata do profissional enfermeiro. Quanto ao tempo de duração da visita, este foi considerado insuficiente para que a mulher discorra sobre a violência.

Tu sabe que precisa fazer uma visita domiciliar junto com o Agente Comunitário de Saúde mas não consegue sair porque tem muita gente ali dentro {unidade} (P11UR2).

[...] um fator bem forte, que foi levantado pelos enfermeiros, é o tempo, a sobrecarga de trabalho [...] às vezes tu acaba não dando a devida atenção {visita domiciliar} (P6UR3).

[...] o tempo é curto para a mulher expor todo o problema [...] (P15UR4).

O ritmo excessivo de trabalho na unidade e

limitado pelo tempo dificulta a saída do enfermeiro da unidade, o que faz com este não visite as mulheres em situação de violência com mais frequência, quando comparado aos Agente Comunitário de Saúde. Constata-se que esta situação é recorrente na realidade das unidades de ESF, em que a demanda intensa de atividades faz com os enfermeiros priorizem as consultas de enfermagem, em detrimento das visitas domiciliares, evidenciando um modelo de assistência com base em riscos biológicos e ações programáticas⁽¹⁷⁾. Estas últimas determinam uma organização dos serviços de saúde pautada na fixação de normas, com horários, dias de atendimento, impedindo que os profissionais estabeleçam outras formas de atendimento/relações com os usuários⁽⁵⁾.

No que tange à duração de uma visita domiciliar, esta varia de acordo com as necessidades de cada família. Todavia, faz-se necessário determinar um período de tempo, considerando o número de visitas que cada profissional deverá realizar. Estudo mostra que o enfermeiro destina de dois a quatro turnos para visitas planejadas em equipe, ao passo que os Agentes Comunitários de Saúde realizam de oito a dez visitas por dia⁽¹⁷⁾.

Nas visitas domiciliares às mulheres em situação de violência, o tempo de duração da visita dependerá das condições em que a usuária se encontra. Assim sendo, é oportuno explorar melhor o fator tempo, pois pode significar que os profissionais não estão suficientemente preparados para atender às demandas sociais de saúde, dentre as quais a violência contra as mulheres.

Ações para a promoção de uma atmosfera privada e segura na visita domiciliar

Os profissionais consideraram a necessidade de encontrar um local com segurança, protegido do agressor e de familiares para que este e a mulher em situação de violência possam dar início à construção de um projeto terapêutico.

[...] é dar preferência ao local de confiança; no caso da mulher, a sós (P15UR4).

Tais concepções estão de acordo com os pressupostos do atendimento humanizado, o qual busca assegurar a privacidade e confidencialidade das informações em ambiente de confiança e respeito⁽²⁰⁾. Este ambiente é fundamental, haja vista que o diálogo que se pretende estabelecer na visita à mulher em situação de violência pode mobilizar nestes sentimentos de vergonha, raiva, medo e temor. Por outro lado, se

esse diálogo for bem conduzido, por um profissional atencioso, honesto, em uma conduta desprovida de julgamento e estigmatização⁽⁷⁾, sinalizar-se-á o interesse do serviço em dar suporte à situação vivida pela mulher⁽²⁰⁾.

O diálogo e a escuta no atendimento individual da mulher podem fazer com que esta reflita sobre suas vivências e dê um novo significado a elas e, desta forma, consiga enfrentar a problemática. Estar amparada por um profissional é uma forma de obter o suporte e dar início a um processo de resiliência⁽¹⁴⁾. Estudo sinaliza que falar sobre a violência durante a visita domiciliar impacta positivamente na autoestima das mulheres, além de aumentar sua consciência acerca dos serviços aos quais têm direito como vítimas de violência⁽⁷⁾.

A persistência dos profissionais nas visitas aos domicílios e o planejamento destas em um horário em que o agressor não esteja em casa foram indicados pelos profissionais como ações para a promoção de um ambiente resguardado para a mulher em situação de violência.

[...] persistir na visita, porque uma hora ou outra ele {o agressor} não vai estar em casa [...] acredito que não vai ser sempre que ele vai estar (P8UR2).

O domicílio é o local em que a mulher vivencia o sofrimento advindo da violência⁽²⁾. Por isso, é preciso considerar as particularidades de cada situação, verificando qual é o melhor horário para a usuária receber a equipe e atentando sempre para o ambiente familiar. Nessa lógica, sublinha-se a importância do emprego das tecnologias relacionais para produção do vínculo entre a mulher e o profissional, assegurando a produção de um cuidado⁽⁵⁾ que considere os aspectos biopsicossociais do processo saúde/doença desta mulher. O vínculo e a escuta são tecnologias potentes para o acolhimento às mulheres em situação de violência na ESF⁽¹⁾ e podem ser benéficos no momento de dar orientações sobre os serviços de proteção e segurança às mulheres nesta situação.

A essência do cuidado representado pela visita domiciliar está na forma de trabalho fora da unidade de ESF, o que cria possibilidades singulares pela liberdade que os profissionais têm para conduzir suas ações. A relação com as mulheres e suas famílias e o conhecimento de seus contextos de vida promovem o desenvolvimento de alternativas coletivas e, talvez, mais adequadas para o cuidado e para a produção de autonomia. As tecnologias relacionais ofertadas neste

cuidado servem de base à compreensão das necessidades das famílias, as quais têm o domínio do espaço domiciliar e vão muito além da transmissão de informações que podem auxiliar no enfrentamento de seus problemas⁽²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar, como uma tecnologia leve-dura, pode ser tomar uma estratégia de abordagem da violência contra as mulheres. Ainda, a adoção de tecnologias leves representa o encontro permeado pela escuta dialogada com uma linguagem adequada e sensível que permite conhecer a subjetividade das mulheres em situação de violência, as quais vivem em um ambiente conjugal e familiar dominado pela figura masculina.

Desenvolver a visita domiciliar às mulheres em situação de violência implica vencer uma gama de desafios, os quais se relacionam às condições que a problemática impõe, que vão além de uma sistematização de dados objetivos e subjetivos observados nas relações familiares e no ambiente do domicílio.

Embora a visita domiciliar tenha sido vista pelos profissionais como potencial para identificar situações de violência e apreender melhor o que não se consegue na unidade de ESF, a presença do agressor e de familiares no momento da visita, a sobrecarga de trabalho na unidade e o pouco tempo para abordar o problema foram constatados como limites da prática.

A superação destes limites está em proporcionar uma atmosfera privada e segura por meio da persistência e do planejamento das visitas domiciliares pelos profissionais. Soma-se a capacidade dos profissionais das equipes de ESF interagirem nos domicílios por meio de tecnologias relacionais eficientes, buscando alternativas capazes de transformar este espaço de cuidado, de modo a ampliar a autonomia das mulheres e de suas famílias.

A inclusão rotineira da visita domiciliar na ESF como tecnologia leve-dura, voltada às mulheres em situação de violência, possibilita aprimorá-la como técnica de abordagem do problema. Neste sentido, reflexões sobre construções sociais de gênero podem subsidiar os profissionais para qualificar esta prática, uma vez que não se pode deixar de considerar que estes são espaços generificados.

POTENTIAL AND LIMITS OF HOME VISITS TO IDENTIFY AND ADDRESS WOMEN IN SITUATION OF VIOLENCE

ABSTRACT

This study aimed to capture the potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. It is a participant research with 38 professionals (nurses, nursing and community health agents) of six teams from the Family Health Strategy of a municipality located in the northwestern region of Rio Grande do Sul, Brazil. The data production occurred between November 2015 and March 2016, from six educational workshops. Data were analyzed by means of thematic analysis. The home visit is potential to identify situations of violence against women and observe the marital and family relations at home. The limits of the research were the presence of the aggressor and relatives, the workload in the unit and short time to address the issue. To overcome them, professionals identified that creating a private and secure atmosphere can be a proposal to be carried out through persistent and planned visits. Including the home visits as hard-light technology geared to women in situation of violence as a routine in the Family Health Strategy, may be a technique to approach the problem.

Keywords: Home visits. Violence against women. The Family Health Strategy.

POTENCIALIDADES Y LÍMITES DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA IDENTIFICAR Y ABORDAR A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de comprender potencialidades y límites de la visita domiciliar para identificar y abordar a mujeres en situación de violencia. Se trata de una investigación participante de la cual hicieron parte treinta y ocho profesionales (enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud) de seis equipos de la Estrategia Salud de la Familia de un municipio ubicado en la región Noroeste del Rio Grande do Sul, Brasil. La producción de los datos ocurrió entre noviembre de 2015 y marzo de 2016, a partir de seis talleres pedagógicos. Los datos fueron analizados por medio de análisis temático. La visita domiciliar es potencial para identificar situaciones de violencia contra las mujeres y observar las relaciones conyugales y familiares en el ambiente doméstico. Como límites, se constató la presencia del agresor y de familiares, la sobrecarga de trabajo en la unidad y poco tiempo para abordar la cuestión. Para superarlos, los profesionales indicaron la creación de una atmósfera privada y segura como propuesta para llevarse a cabo a través de la persistencia y planificación de las visitas. Incluir la visita domiciliar como tecnología blanda-dura dirigida a las mujeres en situación de violencia como rutina en la Estrategia Salud de la Familia posibilita perfeccionarla como técnica de abordaje del problema.

Palabras clave: Visita domiciliar. Violencia contra la mujer. Estrategia Salud de la Familia.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014. [citado 2016 dez 28];48(esp 2):32-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf>
2. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber, LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014 [citado 2016 set 30];23(3):814-27. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568/91452>
3. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na Atenção Primária à Saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013 [citado 2017 set 29];2(6):1230-40. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
5. Franco TB Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus*. 2012 [citado 2016 set 29];6(2):151-63. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>
6. Nascimento JS, Costa LMC, Santos RM, Anjos DS. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2013 [citado 2017 set 29];26(4):513-22. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3116/pdf>
7. Bacchus LJ, Bullock L, Sharps P, Burnett C, Schminkey D, Buller AM, Campbell J. 'Opening the door': A qualitative interpretive study of women's experiences of being asked about intimate partner violence and receiving an intervention during perinatal home visits in rural and urban settings in the USA. *J Res Nurs*. 2016 [citado 2017 out 4];21(5-6):345-64. Disponível em: <http://journals.sagepub.com.ez47.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1744987116649634>
8. Jack SM, Ford-Gilboe M, Davidov D, MacMillan HL. Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *J Clin Nurs*. 2016 [citado 2017 out 4];26:2215-28. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13392/abstract;jsessionid=C972EE7F3DCD1ABBF448D846DA89A0BC.f04t02>
9. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: Brandão CR, Streck DR (editores). *Pesquisa participante: o saber da partilha*. 2ª ed. Aparecida: Idéias & Letras; 2006.
10. Le Boterf G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão CR, org. *Repensando a Pesquisa Participante*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1985.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm*. 2013 [citado 2016 out 2];22(4):935-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/09.pdf>
14. Labronici LM. *Processo*

de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto & Contexto Enferm.* 2012 [citado 2016 dez 3]; 21(3):625-32. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a18.pdf>

15. Arboit J, Costa MC, Hirt MC, Padoin SMM, Colomé ICS, Soares JSF. Violência doméstica contra mulheres rurais: interfaces de gênero na concepção de agentes comunitários de saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2015 [citado 2017 out 4];14(2):1067-74. Disponível em:

http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23650/pdf_365

16. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013 [citado 2017 set 29];34(1):180-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/23.pdf>

17. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014 [citado 2017 set 29];16(1):161-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf

18. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: o desafio de se mover no território. *Interface Comun Saúde Educ.* 2013 [citado 2016 set 16];17(44):61-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>

19. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Vilella WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013 [citado 2016 set 17];18(5):1293-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/14.pdf>

20. Ministério da Saúde (Brasil). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; Instituto Sítio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016.

Endereço para correspondência: Jaqueline Arboit. Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro Camobi, Santa Maria (RS), Brasil. CEP: 97105-900. E-mail: Jaqueline.arboit@hotmail.com

Data de recebimento: 10/02/2017

Data de aprovação: 13/10/2017