

A visita domiciliar em contexto de vulnerabilidade social: perspectiva das pessoas visitadas

Girlane Mayara Péres¹ e Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré²

Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção do Sistema Único de Assistência Social e principal elo entre as equipes e as famílias. Esta pesquisa de natureza qualitativa objetivou compreender a experiência da visita domiciliar, na perspectiva das famílias acompanhadas pelo Sistema Único de Assistência Social. Realizaram-se 12 entrevistas em profundidade com pessoas das famílias visitadas. Os dados foram organizados e analisados na perspectiva da Teoria Fundamentada, com o auxílio do software Atlas.Ti 8.4. Os resultados evidenciaram famílias com histórias de vulnerabilidades e expostas a violências, as entrevistadas desconheciam o motivo real da visita domiciliar e construíram vínculos ambivalentes com os profissionais. Destaca-se a necessidade de refletir sobre a proposta do vínculo comunitário e os objetivos da visita domiciliar, entre famílias e profissionais envolvidos.

Palavras-chave: visita domiciliar; prática profissional; SUAS; psicologia; Teoria Fundamentada

Visita domiciliaria en el contexto de vulnerabilidad social: perspectiva de los visitados

La visita domiciliaria es un instrumento de intervención del Sistema Único de Asistencia Social, siendo el principal vínculo entre los equipos y las familias. Esta investigación de naturaleza cualitativa, tuvo como objetivo comprender la experiencia de la visita domiciliaria desde la perspectiva de las familias acompañadas por el Sistema Único de Asistencia Social. Se realizaron 12 entrevistas en profundidad, con personas de las familias visitadas. Se llevó a cabo la organización y análisis de los datos en la perspectiva de la Teoría Fundamentada, con la ayuda del software Atlas. Ti 8.4. Los resultados evidenciaron familias con historias de vulnerabilidades y expuestas a violencias; las entrevistadas desconocían el real motivo de la visita domiciliaria, construyendo vínculos ambivalentes con los profesionales. Destacase la necesidad de reflexionar sobre la propuesta de vínculo comunitario y los objetivos de la visita.

Palabras clave: visita domiciliaria, práctica profesional, SUAS, psicología, Teoría Fundamentada

Girlane Mayara Péres  <https://orcid.org/0000-0002-8156-8145>

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  <https://orcid.org/0000-0003-2468-8180>

Toda correspondência referente a este artigo deve ser enviada para Girlane Mayara Péres. Servidão Cristiano Wanderley Faria, 60, apto 703, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Contacto: mayperes@gmail.com



Home visit in the context of social vulnerability: people visited perspective

Home visits are an intervention instrument of the Unified Social Assistance System and the main link between teams and families. This qualitative research aimed to understand the experience of home visits, from the perspective of families monitored by the Unified Social Assistance System. So, 12 in-depth interviews were conducted with people from the families visited. The data were organized and analyzed from the perspective of Grounded Theory, with the aid of the software Atlas.Ti 8.4. The results showed families with histories of vulnerabilities and violence, the interviewees were unaware of the reason for the home visit and built ambivalent bonds with the professionals. The need to reflect on the proposal of the community bond and the objectives of home visits, between families and professionals, is highlighted.

Keywords: home visit; professional practice; SUAS; psychology; Grounded Theory

Vulnérabilité sociale et visite à domicile: point de vue des personnes visitées

La visite à domicile est un instrument d'intervention du système unifié d'assistance sociale, étant le lien principal entre les équipes et les familles. Cette recherche qualitative visait à comprendre l'expérience des visites à domicile du point de vue des familles accompagnées du système unifié d'assistance sociale. Douze entretiens approfondis ont été menés avec des membres des familles visitées. Les données ont été organisées et analysées du point de vue de Théorie Fondée, à l'aide du logiciel Atlas.Ti 8.4. Les résultats ont montré des familles ayant des antécédents de vulnérabilité et exposées à la violence ; les personnes interrogées ignoraient la véritable raison de la visite à domicile, établissant des liens ambivalents avec les professionnels. Insistez sur la nécessité de réfléchir au lien communautaire proposé et aux objectifs de la visite.

Mots-clés: visite à domicile ; pratique professionnelle ; SUAS ; psychologie ; Théorie Fondée

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social e materializada pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS), foi garantida como direito pela Constituição de 1988. Nessa perspectiva, passou de um caráter caritativo e fiscalizatório para se tornar uma política pública, o que exigiu uma mudança epistêmica e de postura dos profissionais que a executavam (Cruz & Guareschi, 2014). A PNAS visa à proteção social das pessoas que dela necessitam, ou seja, pessoas e famílias que estão em situação de risco ou vulnerabilidade social (Brasil, 2004).

A vulnerabilidade social é entendida como a condição das famílias e pessoas em que há “perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, [...] desvantagem pessoal resultante de deficiências [...], exclusão pela pobreza e, ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos” [...] (Brasil, 2004, p. 33). Nessa direção, os profissionais para o acompanhamento das famílias em situação de vulnerabilidade, sobretudo os psicólogos, buscam compreender os significados nas ações do sujeito e da família e consideram suas crenças, culturas, dimensões históricas e sociais, e estilos de vida familiar. Além disso, os psicólogos trabalham na perspectiva de que as subjetividades das famílias são construídas na interação com os aspectos afetivo-relacionais e histórico-culturais que os cercam (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012).

O SUAS e a PNAS organizam suas ações por níveis de proteção, que são: a proteção social básica, a proteção social especial de média complexidade e a proteção social especial de alta complexidade. A Proteção Social Especial de média complexidade (PSE) possui como um dos serviços a Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que se aproxima do cotidiano das pessoas nas comunidades onde vivem. Esse serviço presta apoio, orientação e

acompanhamento às famílias e pessoas que estão em situação de violência física, sexual, psicológica ou negligência. Suas ações pautam-se na preservação e no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários a fim de potencializar a função protetiva da família diante das vulnerabilidades (Brasil, 2014; Nicoletti et al., 2017).

O PAEFI, na sua busca pela construção de vínculos socio-comunitários, considera três dimensões indissociáveis para a compreensão e a intervenção psicossocial, que são: a pessoa, a família e o contexto. Nesse sentido, toda a prática precisa ser construída sob a égide das mesmas. A pessoa, como uma das dimensões, é entendida em sua relação familiar, uma vez que é nos processos de identificação e socialização que ocorrem nela que “o indivíduo sabe quem ele é, quais são suas origens, com quem se parece e se diferencia e como vive os valores da cultura e da sociedade” (Coelho, 2010, p. 286). A família, por sua vez, é compreendida considerando as interfaces da sua dimensão histórica, social/cultural e de regulação entre os seus membros (Coelho, 2010).

No que concerne à dimensão do contexto, onde se circunscrevem as condições socioeconômicas, as famílias de baixa renda, por vezes, apresentam seu ciclo de vida prejudicado por determinantes sociais como o desemprego, a desnutrição, a exclusão (violência social), a precariedade habitacional e o saneamento básico inadequado. Esse conjunto contribui para a situação de vulnerabilidade e de violência familiar (Brasil, 2004; Coelho, 2010). Além disso, as condições contextuais mencionadas podem favorecer o desenvolvimento de sofrimento psíquico e o transtorno mental, o que compromete a autoestima e a capacidade de reação das pessoas e famílias envolvidas (Barbosa et al., 2014).

Salienta-se a importância da superação da relação linear entre o status socioeconômico e o nível de funcionamento familiar, haja vista que as famílias de baixa renda aprendem uma variedade de recursos e respostas, que exigem criatividade e força por parte delas, para lidar com um ambiente empobrecido e hostil (Coelho, 2010). Também no atendimento do PAEFI, além das dimensões égides de sua atuação e das condições a elas inerentes, soma-se a presença ou a ausência de

políticas públicas efetivas de saúde, de habitação, e de assistência social (Coelho, 2010).

Reconhecendo a complexidade desta realidade, o PAEFI apresenta um conjunto de práticas e instrumentos de intervenção e acompanhamento das famílias em situação de risco, entre eles a visita domiciliar (VD). Ela consiste em uma “técnica social, de natureza qualitativa, por meio da qual o profissional se debruça sobre a realidade social com a intenção de conhecê-la, descrevê-la, compreendê-la ou explicá-la” (Amaro, 2014, p. 16). Nessa perspectiva, a equipe profissional utiliza a VD para conhecer a realidade familiar, suas condições de vida e sua dinâmica, o que possibilita o olhar ampliado à família e as intervenções mais assertivas (Amaro, 2014; Souza & Francisco, 2015). Além disso, a VD pode ser utilizada para o fortalecimento de famílias e o desenvolvimento de habilidades e competências parentais (Berger & Font, 2015). Dessa forma, a visita consiste em um importante e recorrente instrumento de intervenção no contexto da PSE (Conselho Federal de Psicologia, 2012; Brasil, 2014), uma vez que aproximadamente 98% das equipes do CREAS a concretizam (Brasil, 2013).

Nessa direção e baseando-se na mudança epistêmica da Política de Assistência Social brasileira (que envolve elementos conceituais, teóricos e práticos, relacionados à concepção de usuário, que passa da posição de objeto para sujeito com direitos e deveres, e da nova forma de utilização dos recursos teóricos e metodológicos), a visita domiciliar tem sua prática tensionada na medida em que ora é promotora de cuidados e ora de fiscalização familiar (Lauermann, 2015). Isso significa que, mesmo guiados por uma postura que garanta a proteção das famílias, há uma linha tênue entre cuidado e fiscalização, visto que os profissionais podem vir a cometer violências mascaradas por uma concepção de cuidado e proteção tradicional (Lauermann, 2015). Coaduna-se com a reflexão de Lauermann, (2015) quando afirma que na prática da VD pode haver resquícios da antiga política em que a assistência social tinha poder de polícia e que os profissionais eram lançados pelo judiciário para exercerem autoridade sobre a família.

Cabe mencionar que a promulgação da Constituição brasileira, em 1988, da PNAS, em 2004 (Brasil, 2004) e da resolução 017/11 do Conselho Nacional de Assistência Social que garantiu a obrigatoriedade do psicólogo na composição das equipes do SUAS (Brasil, 2011), implicou em uma forte inserção dos psicólogos no campo do bem-estar social, tornando-se a segunda maior categoria profissional no contexto do SUAS (Ribeiro & Guzzo, 2014). Esse conjunto de fatores acima mencionados contribuiu para uma mudança epistêmica no campo da psicologia brasileira, principalmente para a ressignificação do seu exercício profissional, na medida em que sua prática anteriormente baseava-se em concepções tradicionais, clínicas e individualizadas, voltadas para as classes médias e altas da sociedade (Ribeiro & Guzzo, 2014).

Dessa forma, o psicólogo no campo da proteção social encontra-se em um processo de mudança, em que, por um lado, ainda desempenha práticas tradicionais e conservadoras, o que contribui com condutas relativas à discriminação, à opressão e à negligência das pessoas em contextos vulneráveis (Florentino e Melo, 2017). E, por outro lado, realiza práticas que promove autonomia e empoderamento das famílias por meio do reconhecimento dos elementos presentes nos contextos de vulnerabilidade e como cada sujeito se apropria das condições sociais e vivencia esse contexto (CFP, 2012; Ribeiro & Guzzo, 2014).

Ademais, para Ribeiro e Guzzo (2014) há carência na formação dos psicólogos para a inserção no contexto da proteção social, sobretudo que problematize elementos teóricos, metodológicos e políticos que nele existem. Consoante a isso, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2012) através do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) indica a necessidade de pesquisas para subsidiar o profissional da psicologia no contexto do SUAS.

Com base nessas considerações e reconhecendo a necessidade de pesquisas sobre a visita domiciliar no contexto da PSE, dada sua especificidade e escassez de estudos sobre essa temática, principalmente no que diz respeito às experiências e significações das famílias visitadas, sobre esse instrumento no contexto da Política de Assistência Social,

pergunta-se: quais as especificidades e singularidades da visita domiciliar que podem afetar uma escuta profissional qualificada das famílias atendidas? Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo compreender as experiências da visita domiciliar na perspectiva das famílias acompanhadas pelo PAEFI. Considera-se que a relevância deste estudo consiste em ofertar subsídios para problematizar a utilização da visita domiciliar, visto a mudança epistêmica na construção da política de assistência social, a qual tradicionalmente se sustentava num modelo assistencialista e de fiscalização. E, na possibilidade de contribuir com a prática profissional, na busca de uma escuta qualificada das famílias atendidas, no contexto da visita domiciliar.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, vinculada a um estudo de investigação maior, que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (TFDc), proposta por Kathy Charmaz (2009). A TFDc possui como pressupostos o planejamento da coleta dos dados, a simultaneidade entre recolher e analisar os dados, a comparação constante dos elementos de análise, a codificação baseada nos dados e a produção de memorando e diagramas (Charmaz, 2009).

Participantes

A coleta dos dados ocorreu com doze pessoas que, juntamente com suas famílias, estavam sendo acompanhadas pelo PAEFI do município. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: serem responsáveis pela família; terem 18 anos ou mais; sua família estar vinculada ao PAEFI e terem duas ou mais experiências de visita domiciliar.

Das participantes, todas foram mulheres, sendo que metade (n=6) das entrevistadas eram avós ou bisavó da pessoa em situação de violência (PSV). Do total de mulheres, nove estudaram até o ensino fundamental, duas até o ensino médio, e uma tinha o ensino superior incompleto. Em relação à religiosidade, seis eram evangélicas, quatro

católicas e duas cristãs. No momento da entrevista, a média do tempo de acompanhamento delas e de suas famílias pelo PAEFI foi de dois anos e sete meses, e a média de VDs recebidas foi de cinco.

Na Tabela 1, encontram-se sistematizadas as doze entrevistas efetuadas. Salienta-se que, com vistas à melhor apresentação dos dados, adotaram-se as seguintes siglas: negligência (NE), violência psicológica (VP), violência física (VF), conselho tutelar (CT), pessoa em situação de violência (PSV) e organização não governamental (ONG).

O trabalho foi aprovado pela Secretaria Municipal de Assistência Social do município onde a pesquisa foi desenvolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), da Universidade Federal de Santa Catarina, com número de parecer 2.320.439. O estudo foi realizado em um município do sul do Brasil que, no ano de 2018, possuía dois CREAS com um PAEFI cada.

Instrumentos

A coleta dos dados ocorreu por meio de doze entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro foi composto por dados sociodemográficos e de identificação dos participantes, além de questões norteadoras, referentes à experiência sobre a visita domiciliar realizada pelas equipes do PAEFI.

Cabe aqui apontar que o número total de entrevistas se ancorou em rigoroso estudo metodológico de Guest, Bunce e Johnson (2006), em que o número de 12 entrevistas realizadas em profundidade demonstrou ser suficiente, no âmbito da pesquisa qualitativa, para atingir a saturação dos dados de entrevistas em profundidade no contexto qualitativo. A presente pesquisa evidenciou que a partir da sexta e/ou sétima entrevista começava a saturação de dados, sendo que na décima segunda se atingiu a saturação, visto a ausência de novos dados relevantes em torno do objetivo do estudo. Por sua vez, julga-se necessário apontar que foi realizado um encontro entre as pesquisadoras para a organização e sensibilização das perguntas e melhor preparação para a entrevista. Salienta-se que foi realizada uma primeira entrevista que permitiu o aperfeiçoamento final do instrumento para sua aplicação.

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica dos participantes entrevistados que foram visitados pelo PAEFI*

Código	Idade	Gênero	Escolaridade	Religião	Pessoa da família entrevistada	Tempo de atendimento PAEFI	Nº VD	Instituição encaminhadora	Motivo do encaminhamento
P1	21	Feminino	Ensino fundamental	Católica	Madrasta do autor da violência	2 anos e 3 meses	4	CT	NE e VF
P2	32	Feminino	7ª série	Católica	Mãe e PSV	2 anos e 7 meses	3	CT	VS
P3	34	Feminino	5ª série	Evangélica	Mãe da PSV	3 anos e 3 meses	4	CT	VS
P4	37	Feminino	Ensino médio incompleto	Cristã	Mãe do autor da violência	1 ano e 4 meses	3	CT	Adolescente suspeito de ter praticado VS
P5	40	Feminino	Ensino médio	Evangélica	Irmã da PSV, filha e enteada dos autores	2 anos e 5 meses	5	CT	NE e conflitos dos progenitores
P6	42	Feminino	Superior incompleto	Cristã	Mãe da PSV, esposa do autor	6 meses	2	CT	VS, VF, VP, NE.
P7	54	Feminino	2ª série do ensino fundamental	Evangélica	Avó das PSV e mãe da autora	2 anos e 9 meses	11	CT	NE e VF conjugal
P8	60	Feminino	4ª série do ensino fundamental	Católica	Avó das PSV, mãe e sogra dos autores	3 anos	11	ONG	VP e suspeita de VS pelo genitor e VF e NE da genitora com os três filhos
P9	67	Feminino	4ª série do ensino fundamental	Católica	Avó da PSV e esposa do autor	1 ano	2	CT	VS
P10	68	Feminino	Ensino fundamental	Evangélica	Avó e neta estão em situação de violência	1 ano e 1 mês	4	CT	VF e VP perpetrada pelo filho contra ela e a neta.
P11	75	Feminino	5º ano do ensino fundamental	Evangélica	Avó da PSV e esposa do autor	1 ano e 4 meses	5	CT	Neto pediu para ser acolhido, VP pelo marido da avó.
P12	78	Feminino	1º ano do ensino fundamental	Evangélica	Bisavó da PSV	3 anos e 2 meses	7	CT	NE e VF

Nota. Elaborado pela autora desse estudo, 2020.

Procedimentos

A coleta dos dados foi realizada no próprio PAEFI em uma sala que garantia o sigilo e a confidencialidade das informações. No início das entrevistas, a pesquisadora apresentava-se e explicava o objetivo da pesquisa. Com o manifesto desejo da pessoa em participar, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, após assinado, era entregue uma via para a pessoa e a outra ficava com a pesquisadora.

Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme a TFDc, em que, na etapa inicial, realizou-se a codificação palavra por palavra, linha por linha ou incidente por incidente. Para Charmaz (2009, p.16) “codificar significa associar marcadores a segmentos de dados que representam aquilo de que se trata cada um dos segmentos”. Na segunda etapa da análise dos dados, chamada de focalizada, por meio da comparação constante entre os dados, coadunaram-se os códigos que apresentavam segmentos semelhantes, formando os códigos centrais, as subcategorias e, após, as categorias. Os dados foram codificados com auxílio do software Atlas.ti versão 8.4. Cabe apontar que todo o processo de codificação foi acompanhado por duas pesquisadoras com experiência nessa proposta metodológica, as quais permitiram a melhor organização dos dados no contexto das narrativas das participantes desta investigação. Com esse processo de análise, construiu-se uma categoria central intitulada “compreendendo os significados e a prática profissional da visita domiciliar na perspectiva das famílias visitadas”, que evidenciou as experiências das pessoas acompanhadas pelos profissionais do PAEFI sobre a visita domiciliar (Figura 1).

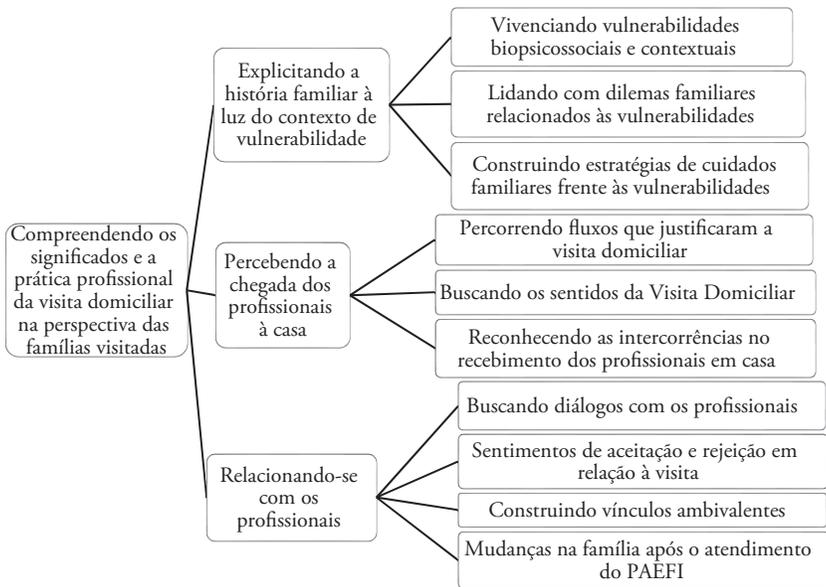


Figura 1. Categorias de análise

Resultados

Os resultados organizados conforme a Figura 1 abarcam elementos sobre as dinâmicas e recursos familiares, os significados atribuídos à VD e os sentimentos e vínculos relacionados aos profissionais e ao PAEFI.

Explicitando a história familiar à luz do contexto de vulnerabilidade

Esta primeira subcategoria congrega dados sobre os dilemas familiares em contextos de vulnerabilidade e violência. Identificou-se que as pessoas entrevistadas vivenciavam em suas famílias nucleares vulnerabilidades biopsicossociais e contextuais relacionadas às limitações financeiras, às doenças físicas e aos transtornos mentais. A vulnerabilidade financeira fez-se presente de diferentes maneiras no relato das

entrevistadas, como, por exemplo, na narrativa de P9, que aos 67 anos recebia um salário mínimo, sustentava todos da família, e a perícia médica solicitou que ela voltasse a trabalhar sob o risco de perder a renda. P10 também informou carência financeira, principalmente para repor o que o filho usuário crônico de cocaína quebrava em casa.

As doenças físicas, presentes em pessoas do núcleo familiar, foram acidente vascular cerebral (AVC) com sequelas musculoesqueléticas e perda de fala, epilepsia, câncer e rinorreia crônica devido ao uso abusivo de cocaína. As participantes também relataram a presença de transtorno mental ou limitações cognitivas significativas em pessoas de suas famílias como deficiência intelectual leve, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, depressão, hiperatividade e uso abusivo e crônico de álcool e outras drogas. Ao descreverem a dinâmica familiar, as participantes descreveram vivências relacionadas ao sofrimento psíquico. Como exemplo disso, P2 informou situações em que o filho adolescente permaneceu 20 dias sem tomar banho, queimou o rosto e botou fogo na casa, apresentava-se depressivo e “arrancava as unhas”. Uma das avós entrevistadas (P11) relatou que em sua família a mãe do neto havia sido internada no hospital psiquiátrico oito vezes, assim como o neto adolescente havia sido internado em uma comunidade terapêutica e no centro para menores infratores.

Os dados também evidenciaram sofrimento psíquico intenso dos cuidadores, o que refletia nos limites emocionais para cuidar dos filhos e na necessidade da presença de outro familiar para assumir esses cuidados. Exemplifica-se esse contexto por meio da narrativa de P11, que é avó e possui a guarda do neto; ela relatou que sua filha tinha diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e foi internada em hospital psiquiátrico, o pai do neto era usuário de crack e o neto tinha diagnóstico de hiperatividade. De forma similar, na família de P5, que tem a guarda da irmã, o pai fazia uso abusivo de álcool e sua esposa tinha o diagnóstico médico de transtorno afetivo bipolar. Para P10, que tem a guarda da neta, o filho fazia uso crônico de cocaína e a mãe da neta possuía outros três filhos, havia sido presa por três meses e, ao sair, agrediu

fisicamente sua própria mãe e ficou na rua com os filhos. Já P2 relatou que ela e o filho foram abusados sexualmente pela família.

[...] Na realidade o meu filho foi molestado, torturado e estuprado, né. [...] Daí a gente acabava brigando, eu acabava batendo nele, daí depois elas [profissionais do PAEFI] foram me ensinando como que... que pra mim foi tudo novo, um negócio que aconteceu comigo na infância, aconteceu com ele, entendeu. Daí, pra mim, mexeu muito comigo (P2).

Com base nessas narrativas, que apresentavam situações de vulnerabilidades relacionadas aos genitores, identificou-se que no contexto familiar emergiram outros cuidadores, de modo que houve destaque às matriarcas das famílias, haja vista que metade das entrevistadas eram avós ou bisavó da pessoa em situação de violência (PSV). Por exemplo, uma das avós cuida dos netos desde que eles eram crianças pequenas, outra senhora cuida da filha com AVC e da bisneta, outra senhora de 67 anos cuida da neta e do filho que faz uso abusivo de drogas, uma avó, segundo ela, cuida da família e do sustento da mesma.

As pessoas entrevistadas relataram que precisavam lidar cotidianamente com dilemas familiares relacionados às vulnerabilidades e violências; sobre isso, a entrevistada P9 relatou que seu marido, autor da violência, infringia o mandado judicial de afastamento da neta, acessando a residência delas quando estavam em casa. Nesses momentos, a polícia militar era acionada por elas, e, frequentemente, durante sua ação, os policiais machucavam o senhor de 70 anos. Sobre isso, P9 diz:

Agora, faz mais de uma hora atrás [que ele foi na casa]. Isso que ele tem ordem pra nem pisar dentro de casa né. Mas, ele chega com aquela autoridade, como dono da casa, vem lá da praia pra nos incomodar. Mas, como ela [neta] já tava saindo né, a gente nem chamou a polícia. Quando a polícia vem, machuca muito ele, joga ele no chão, arrebenta todo ele. Dessa última vez, ele ficou até... rasgaram todo o braço dele, meteram a algema, não tem necessidade né, ele não é bandido. (P9)

Em outra situação, relatada por P10, ela, a neta e o filho, usuário de cocaína há 20 anos e autor da violência, residiam na mesma casa. Em virtude das diversas dificuldades de convivência com o filho, ela solicitou à Justiça que o filho saísse de casa. Essa determinação judicial seria cumprida na semana em que ocorreu a entrevista: “A justiça disse que até quarta feira ele vai pra rua, eles vão lá botar ele na rua. É muito triste e eu tenho medo que matem, ele era muito visado na época, queriam matar” (P10). Nos dois casos relatados, instaurou-se um complexo dilema familiar na medida em que os familiares sentem medo da ação do autor de violência e, por isso, querem distância do mesmo e, ao mesmo tempo, não desejam ou esperam que ele sofra alguma punição indevida de seus atos.

Frente às vulnerabilidades, essas mulheres construíram estratégias possíveis de cuidados familiares relacionadas à proteção, à rede social significativa e à dimensão financeira. Os cuidados de proteção à família e/ou à PSV foram: mudança de estado para ajudar o filho; solicitação para que o filho usuário de drogas saísse de casa; afastamento de casa com a bisneta durante quatro dias para ficarem protegidas e recusa em chamar a polícia para o próprio neto. Percebe-se que esses cuidados se relacionam principalmente ao vínculo com a PSV, como mostra P12: “ela [a bisneta] não quer morar com a mãe, quer morar comigo. Ela diz que não fica sem eu (risos). Vou fazer o que? Eu faço tudo por ela. Faço tudo por ela. Eu disse pra ela: enquanto a vó viver, a vó vai tá do teu lado”.

As estratégias de cuidados familiares também se relacionaram à presença de rede social significativa, de modo que houve destaque à solicitação de ajuda para outros filhos que moravam perto ou em outros municípios. No que diz respeito aos recursos de cuidado interpessoal, foram citados a prática de esportes vinculados a instituições como grupos de caminhada, vôlei, hidroginástica ou balé. Outro importante recurso citado foi a participação em atividades culturais como teatro e grupos comunitários como os da igreja e o da terceira idade.

O cuidado financeiro foi referido por duas das entrevistadas. Em uma das famílias, da P9, a senhora e a neta faziam pão para vender,

sendo que a neta também vendia bolo na escola regular e na escola de dança para comprar os calçados para dançar. Além disso, a participante P12, com 78 anos, relatou que para complementar a renda fazia artesanatos.

Percebendo a chegada dos profissionais à casa

A segunda subcategoria traz à tona os fluxos institucionais percorridos pelas entrevistadas até o início do atendimento no PAEFI, a chegada dos profissionais em suas residências e os sentidos dados à VD por elas. As participantes entrevistadas relataram que, antes de iniciarem o atendimento pelo PAEFI, percorreram outras instituições devido à situação de vulnerabilidade e violência familiar. Os serviços da rede de saúde percorridos por elas foram: Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPS infanto-juvenil (CAPSi), CAPS álcool e drogas (CAPSad), hospital infantil e hospital geral.

No que diz respeito aos serviços do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) citaram a delegacia, a delegacia da mulher, o Conselho Tutelar (CT), o fórum, o juizado e a promotoria. Foram também mencionados serviços do terceiro setor como: casa lar, comunidades terapêuticas, instituições de internação para dependentes químicos, alcoólicos anônimos, programa menor aprendiz e Organizações Não Governamentais (ONG) com projetos sociais. Uma das entrevistadas mencionou também ter ido ao Instituto Médico Legal (IML), órgão vinculado à Secretaria de Segurança Pública. Elas citaram terem sido visitadas pela UBS, CT e CAPSi.

Durante a entrevista, as participantes trouxeram discursos relativos aos significados atribuídos a essas instituições, os quais giraram em todo da ideia de serem cuidadas e também sobre a rejeição e a violência de tal prática. Chama a atenção entre as narrativas a compreensão sobre o que o psiquiatra do CAPSad disse durante um atendimento: “Ele [filho] nunca que vai deixar a senhora e a sua filha. É difícil conviver com ele. Eu vejo aqui, a gente não agüenta ele aqui no CAPS, mandamos ele embora. Mas, ele nunca vai largar vocês” (P10).

A relação com a Polícia Militar e sua atuação fez-se presente em diversos momentos das entrevistas e no relato de diferentes entrevistadas. As participantes trouxeram principalmente narrativas sobre a agressividade desta corporação, como mostra os exemplos: “ó neguinha, corre que a polícia está batendo nele [filho]” (P10); “ele [filho] já foi muito judiado pela polícia” (P10); “quando a polícia vem machuca muito ele [marido]” (P9). As participantes também compreendiam que o juizado “é quem manda” (P12) e determinou as internações compulsórias, a medida protetiva para que o marido não acessasse a casa e que o filho saísse da residência. No que tange à compreensão sobre o CT, se por um lado uma das entrevistadas disse que sempre foi bem atendida pelo serviço, por outro lado, uma participante informou que foi ameaçada pelo CT de denúncia ao judiciário e que a conselheira se mostrou “autoritária”.

E aí o que acontece, ela [profissional do CT] chegou lá e ele [filho] tava dormindo, daí diz ela: “tu queres que ele vire um vagabundo?”. A conselheira né, porque ele tem que fazer alguma coisa... só que não dá pra eu ocupar muito a cabeça dele. Ele já tá fazendo uns cursos né. Eu acho que tem que ser com calma. [...] Eu tenho até medo de olhar assim um carro do conselho tutelar, porque foi tão agressiva da parte dela (P2).

No que diz respeito ao início do atendimento das famílias no PAEFI, das doze pessoas entrevistadas, onze iniciaram por encaminhamento do CT e uma por uma ONG, que atendia famílias, crianças e adolescentes que sofreram violação de direitos.

Quando perguntadas sobre a chegada dos profissionais em sua casa, algumas entrevistadas referiram que eram comunicadas previamente por telefone e que, por vezes, o dia e o horário eram combinados. Outras participantes relataram que os profissionais não as informavam sobre a realização da visita e apareciam sem aviso prévio. Por meio da fala das participantes foi possível organizar o processo de chegada dos profissionais à casa, o qual seguiu os seguintes passos: 1) os profissionais dirigiam-se em dupla para a residência, 2) chamavam no portão

pelo nome da pessoa a ser visitada ou batiam palmas, 3) apresentavam-se e diziam que gostariam de conversar e explicar o motivo pelo qual estavam ali, e 4) as pessoas convidavam os profissionais para entrar ou continuavam o diálogo no portão.

As participantes da pesquisa informaram que os profissionais, ao chegarem a suas casas, comunicavam que tentaram contato telefônico para agendar a visita, que estavam vinculados ao PAEFI e esclareciam o porquê de estarem ali. Os motivos das visitas esclarecidos pelos profissionais e compreendidos pelas entrevistadas foram: a) por solicitação do SGD, b) por estar relacionada às crianças, c) para iniciar o atendimento no PAEFI, d) por não terem conseguido contato para agendar o atendimento na sede, e) para levar benefícios materiais como a cesta básica, f) pela dificuldade de a pessoa visitada se deslocar até o serviço, g) para os profissionais entenderem a situação e dinâmica familiar e poderem continuar trabalhando, h) para ajudar a família, i) para investigar se a família está falando a verdade, j) para conhecerem melhor a casa, k) para conversar, l) por fazer parte do trabalho deles, m) por ignorar a finalidade da visita. Evidencia-se, com base nas falas, que as entrevistadas relacionavam o objetivo da visita principalmente à solicitação do SDG, às crianças e a alguma necessidade do profissional. Além disso, salienta-se que, mesmo o número médio de visitas por pessoa ter sido cinco, as entrevistadas desconheciam o objetivo de cada visita.

Ainda em relação à prática da VD, as entrevistadas informaram que os participantes da VD foram elas mesmas, seus filhos (as), netos (as), bisneta, enteado, irmã e esposo. A dinâmica da visita mudava conforme o desejo de participação das pessoas presentes na casa; por exemplo, em uma residência os profissionais pediram para conversar com o esposo da entrevistada a sós; em outra situação, a mãe direcionou as crianças para o quarto, haja vista que fariam sobre violência.

Algumas entrevistadas indicaram que recebiam os profissionais “bem” e com carinho, mostravam os cômodos, conversavam com eles e, quando a visita era agendada, por vezes, limpavam a casa. Foram identificadas também falas ambivalentes em relação ao desejo em receber a visita: “é bom, eu gosto. Eu recebo elas bem, né. O que que eu vou

fazer? Vou fazer como muita gente faz, botar pra correr? Uma palavra amiga é sempre bom, né” (P12).

Conforme a narrativa das participantes, as visitas eram atravessadas por intercorrências como: a pessoa ter vergonha da casa; o horário da visita ser ruim devido à dinâmica familiar; a família não estar aguardando os profissionais; os vizinhos verem os profissionais do PAEFI e acreditarem que estão ali para fiscalizar; e a visita responder exclusivamente aos objetivos do serviço, não fazendo sentido para a pessoa visitada. Duas mulheres entrevistadas relataram que não havia motivos de estarem sendo acompanhadas pelo PAEFI, haja vista que a denúncia era sem fundamento ou porque a criança já estava bem.

Relacionando-se com os profissionais

Esta subcategoria congrega dados sobre os diálogos e vínculos estabelecidos com os profissionais, assim como as mudanças familiares após o atendimento com o PAEFI. Nas narrativas das entrevistadas foi possível evidenciar posturas dos profissionais: de ajuda, auxílio, apoio, de interesse, de se importar e de se preocupar com a família. Eles também foram, conforme as participantes, educados, respeitosos, diretos, firmes, prestavam atenção, escutavam as pessoas e sabiam mensurar as palavras durante os diálogos com a família. As pessoas entrevistadas também indicaram que os profissionais eram simpáticos e tinham conhecimento. Foi possível identificar relatos de afeto, amizade e vínculo de confiança entre as pessoas acompanhadas e os profissionais, como:

[...] quando eu pedi uma ajuda pra Deus e Deus me deu uma resposta de imediato, no dia seguinte. Eu falei pra Deus “Deus, eu não sei mais o que fazer, eu não tenho mais o que fazer, ninguém vai chegar aqui dentro de casa, ninguém vai bater na minha porta pra me ajudar”. Daí, no outro dia, eles [os profissionais do PAEFI] apareceram lá. Então, pra mim isso foi essencial, isso fez toda a diferença do que... daquilo que eu estava precisando, que não é uma questão financeira, é emocional, é uma questão psicológica, é tudo aquilo que tu precisas. Então assim, é alguém te enxergar de verdade, alguém querer te olhar, alguém querer te ajudar, alguém se importar contigo (P6).

Sim, [os profissionais ajudam] como é que eu tenho que fazer [na educação do neto]. Ela chegou a chorar quando ele veio pra ser internado, a [assistente social], os olhos dela né. Ela tem um carinho assim, né. É um adolescente né, cresceu sem pai, a mãe é toda estrambelhada. Era um problemão a mãe dele também. Então tem coisa que a gente entende, sabe (P11).

Em relação às ações dos profissionais na visita domiciliar, as participantes referiram que eles conversavam com as pessoas da casa, faziam orientação familiar ensinando maneiras de educar sem bater, a negociar com a criança, a relativizar algumas condutas delas, davam exemplos de como o adulto poderia agir com a criança em determinada situação, explicavam sobre como cuidar delas no cotidiano e sobre o funcionamento da escola e do projeto social. Os profissionais também faziam perguntas relacionadas às crianças, à família e sua convivência, à situação financeira, ao trabalho dos genitores, à presença das crianças na escola e à necessidade de material escolar.

Os profissionais auxiliaram uma senhora e sua bisneta a sair de casa e irem para uma residência protegida; além disso, convidaram e levaram um senhor, esposo de uma das entrevistadas, ao CAPSad. Outras ações apontadas foram para ajudar a arrumar emprego e documentação para receber os benefícios socioassistenciais. Além disso, a equipe profissional entregou cestas básicas, material escolar e de limpeza, vale transporte para a família se deslocar até a sede do PAEFI e ofertou brinquedos como bola e boneca para as crianças na época do Natal.

Os atendimentos na residência ocorreram principalmente nos seguintes cômodos: sala, cozinha, quintal, horta e garagem e os profissionais olhavam a casa por dentro, por fora e no quintal. Segundo uma entrevistada, os profissionais “tiveram uma visibilidade de toda a casa” e “só não entraram no banheiro” (P6). Por meio da narrativa das participantes, foi possível identificar que os profissionais se preocupavam com a continuidade do atendimento após a VD, e realizavam visita institucional aos serviços que compõem à rede de saúde, escolar e do SGD, visitavam outros membros da família ampliada, ou agendavam horário de atendimento na sede do PAEFI.

Ao longo das entrevistas, identificaram-se expectativas das participantes em relação aos profissionais, expectativas essas que se relacionavam: a) ao auxílio nos cuidados parentais, por exemplo: para que os netos tomassem banho, “não respondessem” aos adultos, fossem obedientes, frequentasse a escola e que dessem suporte à família após conseguirem a guarda da criança; b) à ajuda psicológica e emocional; c) ao tratamento do marido que fazia uso abusivo de álcool; d) a conseguir emprego para o neto.

Com base na compreensão do motivo da visita e da construção do vínculo com os profissionais foi possível perceber sentimentos de aceitação e rejeição relacionados à visita. Em relação aos sentimentos de aceitação, as participantes relataram que sentem confiança nos profissionais e que eles estão cuidando dela e de sua família, que ficam mais tranquilas, à vontade e confortáveis com o atendimento em casa. Evidenciou-se que uma das entrevistadas ficou surpresa com a conduta dos profissionais, pois acreditava que eles fossem na VD para olhar os cômodos da casa, e eles não fizeram isso. A VD foi qualificada como sendo uma “benção”, como “se recebesse amigas”; não como sendo “igual uma visita de parente” e “sendo uma visita normal”, “igual receber qualquer outra pessoa”.

Compreendem que as VDs são “necessárias”, “importantes”, “fazem a diferença” e “precisam ser realizadas” para “mudar a convivência e o ambiente” e porque dão “estabilidade pra pessoa”. Uma participante não sabia o que pensava sobre a visita. Sobre o sentimento de aceitação em relação à visita, P6 disse:

[...] é a de conforto (risos) eu me sinto confortável, me sinto que tem alguém que tá olhando pela minha família, que tem alguém preocupado com a minha família, que tem alguém querendo ajudar a minha família. É essa a impressão que eu tenho, que eu tive desde a primeira vez (P6).

Também foram informados pelas participantes sentimentos de rejeição em relação à VD, como: “nervosismo”, “apreensão”, “preocupação”, “medo”, de que os profissionais prejudicassem a família,

retirassem a criança da mesma e pelo filho acreditar que as profissionais estavam “tramando” contra ele. Relataram que “não é fácil abrir a porta para os profissionais” e que as pessoas conhecidas comentam que o psicólogo e assistente social vão a casa para “procurar algum defeito” ou “problema” e que “vão intervir negativamente”.

Nas narrativas foi identificada a relação de confiança e do vínculo de afeto com os profissionais e, ao mesmo tempo, percebeu-se a existência do sentimento de medo relativo à compreensão e decisão dos profissionais sobre o que escutam da família e observam na casa durante a visita. Somam-se a isso a ausência de desejo da família em ser atendida pelo PAEFI e a sensação de que os profissionais estão ali para fiscalizar. Sobre isso, P3 e P12 dizem:

[...], mas se fosse opção minha de estar aqui, eu não queria estar. Mas, tipo assim, tá tudo implicado com o conselho né, coisas assim, aqui é tipo uma ajuda pra família, mas se fosse a minha vontade eu não estaria aqui (P3).

Eu recebo [os profissionais] normal, uma visita normal. Só que às vezes as pessoas dizem assim pra mim: você fica recebendo-as dentro de casa, depois elas tão aí te tirando até a [bisneta]. Eu digo: gente não é assim. Digo: a consciência é delas, porque a minha consciência eu acho que tá agindo com sinceridade. [...] Então pra mim é difícil, eu escutar isso das pessoas né. Geralmente as pessoas falam né, quando vem uma assistente social numa casa, tu sabe né, o comentário é grande. Mas, eu confio né, que eu seja ajudada e não prejudicada. [...] é, dá um sentimento assim de que a gente não sabe né, como que eu vou saber o que tá se passando na cabeça delas, o que tão vendo em mim, o que tão analisando de mim (P12).

As pessoas entrevistadas relataram que perceberam mudanças na família durante o acompanhamento com o PAEFI. Elas referiram que “as coisas estão melhorando” (P3) e que estão “conseguindo levar a vida adiante” (P6). Além disso, foi pontuado que os atendimentos e visitas ampliaram seus recursos para cuidar das crianças e não bater nelas. Entre esses recursos estão: ir à horta, sair, respirar, fumar cigarro, tentar conversar, aproximar-se do animal de estimação, lembrar que a

profissional indicou de que “não é para descontar a raiva” nos filhos. Algumas entrevistadas relataram que aprenderam e mudaram a forma como cuidar das crianças, que envolvia estratégias de conversar, relativizar, negociar e dar castigos.

Discussão

Explicitando a história familiar à luz do contexto

Os dados evidenciaram que as famílias entrevistadas, de diferentes formas, apresentaram dificuldades no cuidado familiar nas suas funções de proteção, haja vista terem sido encaminhadas para acompanhamento no PAEFI. Esse dado coaduna-se com o estudo de Coelho (2010), uma vez que as famílias, para atenderem às necessidades desenvolvimentais de seus membros, estão em constante transformação e, por vezes, apresentam dificuldades nas suas funções de cuidado, o que pode ser transformado por meio das oportunidades de fortalecimento de vínculos e de modificações nas relações internas.

Nas famílias entrevistadas, tais dificuldades no cuidado afetavam e eram afetadas pelas vulnerabilidades financeiras, pela doença física e pelo sofrimento psíquico intenso. Sobre isso, Coelho (2010) indica que as limitações financeiras, as constantes lutas pela sobrevivência e as frustrações cotidianas podem tornar as relações familiares mais instáveis e dificultar o cumprimento de suas funções. Além disso, para esta mesma autora, a exclusão social e a vulnerabilidade econômica influenciam na saúde mental, o que favorece o desenvolvimento de transtornos mentais, o uso abusivo de álcool, a conduta delinquente e os maus tratos às crianças. Nesse sentido, conforme as orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS (Brasil, 2009), percebe-se a necessidade de políticas públicas efetivas de prevenção e que visem a potencializar as famílias e os territórios por meio da promoção da saúde, acesso à habitação, à educação e ao trabalho, uma vez que para a família proteger e cuidar de seus membros faz-se necessário que primeiro o Estado garanta condições para isso.

Chama à atenção, nesse estudo qualitativo, a unanimidade das participantes serem mulheres; por um lado, isso pode ter ocorrido, uma vez que para Sarti (2010) os serviços socioassistenciais, como o PAEFI, entendem que as mães ou cuidadoras são suas interlocutoras privilegiadas. E, nesta direção, conforme Santos (2014), as mulheres têm cumprido um papel chave na concretização dos novos programas sociais brasileiros. Por outro lado, em pesquisa realizada sobre o perfil de famílias pobres e marginalizadas, a postura do pai, por vezes, é de se colocar de forma periférica nas responsabilidades afetivas e financeiras, haja vista ausentar-se durante tempo significativo para trabalhar, estar desempregado ou envolvido em situações judiciais, ao passo que a mãe, de forma compensatória, ocupa esse papel central (Coelho, 2010). Essas reflexões somam-se ao fato de, culturalmente, ser esperado que a mulher assuma a responsabilidade do cuidado dos filhos e da casa (Freyre, 2003).

Evidencia-se que, diante das vulnerabilidades existentes nessas famílias, sobressaiu-se o cuidado das matriarcas, as quais apresentaram uma série de recursos relacionados à proteção, à rede social e à condição financeira familiar. Para Coelho (2010) as famílias que estão em situação de vulnerabilidade aprendem uma variedade de respostas para lidar com um ambiente persistentemente empobrecido e hostil e essas respostas adaptativas exigem criatividade e força. Nesse sentido, recorrem ao uso das três gerações familiares, o que vai ao encontro dos dados encontrados, uma vez que metade das pessoas entrevistadas eram avós ou bisavós. Além disso, um dos recursos utilizados foi a utilização da rede social significativa como a família ampliada e as instituições que promoviam grupos de idosos e de dança. Para Moré (2005), a relação de vínculo a uma rede sensível, próxima e ativa é geradora de saúde e saúde mental. Nessa perspectiva, evidencia-se que no acompanhamento às famílias, é função do PAEFI conhecer a rede da família, assim como fortalecer o seu vínculo comunitário.

Percebendo a chegada dos profissionais à casa

Com base nos dados, foi possível identificar que antes do início do acompanhamento do PAEFI, as pessoas entrevistadas e suas famílias já haviam sido atendidas em outras instituições governamentais, devido à situação de vulnerabilidade e, de certo modo, cada setor realizava uma leitura singular das famílias atendidas. De forma similar, no estudo de Barbosa, Dimenstein e Leite (2014), que evidenciou o itinerário e o atendimento institucional de mulheres em situação de violência e com diagnóstico médico de transtorno mental, foi possível identificar que elas utilizaram inúmeros serviços que, por um lado, ocorriam pela existência de uma lógica de encaminhamento para o acompanhamento psicossocial, jurídico e de informações sobre a violência. Por outro lado, essas mulheres continuaram o itinerário por não encontrarem o cuidado esperado na instituição. Esses mesmos autores salientam que, de certo modo, a impossibilidade de acolhimento no serviço ratificava a experiência de violação no exercício dos direitos das mesmas (Barbosa, Dimenstein & Leite, 2014).

Um dos serviços utilizados foi o CT, sendo que das doze pessoas entrevistadas, onze iniciaram o atendimento no PAEFI devido à ordem institucional do acompanhamento imposto pelo CT às famílias e ao PAEFI. Esse dado coaduna-se com os documentos do estado do Rio de Janeiro (RJ, 2013) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2012), uma vez que a maioria das famílias acompanhadas pelo PAEFI veio de encaminhamentos do Sistema de Garantia de Direitos, principalmente pelo CT.

Em relação aos motivos reais para a visita domiciliar, evidenciou-se que estes se apresentavam de forma ampla: por estarem vinculados ao CT e pela situação das crianças. Além disso, a realização da visita servia ao profissional e não, necessariamente à família, o que vai ao encontro dos estudos de Amaro (2014), Silva (2017), Souza e Francisco (2015), uma vez que os objetivos da visita podem ser para o profissional conhecer, compreender e analisar a realidade social, que envolve a dinâmica familiar, as condições de vida, os vínculos existentes e a rede de

apoio. Diante das colocações apresentadas, questiona-se se a postura profissional é de sujeitar essas pessoas ou promover sua autonomia.

A postura das entrevistadas de mostrar os cômodos aos profissionais - uma vez que acreditavam que eles realizavam a visita para fazer o atendimento e para ver a casa - vai ao encontro da pesquisa de Lauermann (2015), no contexto da proteção básica da assistência social, uma vez que as pessoas visitadas e encaminhadas pelo CT acreditavam que o motivo da VD se relacionava à fiscalização da casa, no sentido de averiguar se a mesma se encontrava limpa. Diante disso, evidencia-se a necessidade de o profissional conhecer o significado que cada pessoa visitada concebe sobre essa intervenção, a fim de que esses diálogos não fiquem com lacunas e que propiciem às pessoas a sensação de estarem sendo fiscalizadas.

Em relação às intercorrências na visita domiciliar, identificou-se que elas se relacionaram, principalmente, ao desconhecimento da visita, ao horário e ao motivo dela. Para Amaro (2014), a visita precisa ser planejada e isso envolve definir com a pessoa a ser visitada uma data e horário que lhes são favoráveis, uma vez que o profissional precisa se ater ao respeito da rotina familiar e pessoal, desorganizando o mínimo possível o cotidiano dela. Para essa mesma autora, as visitas surpresas podem ser invasivas, desagradáveis e revelarem uma postura fiscalizadora. Nesse sentido, de forma semelhante a Amaro (2014), o Conselho Federal Psicologia (2012) indica que na VD o profissional deve respeitar a privacidade e a autonomia da família no que se refere à receptividade em sua casa e à disponibilidade em responder às perguntas que lhes são feitas.

Outra intercorrência identificada refere-se às crenças de vizinhos e conhecidos sobre a Assistência Social, que relacionavam a visita como uma forma de fiscalização e de que a família estava sendo insuficiente no cuidado. Esse dado ampara-se na pesquisa de Lauermann (2015), na medida em que os vizinhos acreditavam que a visita ocorria por algo ruim que estivesse acontecendo na casa da família visitada ou porque eles se encontravam em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza. Essa compreensão que o contexto comunitário possui sobre

a Assistência Social, de certa forma, fundamenta-se em uma lógica anterior ao SUAS, vinculada à caridade e à fiscalização das condutas familiares (Cruz & Guareschi, 2014).

Com base nos dados, identificou-se que, para essas mulheres, a VD ao mesmo tempo tinha um caráter de apoio e de fiscalização. Esse dado qualitativo vai ao encontro da pesquisa de Sakata et al. (2007) com profissionais no contexto da saúde, cuja visita é compreendida ora como uma atividade de cuidado e, ora de fiscalização. Considera-se que, no contexto psicossocial, o qual envolve situações de vulnerabilidade e violência, a construção de vínculo com os profissionais é afetada decisivamente pelo entendimento do motivo da VD, pela obrigatoriedade do atendimento e pelo tipo de vínculo construído com o CT, haja vista que o mesmo desperta nas famílias e na comunidade certo temor ou desconfiança com relação aos profissionais do atendimento psicossocial pelas consequências judiciais que delas decorrem.

Relacionando-se com os profissionais

Conforme os dados coletados, os profissionais na visita domiciliar realizavam diversas ações, principalmente relacionadas à orientação parental, o que vai ao encontro da pesquisa de Berger e Font (2015), na medida em que a visita domiciliar pode ser utilizada pela equipe psicossocial como um instrumento de intervenção para o desenvolvimento de habilidades e competências parentais e para a prevenção e redução de maus-tratos infantis. Diante disso, defende-se o cuidado integral à família, no sentido de que os genitores - haja vista suas limitações pessoais relacionadas à saúde mental e contextuais de vulnerabilidade - precisam de suporte institucional.

Assim como nos dados encontrados, a pesquisa de Lauer mann (2015) indica que, por um lado, a visita domiciliar foi compreendida pelas pessoas visitadas como apoio e ajuda à família em seus dilemas e dificuldades. Elas entenderam que com os profissionais não estão sozinhas, e que eles dão o suporte frente às vulnerabilidades. Por outro lado, as visitas pareciam ser relacionadas com a cobrança, a fiscalização

e o poder de polícia, o que gerava medo de falarem ou fazerem algo que fosse desaprovado ou serem prejudicados sofrendo punição. Corrobora-se com a autora, no sentido de que há uma linha tênue entre cuidado e controle e que é tensionada principalmente durante a VD. Diante disso, a política de Assistência Social - na medida em que dá visibilidade às pessoas que estão à margem social - as vigiam e controlam. Frente ao exposto, coaduna-se com Lauermann (2015) de que a utilização da VD e sua prática precisam ser pensadas e problematizadas pela equipe profissional devido às suas implicações e aos efeitos na vida das famílias acompanhadas.

Considerações finais

As famílias atendidas no PAEFI enfrentam uma série de dificuldades relacionadas à exclusão social, às limitações financeiras e à vulnerabilidade habitacional, que afetam decididamente a saúde e saúde mental, bem como tensionam as relações entre seus membros. Essas vulnerabilidades sociais relacionam-se com a ausência da efetivação das políticas públicas e, nesse sentido, com a violação dos direitos da família pelo Estado. No momento em que tais violações alcançaram diretamente as crianças, entrava em cena o CT, o qual determinava o acompanhamento dessas famílias pelo PAEFI.

Nessa linha de raciocínio, foi possível evidenciar que a prática da visita exigiu uma série de competências dos profissionais e uma compreensão ampliada da dinâmica familiar que considerasse o contexto e as vulnerabilidades vivenciadas por eles. Nesse sentido, para que o PAEFI promova o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, o desenvolvimento e o aprimoramento das habilidades parentais, bem como a garantia dos direitos das pessoas que estão em situação de violência intrafamiliar, são necessárias políticas públicas efetivas e uma articulação intra e intersetorial, haja vista ser no contexto social que emergem dilemas que envolvem políticas de saúde, de habitação, de educação e de trabalho.

Identificou-se que a derivação do fluxo do atendimento ser ligada ao Conselho Tutelar gerou duas consequências para a realização da visita domiciliar: 1) na prática profissional, uma vez que a fim de responder à solicitação do Conselho Tutelar e preservar a autonomia familiar, por vezes, realizavam condutas ambivalentes, como, por exemplo, visualizavam os cômodos da casa, o objetivo da visita era para responder uma lacuna identificada pelo profissional na compreensão da dinâmica familiar e, nesta mesma visita, importavam-se com as pessoas visitadas e tentavam construir vínculos de confiança; 2) no entendimento das famílias visitadas sobre a VD, pois sabiam que ela estava relacionada ao Conselho Tutelar e à violação de direitos, mas desconheciam o real motivo dela, e acreditavam que o profissional a realizava, principalmente, para fiscalizar a casa e as condutas parentais.

Considera-se que o PAEFI, nesse contexto de vulnerabilidade, ao trabalhar na postura de fiscalização e cuidado, poderia estar fomentando uma dupla violação de direitos às famílias atendidas. Nesse sentido, entende-se que a postura profissional refletia um sentimento de temor e ambivalência nas famílias, na medida em que essas compreendiam que as visitas domiciliares se configuravam para retirar as crianças de seu nicho familiar, tendo em vista um imaginário cultural que era reforçado por esta postura.

Destaca-se que um dos recursos apresentados pelas famílias frente às vulnerabilidades vivenciadas refere-se à rede de suporte social, a qual, por vezes, foi pouco visibilizada e utilizada pelos profissionais. Além disso, salienta-se a necessidade de pesquisas sobre como estas redes estão contribuindo para o fortalecimento da saúde física e da saúde mental das pessoas que estão vivendo em situação de vulnerabilidade e violência.

Foram reconhecidas pelas pessoas visitadas certas mudanças relacionadas à dinâmica familiar e à saúde mental de seus integrantes durante e após o acompanhamento do PAEFI. Essas mudanças parecem relacionar-se, principalmente, com o comprometimento dos profissionais perante o fortalecimento da família e a garantia de seus direitos. Considerando as mudanças na dinâmica familiar, o fluxo interinstitucional, o déficit de comprometimento do Estado na garantia do acesso

aos direitos, pergunta-se: em que medida a visita domiciliar e as ações do PAEFI têm sido efetivas para potencializar a autonomia familiar, se para ela, por vezes, não faz sentido estar sendo acompanhada por esse serviço? O Estado estaria realizando uma dupla violação com essas pessoas?

Por meio das considerações apresentadas observa-se a necessidade de: 1) repensar o fluxo institucional entre Conselho Tutelar e PAEFI; 2) esclarecer os motivos de realização da visita para as pessoas visitadas, a fim de que façam sentido para as mesmas e dirimam as fantasias sobre a visita domiciliar; 3) problematizar a prática da visita domiciliar com vistas a clarear a postura profissional e as relações estabelecidas com os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

Considera-se que as limitações do estudo concernem à coleta dos dados no contexto de um município no sul do Brasil. Entende-se que os contextos são singulares, motivo pelo qual o significado das VD pelas pessoas e a prática da visita pelos profissionais podem variar nas diferentes localidades do território brasileiro e, desse modo, pesquisas sobre a efetividade da visita domiciliar nos diferentes contextos comunitários serem necessárias, vistas as lacunas na produção de conhecimento no contexto da Política Nacional de Assistência Social, assim como a recente inserção do profissional da psicologia nesse campo de atuação.

Referências

- Amaro, S. (2014). *Visita domiciliar: teoria e prática*. Papel Social.
- Barbosa, L. B. Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2014). Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 309-320. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79930906009>
- Berger, L. M. & Font, S. A. (2015). The Role of the Family and Family-Centered Programs and Policies. *The Future of Children*, 25(1), 155-179. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1062953.pdf>

- Brasil. (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. (2009). *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social-CRAS*. MDS.
- Brasil. Resolução nº 17 (2011, 20 de junho). Que institui “Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social-NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social -SUAS”. Conselho Nacional de Assistência Social.
- Brasil. (2013). *Censo SUAS 2012-CREAS*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. (2014). *Tipificação dos serviços socioassistenciais*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Referências técnicas para prática de psicólogas(os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social-CREAS*. Conselho Federal de Psicologia.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada - Guia prático para análise qualitativa*. VitalBook file: ArtMed.
- Coelho, S. V. (2010). Famílias em situação de pobreza e práticas sistêmicas visando à promoção das famílias. En J. G. Aun, M. J. E. Vasconcellos, & S. V. Coelho, *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: desenvolvendo práticas com a metodologia de atendimento sistêmico*, (pp. 285-334). Ophicina de Arte & Prosa.
- Cruz, L. R., & Guareschi, N. (2014). A constituição da assistência social como política pública: interrogações à psicologia. En: L. R. Cruz & N. Guareschi (Ed.), *Políticas públicas e assistência social: diálogos com as práticas psicológicas* (pp. 13-40) (5a ed.). Vozes.
- Florentino, B. R. B., & Melo, W. (2017). A inserção da psicologia no sistema único de assistência social: notas introdutórias. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 3-12. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n1/02.pdf>

- Freyre, G. (2003). *Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal* (48a ed.). Global.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1525822X05279903>
- Lauermann, J. D. (2015). *Sentidos e significados atribuídos às visitas domiciliares realizadas pelo CRAS* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria].
- Moré, C. L. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*, 15(31), 287-297. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000200016>
- Nicoletti, M., Giacomozzi, A. I., & Cabral, M. F. (2017). Análise de dois estudos de casos sobre abuso sexual cometido por mães. *Revista De Psicologia*, 35(2), 423-452. <https://doi.org/10.18800/psico.201702.002>
- Ribeiro, M. E., & Guzzo, R. S. L. (2014). Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões críticas sobre ações e dilemas profissionais. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9(1), 83-96. <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n2/1984-0292-fractal-26-02-00461.pdf>
- Rio de Janeiro. (2013). *Acompanhamento familiar na política de assistência social: uma proposta metodológica para o Estado do Rio de Janeiro*. Estado do Rio de Janeiro.
- Sakata, K. N., Almeida, M. C. P., Alvarenga, A. M., Craco, P. F., & Pereira, M. J. B. (2007). Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 659-664. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600008>
- Sarti, C. (2010). O lugar da família no Programa Saúde Família. En L. A. Bonfim (Ed.), *Família contemporânea e saúde. Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 91-103). Fiocruz.

- Santos, Y. G. (2014). Família, trabalho e religião das mulheres assistidas em São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*, 44(152), 400-421. <https://doi.org/10.1590/198053142879>
- Silva, F. A. (2017). Visita domiciliar do psicólogo: batendo a porta da subjetividade familiar. Em A. P. B. F. Ciocari & C. R. Fasolin (Ed.), *Boas Práticas no SUAS nos Municípios de Santa Catarina* (pp. 61-72). Editora de Santa Catarina (Diretoria da Imprensa Oficial).
- Souza, S. R. L. & Francisco, A. L. (2015). A visita domiciliar como Modalidade de Prática Psicológica no Contexto de Instituições para Crianças e Adolescentes. En *4º Seminário Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação*. Aracaju.

Recibido: 22/10/2020

Revisado: 16/09/2023

Aceptado: 04/10/2023