



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha  
Luana Bueno Moretti

TEORIA DE INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA:  
AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS  
SOCIAIS HOMOGENEOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sorocaba  
2023

Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha  
Luana Bueno Moretti

TEORIA DE INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA:  
AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS  
SOCIAIS HOMOGÊNEOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à banca examinadora da  
Pontifícia Universidade Católica de São  
Paulo, como exigência parcial para  
obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Setsuko  
Takahashi.

Sorocaba  
2023

Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha  
Luana Bueno Moretti

TEORIA DE INTERVENÇÃO PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA:  
AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS  
SOCIAIS HOMOGÊNEOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dirce Setsuko Tacahashi  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leni Boghossiam Lanza

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lucia Rondelo Duarte

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente ao destino, por nos guiar à uma profissão tão nobre que é a enfermagem, na qual nos encontramos e exerceremos com tamanho orgulho.

À professora e orientadora, Dirce Setsuko Tacahashi, através de suas contribuições na orientação cuidadosa, paciência, sinceridade e confiança; fundamentais para a concretização desta etapa.

Às professoras Fátima, Leni e Lucia por aceitarem ser membros da banca, com suas valiosas contribuições.

A todas as demais professoras, que sem o conhecimento e orientações por elas providas, nunca chegaríamos onde chegamos.

A professora Emiko Yoshikawa Egry, pessoa responsável pelo processo de consolidação da visão de mundo, assim como influência na perspectiva e paixão por este campo.

A todos os profissionais de saúde das unidades envolvidas no estudo, que generosamente colaboraram e contribuíram para o sucesso deste trabalho de pesquisa. Sua dedicação, apoio e disponibilidade foram fundamentais para a realização deste estudo. Nossa profunda gratidão.

Ao Gabriel Ortega Gondim, por sua imprescindível contribuição na tabulação dos dados quantitativos e demais apoios.

Aos colegas de turma, cujo apoio e colaboração ao longo desta jornada acadêmica foram essenciais. Compartilhamos conhecimento, enfrentamos desafios e incentivamo-nos mutuamente, tornando essa experiência de aprendizado enriquecedora e memorável.

Aos nossos familiares, cujo apoio inabalável, compreensão e incentivo foram a âncora que nos sustentaram durante todo o processo. A dedicação e o carinho de vocês são o alicerce do nosso sucesso e por isso, somos eternamente gratos.

A todos aqueles não citados aqui, mas que direta ou indiretamente nos ajudaram não só na elaboração do presente trabalho, mas nesta etapa de nossas vidas.

“Nosso planeta é um pontinho solitário na grande escuridão cósmica que nos cerca. Em nossa humilde condição, em toda essa vastidão, não há qualquer indício de que alguma ajuda virá de outro lugar para nos salvar de nós mesmos.”

CARL SAGAN

## RESUMO

ROCHA, Phellipe Martins Sanches Ferreira da; MORETTI, Luana Bueno. **Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: avaliação de um instrumento para classificação de Grupos Sociais Homogêneos na Estratégia de Saúde da Família.**

**Introdução:** A enfermagem, como ciência, adota teorias para orientar teórico-metodologicamente os trabalhadores da área. Assim, historicamente, ao ampliar-se o processo saúde-doença como algo social, objetivo e historicamente determinado, a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva emergiu de forma peculiar ao priorizar o coletivo sem esquecer da singularidade, que aplicada na Atenção Primária à Saúde, revelou potencial no desenvolvimento da consciência crítica, responsabilidade compartilhada e da relevância do trabalho coletivo. **Objetivo:** Avaliar um instrumento de coleta de dados para classificação de grupos sociais homogêneos na Estratégia de Saúde da Família, fundamentados na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. **Métodos:** Estudo metodológico exploratório descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família nas cidades de Sorocaba e Votorantim, São Paulo. Envolveu especialistas, profissionais de saúde e usuários, com critérios de inclusão e exclusão. As etapas incluíram a revisão teórica, avaliação por especialistas e análise dos dados com Índice de Validade de Conteúdo e critérios psicométricos de Pasquali para criar o instrumento, além de análise quantitativa dos dados pela tecnologia metodológica proposta por Salum e Queiroz, e qualitativa dos discursos dos profissionais aplicadores pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** O instrumento foi validado quanto a conteúdo e aparência. Os grupos sociais homogêneos foram caracterizados com êxito. As considerações dos profissionais aplicadores variaram, com alguns achando-o claro e útil, enquanto outros o consideraram longo e invasivo. Sugere-se torná-lo mais curto e direcionado para otimizar o tempo de aplicação, com foco nas informações essenciais para aprimorar o atendimento. **Considerações finais:** A coleta de dados desempenha um papel crítico para compreensão da realidade objetiva e planejamento de ações, mas deve ser equilibrada com o respeito à privacidade e sensibilidade dos sujeitos. Reconhece-se que nenhum instrumento é capaz de capturar todas as variações decorrentes da

diversidade das práticas em saúde, mas pode ser utilizado como exemplo da possível instrumentalização para a operacionalização de tal teoria.

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Saúde Pública; Enfermagem comunitária; Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

ROCHA, Phellipe Martins Sanches Ferreira da; MORETTI, Luana Bueno. **Theory of Praxis Intervention of Nursing in Collective Health: evaluation of an instrument for classifying Homogeneous Social Groups in the Family Health Strategy.**

**Introduction:** Nursing, as a science, adopts theories to theoretically and methodologically guide healthcare workers. Thus, historically, as the concept of health and illness expanded as something socially, objectively, and historically determined, the Theory of Praxical Intervention in Community Health Nursing emerged in a distinctive way, prioritizing the collective while not forgetting individuality. When applied in Primary Health Care, it revealed potential in developing critical awareness, shared responsibility, and the importance of collective work. **Objective:** To evaluate a data collection instrument for classifying homogeneous social groups in the Family Health Strategy, based on the Theory of Praxical Intervention in Community Health Nursing. **Methods:** An exploratory descriptive methodological study with a quantitative and qualitative approach was conducted in two Family Health Strategy units in the cities of Sorocaba and Votorantim, São Paulo. It involved experts, healthcare professionals, and users, with inclusion and exclusion criteria. The steps included theoretical review, evaluation by experts, and data analysis using the Content Validity Index and psychometric criteria of Pasquali to create the instrument. It also involved quantitative data analysis using the methodological technology proposed by Salum and Queiroz, as well as qualitative analysis of the professionals' discourses using Bardin's Content Analysis technique. **Results:** The instrument was validated in terms of content and appearance. Homogeneous social groups were successfully characterized. The feedback from the professionals varied, with some finding it clear and useful, while others considered it lengthy and invasive. It is suggested to make it shorter and more focused to optimize the application time, with a focus on essential information to improve care. **Final considerations:** Data collection plays a critical role in understanding objective reality and planning actions but should be balanced with respect for the privacy and sensitivity of the subjects. It is acknowledged that no instrument can capture all the variations resulting from the diversity of healthcare practices, but it can be used as an example of possible instrumentalization for the operationalization of such a theory.

**Keywords:** Nursing Theory; Nursing Research; Public Health; Community Nursing; Family Health Strategy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	<i>Average Variance Extracted</i> (variância média extraída)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
E	Exclusão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTE	Formas de Trabalhar Estáveis
FTI	Formas de Trabalhar Instáveis
FVE	Formas de Viver Estáveis
FVI	Formas de Viver Instáveis
GSH	Grupo Social Homogêneo
I	Inclusão
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
I-IVC	Item do Índice de Validade de Conteúdo
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NHB	Necessidades Humanas Básicas
Nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBS	Programa Bolsa Família
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
S-IVC	Escala geral de Índice de Validade de Conteúdo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Categoria analíticas, categorias empíricas, variáveis para formas de trabalhar e de viver e variáveis de corte utilizadas para definir a heterogeneidade do coletivo. 23
- Quadro 2** – Limites de exclusão/inclusão das variáveis de corte para formas de trabalhar, utilizados na operacionalização da heterogeneidade do coletivo segundo a inserção no momento da produção. 24
- Quadro 3** – Limites de exclusão/inclusão das variáveis de corte para formas de viver, utilizados na operacionalização da heterogeneidade do coletivo segundo a inserção no momento do consumo. 24
- Quadro 4** – Classificação das famílias estudadas em grupos sociais homogêneos, segundo suas formas de trabalhar e de viver. 25
- Quadro 5** – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de trabalhar da unidade de ESF de Sorocaba. 41
- Quadro 6** – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de viver da unidade de ESF de Sorocaba. 41
- Quadro 7** – Distribuição por grau de adequação das formas de trabalhar e de viver da unidade de ESF de Sorocaba. 42
- Quadro 8** – Combinação entre os graus de adequação das formas de trabalhar e de viver adequada ou inadequada da unidade ESF de Sorocaba. 42
- Quadro 9** – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de trabalhar da unidade de ESF de Votorantim. 43
- Quadro 10** – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de viver da unidade de ESF de Votorantim. 44
- Quadro 11** – Distribuição por grau de adequação das formas de trabalhar e de viver da unidade de ESF de Votorantim. 44

**Quadro 12** – Combinação entre os graus de adequação das formas de trabalhar e de viver adequada ou inadequada da unidade ESF de Votorantim.

44

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos especialistas e dados relacionados à profissão.	29
<b>Tabela 2</b> – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na primeira página do instrumento de coleta de dados.	30
<b>Tabela 3</b> – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na segunda página do instrumento de coleta de dados.	32
<b>Tabela 4</b> – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na terceira página do instrumento de coleta de dados.	33
<b>Tabela 5</b> – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na quarta página do instrumento de coleta de dados.	35
<b>Tabela 6</b> – Escala geral de índice de validade de conteúdo para permanência dos itens em sua primeira e segunda versão.	38
<b>Tabela 7</b> – Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do instrumento em escala geral de índice de validade de conteúdo em sua primeira e segunda versão	38
<b>Tabela 8</b> – Avaliação de aparência do instrumento de coleta de dados em sua primeira versão.	39
<b>Tabela 9</b> – Dados sociodemográficos dos sujeitos da unidade de ESF de Sorocaba.	40
<b>Tabela 10</b> – Dados sociodemográficos dos sujeitos da unidade de ESF de Votorantim.	43

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário e sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>20</b>
<b>4.3</b>	<b>Procedimentos de coleta de dados .....</b>	<b>21</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos de análise dos dados .....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
<b>5.1</b>	<b>O Materialismo Histórico e Dialético e a TIPESC.....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>6.1</b>	<b>Etapa de validação de conteúdo e aparência por especialistas .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2</b>	<b>Etapa de aplicação: dados quantitativos .....</b>	<b>39</b>
6.2.1	Dados da unidade de ESF de Sorocaba .....	40
6.2.2	Dados da unidade de ESF de Votorantim .....	42
<b>6.3</b>	<b>Análise de aplicação: dados qualitativos.....</b>	<b>45</b>
6.3.1	Categorias temáticas na Unidade de ESF de Sorocaba .....	45
6.3.1.1	Categoria Temática 1 – Clareza e objetividade .....	45
6.3.1.2	Categoria Temática 2 – Efeitos no atendimento aos usuários .....	47
6.3.1.3	Categoria Temática 3 – Melhorias sugeridas .....	50
6.3.2	Categorias temáticas na Unidade de ESF de Votorantim .....	52
6.3.2.1	Categoria Temática 1 – Clareza e objetividade .....	52
6.3.2.2	Categoria Temática 2 – Sentimentos ao aplicar o instrumento .....	54
6.3.2.3	Categoria Temática 3 – Mudanças sugeridas .....	55
6.3.3	Análise Comparativa .....	56
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: SEGUNDA VERSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE B – ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO: SEGUNDA VERSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE SEMÂNTICA QUALITATIVA .....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Como atividade cientificamente constituída, a enfermagem adota teorias para orientar teórico-metodologicamente os trabalhadores da área, enaltecendo corpo próprio de conhecimentos em diálogo com outras áreas da saúde. Assim, ampliando o processo saúde-doença como produto social, objetivo e historicamente determinado, a Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) emerge de forma peculiar ao priorizar o coletivo sem esquecer do singular, que aplicada na Atenção Primária à Saúde (APS) em Saúde Pública relevou potencial no desenvolvimento da consciência crítica, responsabilidade compartilhada e da relevância do trabalho coletivo (EGRY *et al.*, 2018).

As ciências biológicas, como constituinte das três grandes áreas do conhecimento humano (junto de ciências exatas e ciências humanas), ou mais especificamente a área da saúde, pode ser caracterizada e diferenciada por sua interseção entre essas duas ciências, sendo que em uma há a presença de certeza/incerteza e sentido através das evidências, assim como em outra há valorização dos valores e o julgamento pessoal na escolha e processo de decisão através das preferências (FERRAZ, 2008); de modo que o sinergismo e a atuação simultânea em busca do melhor cuidado em saúde para o indivíduo, família e/ou sistema perpassou por diversas mudanças históricas.

A determinação de saúde-doença evoluiu de dentro de uma concepção teórico-conceitual da ciência voltada para enfermidades, deslocando-se exclusivamente para a área médica hospitalar. Advinda do nascimento do modelo clínico paralelo ao surgimento do capitalismo, os hospitais foram reestruturados enquanto local, instrumento de cura e lucro, através da força de trabalho constituinte no processo de cuidar centrados em ações individuais por meio de métodos diagnósticos e terapêutico (EGRY; OLIVEIRA, 2000). A enfermagem inclusa neste cenário remonta a modernização da práxis inserida na divisão técnica do trabalho capitalista através do processo de trabalho e das teorias, que no Brasil destaca-se o pioneirismo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (1979).

A enfermagem como prática social e trabalho científico fundamentado emergiu de uma corrente de pensamentos frente a movimentos sociais contra o regime militar, devido à restrição da liberdade de expressão, que resultou em mudanças estruturais na sociedade brasileira, entre a década de 1970 e 1980. Esse movimento procurou

mudar a forma de enxergar o profissional de enfermagem, deixando de ter como perfil a vocação ou a caridade para que se estudassem essa profissão, mudando em todo o país o rumo da prática e do ensino de enfermagem (EGRY *et al.*, 2018).

Embora o modelo clínico tenha forte influência na enfermagem, em práticas curativas e de tecnologias sofisticadas, outra vertente que emergiu com o capitalismo para dar conta das necessidades de saúde da população foi o modelo epidemiológico, no qual a concepção da doença não é somente individual, mas um fenômeno coletivo em que se criam relações com saneamento, higiene social, estatísticas de mortalidade, entre outro (LUCENA *et al.*, 2006). Assim, tornou-se mais evidente considerar causas sociais da doença, e não somente as biológicas, em que sua relevância, em casos de agentes agressores, sendo vírus, bactérias, fungos, entre outros; a falta de saneamento básico, a fome, escolarização e vários outros determinantes de condições de vida tornam o processo saúde ampliado.

Como uma nova maneira de pensar saúde e doença para a superação de modelos causais clássicos, incluindo explicações universais de que a morbidade e a mortalidade atravessam o gradiente de classes socioeconômicas e inferem direta ou indiretamente nas condições em termos de saúde, surgiram discussões e indicativos de determinantes e condicionantes sociais da saúde. Estes são delineados com a premissa de que a maior parte da carga das doenças, assim como iniquidades em saúde, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (CARVALHO, 2013).

Nessa mesma lógica,

A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (EGRY, 1996) propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no fenômeno, no caso o processo saúde-doença, tendo em vista suas manifestações nas dimensões singular, particular e estrutural da realidade. A dimensão singular, relativa aos indivíduos e suas famílias, é aquela onde em última instância manifestam-se os processos que levam ao adoecimento e à morte, como expressão das formas de reprodução social de grupos sociais distintos, ou seja, a dimensão particular. Ambos articulam-se aos processos de produção e reprodução social da coletividade em que se inserem, cujo contexto e estrutura social são historicamente determinados, constituindo assim a dimensão estrutural. A captação, interpretação e intervenção seguir-se-ia a contínua reinterpretação do fenômeno, de forma prática, constituindo a unidade dialética teoria-prática (EGRY; OLIVEIRA, 2000, p. 14).

No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a APS foi fortalecida como um nível essencial da assistência à saúde. A implementação e organização da APS seguem os princípios do SUS e é feita através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um modelo de reordenação da atenção à saúde. A

ESF prioriza o cuidado à saúde de indivíduos, famílias e comunidades de forma contínua e integral, com uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa. Essa estratégia busca estabelecer um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, garantindo a oferta de serviços mais próximos do local de moradia e levando em conta as características e necessidades de cada região (LIMA et al., 2016).

É importante que a equipe da ESF trabalhe de forma ativa para conhecer a sua área de abrangência, que envolve mapear a população, identificar suas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas, além de compreender suas necessidades de saúde específicas. A ampliação do vínculo com a comunidade é um aspecto crucial para o funcionamento efetivo da ESF. A elaboração e implementação de ações estratégicas e intervenções adequadas são fundamentais para desencadear melhorias na saúde da população (LIMA et al., 2016).

A ESF também enfatiza a prevenção de doenças e a promoção da saúde, com ações que vão além do tratamento das enfermidades, buscando identificar fatores de risco e promovendo hábitos saudáveis na comunidade. Através da ESF, o Ministério da Saúde busca garantir o acesso universal aos serviços de saúde e melhorar os indicadores de saúde da população brasileira, proporcionando uma atenção mais abrangente e efetiva. A APS é considerada uma estratégia fundamental para a consolidação do SUS e para a melhoria do sistema de saúde no país (LIMA et al., 2016).

Desta forma, busca-se discutir a possível aplicabilidade e funcionalidade da metodologia da TIPESC em APS na Estratégia de Saúde da Família como forma de instrumentalização da assistência, visando o planejamento de intervenções voltadas para a prevenção de doenças, proteção, recuperação e promoção de saúde, diretrizes estas da integralidade na saúde, destacando a importância da ESF na coordenação das políticas e dos recursos sociais para identificar as múltiplas razões que afetam a qualidade de vida da população, visto que “um dos aspectos mais relevantes relacionados com a qualidade de vida é a qualidade do trabalho” (LACAZ, 2000 apud LACAZ et al., 2013, p. 77)

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Considerando que:

1. As diretrizes operacionais apontadas para o trabalho das equipes de Saúde da Família dentro do contexto de Atenção Primária levam a repensar o modelo paradigmático vigente, a fim de reorganizar o modelo de saúde, saindo do hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseados em demandas focais, para um modelo de atenção integral à saúde com incorporação da promoção e prevenção como sobreposição das tecnologias relacionais ao invés de tecnologias instrumentais;

2. Estas ações, como articulação transversal objetivando qualidade de vida e redução dos riscos à saúde por meio de construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver com organização das ações a partir de uma perspectiva cuidadora, com base na centralidade da alteridade do sujeito na construção do projeto terapêutico;

3. Tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população; a transição demográfica, epidemiológica e nutricional; o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento/aprimoramento desses programas, voltados para promoção de saúde e prevenção de risco e doenças na ESF através da vigilância à saúde, partindo da territorialização do trabalho em saúde;

4. A TIPESC parte do conceito de assistência de enfermagem de forma sistematizada e dinâmica ao captar e interpretar a realidade objetiva de saúde de uma coletividade dentro de um contexto social historicamente determinado, em que o desdobramento das dimensões estrutural, particular e singular revelam condicionantes que compõem a rede de determinação social dos modos de produção e reprodução social dos distintos grupos sociais configurando assim os respectivos perfis epidemiológicos;

5. Desta forma, a intervenção correspondente não será somente na dimensão singular do processo saúde-doença, mas também de seu estrato social e da própria sociedade em que vive;

Portanto, a adoção de tal instrumento metodológico vai ao encontro da relação entre processo saúde-doença e classes sociais expostos na literatura, podendo ser cogitada sua aplicabilidade para reestruturação produtiva em prol da saúde coletiva.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar um instrumento de coleta de dados para classificação de grupos sociais homogêneos na Estratégia de Saúde da Família, fundamentados na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Enunciar os referencias teóricos da TIPESC;
- Elaborar um instrumento para classificação de grupos sociais homogêneos de acordo com as variáveis para formas de trabalhar e de viver propostas por Salum e Queiroz e pressupostos da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva;
- Validar o instrumento quanto a aparência e conteúdo por uma banca de especialistas;
- Realizar a análise semântica do instrumento com público-alvo nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo metodológico, de caráter exploratório descritivo e abordagem quanti-qualitativa. O estudo metodológico possibilita utilizar métodos para organizar e selecionar dados para validar e avaliar um instrumento para que tal constructo se torne fidedigno e preciso, com possibilidade de operacionalização pelo profissional. Referiu-se a uma nova intervenção ou melhora de uma já existente. Já a pesquisa exploratória descritiva, dentro da pesquisa quantitativa, tenta compilar informações quantificáveis para serem utilizadas em análise da amostra de uma população. Acerca da abordagem qualitativa, através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, as perguntas foram feitas permitindo-se a liberdade do integrante da equipe de pesquisa de expressar sua opinião e sentimentos a partir de experiência vivenciada.

### **4.2 Cenário e sujeitos da pesquisa**

O estudo foi realizado no mês de setembro de 2023, considerando os dias de trabalho específicos de cada instituição, em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família localizadas nos municípios de Sorocaba e Votorantim, interior do Estado de São Paulo. No que diz respeito ao cenário da Unidade de Sorocaba, esta caracteriza-se por vulnerabilidades sociais, famílias de baixa renda, dependentes de auxílio governamental (3 esferas), exposição ao uso e venda de substâncias ilícitas, gravidez precoce, baixa escolaridade e grande número de famílias chefiadas por mulheres devido companheiro estar privado de liberdade. Apresenta também 8.320 usuários cadastrados, sendo registrados 6.433 “SUS dependentes” com 658 portadores de hipertensão, 131 diabéticos e 330 com a presença de ambas as comorbidades, assim como 55 gestantes. Tal unidade abrange os bairros Vila Sabiá, Zacarias, João Romão e “Bairro dos Morros”.

Já no que tange a Unidade de Votorantim, caracteriza-se por apresentar grande vulnerabilidade social, famílias de baixa renda e exposição ao uso de substâncias ilegais. Pode-se observar grande população idosa, seguida de famílias chefiadas por mulheres (grande parte com companheiro privado de liberdade), com problemas sociais voltados para gestantes e mães em situação de drogadição, violência infantil, idosos em situação de vulnerabilidade e situações de abandono. Tal unidade apresenta 4.917 usuários cadastrados, sendo registrados 452 portadores de hipertensão e 249 de diabetes, sendo destes 86 insulino dependentes, assim como 20

gestantes. Tal unidade considera a abrangência dos bairros Jardim Cristal, Capoavinha (assentamento Tereza de Benguela), Vila Pedroso e Jardim São Lucas.

Para a seleção dos especialistas necessários para a avaliação do constructo, foram considerados critérios de possuir Mestrado ou Doutorado em enfermagem, ter sido professor(a) no curso de graduação em enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo campus Sorocaba, capacitação/ conhecimento da teoria abordada e que desejaram voluntariamente participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, a banca de especialistas foi composta por 3 profissionais

Foram inclusos participantes do estudo indivíduos com 18 anos ou mais que desejaram voluntariamente participar, assinando o TCLE. Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, aqueles maiores de 18 anos de ambos os sexos que não se manifestarem voluntários, os que não assinarem o TCLE e todos os que em qualquer fase do desenvolvimento do projeto solicitaram oficialmente a sua exclusão. O número de participantes do estudo foi considerado por conveniência, amostragem esta não probabilística que consiste em formar uma amostra da população a partir de itens que estejam mais facilmente disponíveis.

Para a realização da análise semântica do instrumento, no que diz respeito aos integrantes da equipe de pesquisa, foram inclusos profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compunham a equipe de ESF nas respectivas unidades, alocados na mesma durante o período de coleta de dados, realizaram aplicação de pelo menos um instrumento e que desejaram voluntariamente participar, assinando o TCLE. Os critérios de exclusão foram: aqueles que não se manifestaram voluntários, os que não assinaram o TCLE, os que não realizaram aplicação de pelo menos um instrumento e todos os que em qualquer fase do desenvolvimento do projeto solicitaram oficialmente a sua exclusão.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da PUC-SP, com CAAE: 72593023.4.0000.5373, sob o parecer 6.226.180 em reunião realizada na data de 08 de agosto de 2023 em Sorocaba/SP. Todos os participantes usuários e especialistas assinaram o TCLE.

### **4.3 Procedimentos de coleta de dados**

Na primeira etapa, para subsidiar a elaboração do instrumento de coleta de dados, foram retomados os referenciais teóricos da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva fundamentados no livro “Saúde Coletiva: construindo

um novo método em enfermagem”, de Emiko Yoshikawa Egry, assim como publicações científicas da mesma, com definição dos itens de identificação e dimensões singular, particular e estrutural. Para elaboração do instrumento, também foram considerados dados relacionados a identificação familiar, condições variáveis de trabalho e de vida e dados de morbidade referida, fundamentados nos indicadores evidenciados por Salum e Queiroz.

Na segunda etapa, foi realizada avaliação de conteúdo e aparência do instrumento por especialistas, por meio de um questionário estruturado considerando julgamento do item por escala de *Linkert* de 1 a 3 pontos, assim como critérios psicométricos de Pasquali (PASQUALI, 2010 apud PIMENTEL, 2018).

Na terceira etapa, houve a formatação do instrumento, sendo apresentado novamente aos especialistas para que pudessem reafirmar as alterações que apontaram necessárias, assim sucessivamente até obter o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) proposto.

Já na quarta etapa, a de análise semântica, foram admitidos participantes do estudo que se enquadraram aos critérios de inclusão, sendo primeiramente abordados para convite à pesquisa aqueles que estiveram na unidade de saúde para atendimento (nos casos mais específicos de integrantes enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), assim como os que foram atendidos na modalidade de atenção domiciliar, no momento das visitas (nos casos mais específicos de integrantes agentes comunitários de saúde); e, no caso de consentimento, sucessiva assinatura do TCLE e direcionamento para consultório próprio, ou na própria residência, para a aplicação do questionário. Os dados presentes no instrumento (Apêndice A) foram coletados via impresso próprio pelos integrantes da equipe de pesquisa (profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde), conforme instrução e orientação prévia (Apêndice B). Por fim, foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice C) para a análise semântica dos dados qualitativos, referente a equipe de pesquisa (“aplicadores”). A aplicação de tal questionário foi realizada através do recurso virtual Google Forms®.

#### **4.4 Procedimentos de análise dos dados**

Para análise dos dados referentes a avaliação do instrumento pela banca de especialistas, primeiramente foi realizada tabulação dos dados no programa computacional Microsoft Office Excel 2019®, aplicando recurso da estatística de Índice de Validade de Conteúdo (IVC), verificando a concordância dos juízes sobre os

aspectos do instrumento. A validade de conteúdo dos itens foi considerada adequada quando  $IVC \geq 0,75$ .

Acerca da etapa de análise semântica, sob a perspectiva quantitativa, os dados coletados dos participantes foram transcritos e decodificados pelo mesmo programa computacional supracitado, e foram analisados por meio da estatística descritiva, quanto a perfil sociodemográfico, e demais dados classificados conforme proposta de Salum e Queiroz (Quadro 1), divididos em três momentos: o primeiro momento corresponde a uma classificação inicial dos sujeitos a partir dos dados coletados e submetidos a variáveis de corte para trabalho e vida, estabelecendo-se em seguida os limites de Inclusão (I) e Exclusão (E), a fim de possibilitar a categorização das famílias ajuizadas segundo parâmetros de inclusão e exclusão (Quadros 2 e 3).

Quadro 1 – Categoria analíticas, categorias empíricas, variáveis para formas de trabalhar e de viver e variáveis de corte utilizadas para definir a heterogeneidade do coletivo.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	VARIÁVEIS PARA FORMAS DE TRABALHAR E DE VIVER	VARIÁVEIS DE CORTE
Processo de reprodução social no momento da produção	Formas de trabalhar	<b>inserção na produção</b> (número de trabalhadores na família/ local de trabalho/ atividade/ registro em carteira profissional) <b>dispêndio de energia no trabalho</b> (tempo de locomoção para o trabalho/ dias-horas trabalhados por semana) <b>direitos e benefícios do trabalho</b> (salário líquido de cada trabalhador/ número e tipo de benefícios recebidos pelos trabalhadores na família).	renda familiar per capita recebimento de benefícios registro em carteira profissional
Processo de reprodução social no momento do consumo	formas de viver	<b>uso do espaço social</b> (tempo de moradia em São Paulo/procedência/tipo de habitação/ propriedade da habitação/número de cômodos para dormir); <b>infra-estrutura de habitação</b> (número de pessoas por cômodo/ localização do banheiro/ uso coletivo ou não do banheiro/ propriedade de eletrodomésticos/ condições de ventilação, umidade, iluminação da habitação/ saneamento básico – procedência da água, destino do esgoto e do lixo); <b>dinâmica social da vida familiar</b> (riscos percebidos oriundos das formas de viver/ religião/ vida associativa - agregação social).	Propriedade da habitação exposição à riscos agregação social

Fonte: Salum e Queiroz (1997, 2000, 2010 apud TRAPÉ, 2011.)

O segundo momento diz respeito a uma diferenciação conforme a inserção no momento da produção e do consumo, recorrendo a formas de mensurar o grau de estabilidade/instabilidade das formas de trabalhar e de viver capazes de expressar a

heterogeneidade das condições de trabalho e vida e, portanto, a diversidade de carências existentes, representando a dinamicidade do processo de reprodução social. Assim, os sujeitos passaram a ser agregados em dois grupos diferenciados em formas de trabalhar e dois grupos diferenciados em formas de viver:

- grupo FTE – formas de trabalhar estáveis: agrupa as famílias que detêm 3 ou, no mínimo, 2 atributos de inclusão;

- grupo FTI – formas de trabalhar instáveis: agrupa as famílias que detêm 2 ou 3 atributos de exclusão;

- grupo FVE – formas de viver estáveis: agrupa as famílias que detêm 3 ou, no mínimo, 2 atributos de inclusão;

- grupo FVI – formas de viver instáveis: agrupa as famílias que detêm 2 ou 3 atributos de exclusão.

Quadro 2 – Limites de exclusão/inclusão das variáveis de corte para formas de trabalhar, utilizados na operacionalização da heterogeneidade do coletivo segundo a inserção no momento da produção.

VARIÁVEIS DE CORTE PARA FORMAS DE TRABALHAR	LIMITES DE EXCLUSÃO/INCLUSÃO
<b>Renda familiar per capita (RFPC)</b>	<b>I</b> - famílias com RFPC igual ou superior a 1,8 Salários Mínimos <b>E</b> - famílias com RFPC até 1,8 do Salários Mínimos
<b>Registro em carteira profissional</b>	<b>I</b> - famílias em que 1 ou mais membros são registrados em carteira profissional; <b>E</b> - famílias em que nenhum membro é registrado em carteira profissional ou não está trabalhando no momento.
<b>Benefícios oriundos do trabalho</b>	<b>I</b> - famílias que usufruem de 2 benefícios oriundos do trabalho de seus membros, sendo 1 deles relacionado à assistência à saúde; <b>E</b> - famílias que usufruem de um ou mais benefícios quaisquer oriundos do trabalho de seus membros que não sejam relacionados à assistência médica, ou que não usufruem de qualquer benefício.

Fonte: Salum e Queiroz (1997, 2000, 2010 apud TRAPÉ, 2011.)

Quadro 3 – Limites de exclusão/inclusão das variáveis de corte para formas de viver, utilizados na operacionalização da heterogeneidade do coletivo segundo a inserção no momento do consumo.

VARIÁVEIS DE CORTE PARA FORMAS DE VIVER	LIMITES DE EXCLUSÃO/INCLUSÃO
<b>Propriedade da habitação</b>	<b>I</b> – famílias que moram em casa própria; <b>E</b> – famílias que moram em casa alugada, cedida ou invadida.
<b>Exposição a riscos oriundos da forma de viver</b>	<b>I</b> – famílias que não se reconhecem expostas a riscos; <b>E</b> – famílias que se reconhecem expostas a pelo menos 1 risco.
<b>Agregação social</b>	<b>I</b> – famílias em que 1 ou mais membros participa de grupos/ associações de naturezas diversas; <b>E</b> - famílias cujos membros não participam em grupos/ associações de nenhuma natureza.

Fonte: Salum e Queiroz (1997, 2000, 2010 apud TRAPÉ, 2011.)

No terceiro momento, tratou-se-a de concretizar a construção dos grupos sociais homogêneos. Como se vê no Quadro 4, famílias simultaneamente categorizadas com formas de trabalhar estáveis (FTE) e forma de viver estáveis (FVE), passaram a constituir o grupo social homogêneo 1 (GSH1); aquelas simultaneamente categorizadas com formas de trabalhar instáveis (FTI) e formas de viver instáveis (FVI), passaram a constituir o grupo social homogêneo 3 (GSH3). Agrupadas em um grupo intermediário, as famílias que simultaneamente reúnem FTE e FVI ou FTI e FVE, constituíram o grupo social homogêneo 2 (GSH2).

Quadro 4 – Classificação das famílias estudadas em grupos sociais homogêneos, segundo suas formas de trabalhar e de viver.

Formas de trabalhar (FT)	Estáveis (FTE)	Instáveis (FTI)
Formas de viver (FV)		
Estáveis (FVE)	<b>FTE/FVE</b> (GSH1)	<b>FTI/FVE</b> (GSH2)
Instáveis (FVI)	<b>FTE/FVI</b> (GSH2)	<b>FTI/FVI</b> (GSH3)

Fonte: Salum e Queiroz (1997, 2000, 2010 apud TRAPÉ, 2011.)

Ainda sobre a análise semântica, sob a perspectiva qualitativa, foi usada a técnica de Análise de Conteúdo defendida por Bardin (2011), que se estrutura em três fases: pré-análise; exploração do material, categorização ou codificação; tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 O Materialismo Histórico e Dialético e a TIPESC

A filosofia desempenha um papel crucial ao moldar nossa compreensão do mundo, pois procura interpretar e explicar os eventos observáveis da realidade. Ela se dedica a explorar questões essenciais relacionadas à natureza da existência, à condição humana, à ética, à política e a outros tópicos fundamentais que formam a base de nossa compreensão do mundo e das escolhas humanas. Ela nos ajuda a desenvolver uma postura filosófica que busca a racionalidade, a logística e a fundamentação das nossas concepções (EGRY et al., 2006).

Assim, conforme o materialismo histórico e dialético, a elaboração da visão de mundo não ocorre de maneira atemporal ou desvinculada do contexto histórico em que uma determinada sociedade se encontra. A visão de mundo de um indivíduo ou de uma coletividade é profundamente influenciada pelas condições sociais, dietéticas, políticas e culturais do momento histórico em que estão inseridos (EGRY et al., 2006). Nesse sentido, reconhece a capacidade do ser humano como um agente social que desempenha um papel político na transformação da realidade, partindo do orçamento de que a realidade social não é estática, mas sim dinâmica e sujeita a mudanças.

A TIPESC, com base no materialismo histórico e dialético de Karl Marx, discute a circunstância dos acontecimentos, o crescimento econômico da sociedade e os modos de produção e troca, além da separação em classes distintas. Essa teoria foi criada para entender as oposições da realidade objetiva, a partir do trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva, que visa uma metodologia criativa, dialética e comunicativa. A sua ideologia é constituída na historicidade, entendida como modificações da sociedade, onde a realidade possui traços provisórios, variáveis, imperfeitos e escassos, e na dinamicidade.

O método materialista histórico e dialético é caracterizado pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade. O princípio da contradição, presente nesta lógica, indica que para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela e apreender o que dela é essencial. Neste caminho lógico, movimentar o pensamento significa refletir sobre a realidade partindo do empírico (a realidade dada, o real aparente, o objeto assim como ele se apresenta à primeira vista) e, por meio de abstrações (elaborações do pensamento, reflexões, teoria), chegar ao concreto: compreensão mais elaborada do que há de essencial no objeto, objeto síntese de múltiplas determinações, concreto pensado. Assim, a diferença entre o empírico (real aparente) e o concreto (real pensado) são as abstrações (reflexões) do pensamento que tornam mais completa a realidade observada (EGRY et al., 2018, p. 760).

Assim, as fundações filosóficas da TIPESC estão alinhadas com a perspectiva do materialismo histórico e do materialismo dialético. A visão de mundo histórica e dialética dá origem às bases teóricas, que englobam tanto categorias conceituais quanto categorias dimensionais.

As categoriais conceituais que permeiam o trabalho em saúde são: sociedade, homem, processo saúde-doença, saúde coletiva, assistência, enfermagem, trabalho, necessidade, vulnerabilidade e educação. Estas permitem a articulação entre as partes dos fenômenos.

As categorias dimensionais são definidas pelas ideias empregadas durante a elaboração da TIPESC, ou seja, em seu processo de operacionalização. Sendo dimensionais, essas categorias não são rígidas e estão em constante interação umas com as outras, permitindo uma contínua interligação entre elas. A primeira delas é a totalidade, que se explica pela percepção da associação de um todo com a parte, onde é possível entender as relações internas a partir da realidade. A segunda é a práxis, representada por uma atividade efetiva onde as pessoas podem modificar a realidade e se transformarem, que de acordo com Marx, se refere a unidade dialética teoria-prática. E a terceira é a interdependência entre o estrutural, particular e o singular, onde é possível abordar várias fâcias da sociedade (EGRY, 1996).

Desta forma, a TIPESC é realizada em cinco etapas, definidas em: a) captação da realidade objetiva, que visa entender o fenômeno, caracterizar sua situação atual e toda a história e mudanças desse fenômeno; b) interpretação da realidade objetiva: esta etapa permite a compreensão das discordâncias dialéticas, explicando as polaridades existentes; c) proposta de intervenção na realidade objetiva, em que é realizado o plano de interferência na realidade, em direção a superação do fenômeno; d) intervenção na realidade: sendo o processo desencadeado de forma crítica, reflexiva e pedagógica, sobre a obtenção de capacidades em relação as alterações planejadas na fase anterior; e) reinterpretção da realidade: resulta-se da análise do produto (mudanças ocorridas nas intervenções realizadas) e análise do processo (dados obtidos durante as mudanças da realidade) (EGRY *et al.*, 2018).

Nesta concepção, a pessoa é entendida como um ser histórico, determinado pelo espaço e época em que vive. Conforme sua inserção no tempo, espaço e existência, ele se diferencia, construindo seu próprio percurso na história. Sendo assim, o único ser da espécie animal a traçar sua maneira de viver, fruto de suas relações sociais e com a natureza (EGRY, 1996).

Os conceitos de saúde e doença são moldados socialmente e variam de acordo com fatores culturais, sociais e históricos. O entendimento do que é saudável ou doentio pode diferir entre sociedades e evoluir ao longo do tempo, influenciado por valores, crenças, normas sociais e sistemas de cuidados de saúde específicos a cada época e local. É fundamental considerar que a saúde e a doença são construções complexas e multifatoriais, influenciadas por uma série de determinantes sociais, ecológicos, ambientais, comportamentais e biológicos.

O conceito de saúde ideal pode ser questionado à luz de abordagens mais abrangentes que levam em consideração não apenas a ausência de doença, mas também a promoção do bem-estar físico, mental e social, assim como a capacidade de enfrentar e se adaptar às adversidades. Os fatores sociais, como desigualdade econômica, acesso a serviços de saúde, educação, moradia adequada e oportunidades de emprego, têm um impacto significativo na saúde e no bem-estar das pessoas. Neste emaranhado da realidade, cria-se o entendimento do processo de saúde-doença, que é determinado historicamente pela forma de inserção social do ser humano na sociedade ou pela forma como ele se relaciona com os demais, de forma que não pode existir fora da sociedade (EGRY et al., 2006).

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Etapa de validação de conteúdo e aparência por especialistas

Do total de especialistas que atendiam os critérios de inclusão, todas concordaram em participar da pesquisa, sendo a caracterização especificada conforme evidenciado na Tabela 1. Todas as especialistas são do sexo feminino, com média de idade de 68 anos, com tempo de formação médio de 49 anos e que majoritariamente possuem maior titulação de doutorado, assim como a maioria trabalha em instituição privada.

Tabela 1 – Caracterização dos especialistas e dados relacionados à profissão. Sorocaba (SP), 2023.

VARIÁVEIS	N	%	$\bar{x}$	$\sigma$
<b>IDADE</b>			68	0,6
<b>SEXO</b>				
Feminino	3	100%		
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO (anos)</b>			49	6,1
<b>MAIOR TITULAÇÃO</b>				
Mestrado	1	33%		
Doutorado	2	67%		
<b>INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA</b>				
Privada	2	67%		
Aposentada	1	33%		

Legenda: N - frequência absoluta; % - Frequência relativa;  $\bar{x}$  - média;  $\sigma$  - desvio padrão.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Em sua primeira versão elaborada, o Instrumento de Coleta de Dados (ICD) foi composto de 44 itens. A Tabela 2 mostra os itens relativos à validação conforme escala *Linkert* e IVC referentes a primeira página do constructo. Destes, os itens “hora” e “membro/parentesco” obtiveram IVC < 0,75 e, portanto, foram reavaliados quanto à permanência no instrumento. Já os itens “nº para contato”, “iniciais do nome/ nº do prontuário”, “sexo”, “estado civil” e “religião” foram propostas alterações.

Em relação ao item “hora”, optou-se por mantê-lo com alterações, relacionando-o ao item que diz respeito a “hora término da coleta de dados”, para que assim, pudéssemos analisar o tempo de duração da coleta dos dados, comparando-o com a literatura. Portanto, o termo em sua segunda versão foi alterado para “hora início da entrevista”, aprimorando assim sua clareza para o aplicador.

Tabela 2 – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na primeira página do instrumento de coleta de dados. Sorocaba (SP), 2023.

ITEM	Manter com alterações + Manter sem alterações (I-IVC)	p-VALOR
Nº Formulário	1,00	1
Entrevistador(a)	1,00	1
Data	1,00	1
Hora	0,67	0,255
Endereço completo entrevistado(a)	1,00	1
Nº para contato	1,00	1
Membro/ parentesco	0,67	0,255
Iniciais do nome/ Nº do prontuário	1,00	1
Idade	1,00	1
Sexo	1,00	1
Estado civil	1,00	1
Cor/ Raça/ Etnia auto referida	1,00	1
Religião	1,00	1

Legenda: I-IVC – Item do Índice de Validade de Conteúdo.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito a “membro/parentesco”, sua permanência no instrumento se respalda pela própria reinterpretação do apontamento colocado por uma das especialistas, de que o instrumento visa a família, e, assim, a identificação do informante/entrevistado já fora especificado em outro item. Conforme fundamentação do conceito de família na teoria abordada, essa tem se modificado conforme as transformações dos modos de produção social e variâncias culturais dentro deste mesmo modo de produção, da mesma época histórica, constatando assim diferentes valores e distintas formas de organização familiar (ENGELS, 1984 apud EGRY, FONSECA, 2000). Em um estudo realizado na Grande São Paulo (FONSECA, 1990; BERTOLOZZI, 1991; GRECO, 1995; BARRIENTOS, 1998 apud EGRY, FONSECA, 2000), verificou-se diferentes formas de analisar a família e sua inserção social através de seus componentes (seja chefe de família indicado pela pessoa entrevistada, a própria pessoa entrevistada e ambos), tendo como resultados que apesar de algumas distinções de classes entre seus membros, não houve grande disparidade de classificação social.

Assim, considerando a família pertencente a diferentes estratos e classes, com suas diferenças culturais e sua inserção no sistema produtivo, a adequada identificação do membro e/ou parentesco integrante permite potencialmente verificar aquele economicamente responsável pela totalidade (ou a maior parte), o que nem

sempre corresponderá a pessoa entrevistada, conforme metodologia de coleta de dados utilizada na pesquisa.

Sobre os itens que mesmo atingido I-IVC adequado e houveram apontamentos, acerca de “nº para contato”, aderiu-se a proposta de adequação para “nº telefone”, visto ser meio de contato mais direto prático e acessível com o usuário, justificado também pela possibilidade de viés de interpretação alternativa, como por exemplo o contato via e-mail.

Acerca do item “iniciais do nome/ nº do prontuário”, houve questionamento por uma das especialistas acerca da permanência de um dado ou de outro, proposto alteração de ambas informações em colunas distintas. Contudo, optou-se por manter ambas as informações, unificadas em um mesmo campo, visto a disposição dos demais itens no impresso, assim como sua utilidade e praticidade associado a localização do prontuário físico, seja individual ou familiar a depender do contexto da unidade. Ademais, optou-se por substituir o termo “iniciais do nome” por “nome” para aprimoramento da precisão, visto ser um item voltado para a identificação do usuário.

No item “sexo”, foi considerado que o termo deveria ser atualizado para “identificação de gênero”, incorporando assim questões de gênero em saúde. Existem estudos que corroboram com esta incorporação, evidenciando que sexo e gênero são determinantes críticos pois desempenham papéis significativos na saúde e no bem-estar, impactando aspectos como exposição a riscos no ambiente de trabalho e no ambiente em geral, acessibilidade e padrões de busca por atendimento e utilização dos serviços de saúde devido sua interação devido possíveis atitudes discriminatórias (HEIDARI et al., 2017). Essas influências, por sua vez, têm implicações diretas na incidência de doenças e nos desfechos de tratamentos de saúde. Do mesmo modo, para além da dimensão biológica, o conceito de gênero engloba mais amplamente os papéis, comportamentos, identidades e expressões do singular, transcendendo, portanto, a anatomia. (ARAÚJO; PENNA, 2014 apud PIMENTEL, 2018).

Quanto ao item “estado civil”, foi sugerido a substituição do termo “amigado(a)” para “união estável”. Esta alteração proposta foi acatada, visto estar de acordo com a legislação vigente, caracterizado por “convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família” (BRASIL, 2002).

Por fim, no item “religião”, acatamos a retirada do termo “não determinada”, visto estar contemplado em outras assertivas disponíveis, como “sem religião/culto”, “outras” ou “não sabe”.

A Tabela 3 abaixo refere-se à segunda página do constructo, evidenciando que todos estes itens foram considerados pelos especialistas como válidos para permanecerem no instrumento. Entretanto, foram propostas alterações nos itens “escolaridade” e “condições de atividade/trabalho”, a serem avaliadas e consideradas.

Tabela 3 – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na segunda página do instrumento de coleta de dados. Sorocaba (SP), 2023.

ITEM	Manter com alterações + Manter sem alterações (I-IVC)	p-VALOR
Escolaridade	1,00	1
Condições de atividade/ trabalho	1,00	1
Ocupação/ atividade/ função	1,00	1
Onde trabalha	1,00	1
Registro em carteira profissional	1,00	1
Salário líquido mensal (exato ou aproximado)	1,00	1
Renda familiar per capita	1,00	1

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No item “escolaridade”, foi sugerido inserir campo de “(anos de estudo)” afrente, sendo considerado e adaptado em sua segunda versão, considerando aprimoramento das características de precisão e tipicidade do atributo. Foi proposto no mesmo item também a alteração do termo “analfabeto” para “não alfabetizado”. Na literatura, não há consenso sobre a definição de tais termos, estando muitas vezes associados a concepção de alfabetização, letramento e literacia, que neste estudo, não cabe aprofundamento ou discussão. Portanto, optou-se por adotar tal sugestão, considerando que a alfabetização é um *continuum* sem um “alvo fixo”, mas sim aplicada a um espectro, justificado também que, atrelado ao termo “analfabeto”, cria-se um problema conceitual com implicações para a formulação de políticas potencialmente enganoso acerca da “erradicação do analfabetismo” (UNESCO, 2014; BRASIL, 2019).

Ademais, foi proposto também a inclusão de ensino médio profissionalizante dentre as opções de assertivas, havendo sido acatado e incluso as alternativas: “ensino profissionalizante incompleto” e “ensino profissionalizante completo”. Levando em consideração os determinantes e condicionantes de saúde, a educação está relacionada a exposição a riscos agregadas às carências sociais, em que o acesso a

determinadas estruturas de oportunidades propicia a facilidade de acesso e recursos a outras estruturas de oportunidades, sendo um exemplo as melhores possibilidades de empregos que conseqüentemente proporciona mais renda (JATOBÁ, 2011). Por fim, as assertivas correspondentes foram inseridas no corpo do instrumento através de siglas, considerando o espaço disponível do campo. Para esclarecimento das mesmas, foi inserido nota em rodapé para consulta.

Já sobre o item “condições de atividade/trabalho”, foi proposto por parte de uma das especialistas a inclusão da assertiva “aposentado e trabalha”, contudo, optou-se por não aderir a tal indicação justificado por esta poder estar sendo contemplada ao assinalar os correspondentes campos de “aposentado(a)” juntamente de outro correspondente à condição de atividade/trabalho dos sujeitos. Ainda sobre o mesmo item, foi proposta retirada da assertiva “não se aplica”, justificado pelo termo “não sabe” ser mais claro e amplo para quem lê. No entanto, vale destacar que o item “não se aplica” contempla sujeitos menores de 14 anos que não poderiam estar trabalhando, sendo este mais inclusivo. Todavia, optamos pela retirada do termo “não sabe”, considerando que o membro o qual a entrevista será direcionada tenha conhecimento de seus correspondentes.

A seguir, na Tabela 4, referente aos itens relacionados àqueles na terceira página do instrumento, observa-se que o item “tempo gasto para ir/voltar do trabalho/escola” obteve IVC 0,67, portanto, reavaliado quanto a sua permanência.

Tabela 4 – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na terceira página do instrumento de coleta de dados. Sorocaba (SP), 2023.

ITEM	Manter com alterações + Manter sem alterações (I-IVC)	p-VALOR
Horas semanais trabalhadas	1,00	1
Benefícios advindos do trabalho	1,00	1
Tempo gasto para ir/voltar do trabalho/escola	0,67	0,255
Meio de transporte utilizado para ir/voltar do trabalho/escola	1,00	1
Problemas de saúde (demanda pessoal)	1,00	1
Uso de medicamentos	1,00	1

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A pertinência do item “tempo gasto para ir/voltar do trabalho/escola” se justifica pois é considerada uma variável empírica que verifica a forma de trabalhar (dimensão

da produção), ainda assim, relacionada ao dispêndio de energia no trabalho. Em outro estudo realizado, fundamentado na mesma metodologia originalmente proposta por Salum e Queiroz (1997, 2000, 2010 apud TRAPÉ, 2011), foi justificada sua permanência com o objetivo de “detectar os desgastes provenientes do tempo de locomoção da casa para o trabalho e vice-versa” (TRAPÉ, 2011. p. 79).

Já em relação aos itens que foram considerados satisfatórios, porém com alterações propostas, estes são: “problemas de saúde (demanda pessoal)” e “uso de medicamentos”; com sugestões de melhorias de especificar no formulário ambos. Compreendemos assim que a especificação deveria ser realizada de forma a esclarecer para o aplicador do instrumento como deve ser preenchido ambos os campos. Assim, foi inserido uma nota de rodapé na página correspondente ao item, exemplificando e especificando quais seriam os problemas de saúde a serem preenchidos (como hipertensão, diabetes, hipo/hipertireoidismo, depressão, ansiedade, entre outros.). Foi alterado também o campo correspondente ao “uso de medicamentos”, havendo agregação da questão “qual(is)?”, a ser descrito abertamente conforme medicamentos em uso ou não.

Acerca da última página do instrumento, encontram-se os itens relacionados mais especificamente a formas de viver. Os dados avaliados pelas especialistas quanto a sua validação encontram-se expostos na Tabela 5. Encontra-se também, na mesma tabela, a validação da ficha de orientação para o preenchimento do instrumento.

Primeiramente, o item “tempo de moradia no domicílio (em anos)” houve um apontamento por uma das especialistas acerca da sua necessidade para a proposta. Esta informação visa identificar a ocupação do espaço geossocial da família e seus deslocamentos, captando assim suas possíveis mudanças para regiões mais excluídas como consequência de precarização na inserção de seus membros no trabalho; além também de ser produtivo para o estabelecimento de uma relação de aprendizado compartilhado, através do vínculo com a unidade de saúde, vínculo este essencial para apreender as origens, as características que mudaram e/ou permaneceram no território, assim como compreender as razões das vulnerabilidades coletivas através das percepções de tais sujeitos sobre os problemas. (BATISTELLA, 2007; TRAPÉ, 2011). Assim, o item foi mantido em sua segunda versão.

Quanto ao item “nome no Serasa, dívidas e/ou gastos com crediários”, foi apontado pelas especialistas como item desnecessário e invasivo, associando

também ao item com proposta de alteração “para arcar com gastos de alimentação, vestuário, água e luz, a renda familiar é”, tendo sido julgado item como menos objetiva do que o critério de renda. Reanalizando os itens no que se pretende alcançar como dado para o instrumento, consideramos as informações apontadas na literatura de que, dívidas,

assim como a doença são socialmente determinadas, pois as classes sociais mais excluídas têm mais chance de se endividarem. [...] o endividamento está relacionado com fatores estruturais (razão entre renda/empréstimos, subsídios do governo, taxas de juros, níveis de suporte e de segurança social), renda familiar e elementos associados (desemprego na família, doença, divórcio, empregos de curta duração, reparos inesperados, dívidas não planejadas) e fatores pessoais (habilidade para gerenciar o dinheiro considerando as despesas da casa e prioridades pessoais) (NETTLETON; BURROWS, 1998 apud TRAPÉ, 2011. p. 158).

Assim, consideramos a retirada de ambos e alteração para “possuem dívidas e/ou gastos com crediários?”, possibilitando reduzir ao máximo o desconforto do sujeito entrevistado sobre o item.

Tabela 5 – Índice de validade de conteúdo para permanência dos itens relacionados àqueles na quarta página do instrumento de coleta de dados. Sorocaba (SP), 2023.

ITEM	Manter com alterações + Manter sem alterações (I-IVC)	p-VALOR
Material da habitação	1,00	1
Local da habitação	1,00	1
Propriedade da residência	1,00	1
Tempo de moradia no domicílio (em anos)	0,67	0,255
Riscos que as pessoas da casa se sentem mais expostas	1,00	1
Participação de grupos/ associações de naturezas diversas	1,00	1
Acesso à internet na residência	1,00	1
Atividades de lazer da família	1,00	1
Posse de bens e acesso à serviços	1,00	1
Destino do lixo	1,00	1
Coleta seletiva	1,00	1
Destino do esgoto	1,00	1
Para arcar com gastos de alimentação, vestuário, água e luz, a renda familiar é:	1,00	1
Nome no Serasa, dívidas e/ou gastos com crediários	0,67	0,255
Com base no seu atendimento, qual a sua satisfação com a Atenção Primária à Saúde	1,00	1
Observações	1,00	1
Hora término da coleta de dados	0,67	0,255
Orientações para o preenchimento do instrumento	1,00	1

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Já para o item “hora término da coleta de dados”, este já fora discutido anteriormente, no que tange a primeira página o item “hora”, modificado para “hora início da entrevista”. Salienta-se que, o mesmo item da quarta página encontra-se presente na mesma visto praticidade para o aplicador de inserir a informação conforme seguimento da entrevista, não havendo necessidade de retornar ao início para inserir tal dado.

Quanto aos itens que foram considerados validados nesta página, alguns houveram sugestões de alterações. No item “local de habitação”, foi sugerida alteração para “tipo de habitação”. A troca dos termos foi aderida, pois verificou-se que a primeira se refere ao local físico, a área geográfica (rua ou região) em que alguém vive. É uma descrição do espaço geográfico onde uma residência está situada, diferentemente de “tipo de habitação”, que se refere à categoria ou estilo da residência em si, através da descrição das características da moradia, que é o que se pretende verificar com o item. Houve também indicação de retirada do enunciado “quintal comum”, sendo apontado como não referente a um tipo de habitação, o que foi acatado ao refletir e considerar que seria uma característica específica de algumas habitações, como casas, apartamentos ou propriedades, através de uma área ao ar livre compartilhada por várias unidades residenciais dentro de um mesmo complexo habitacional, o que já encontra-se contemplado no item.

No item “riscos que as pessoas da casa se sentem mais expostas”, foi sugerido a inclusão de “falta de acesso a água tratada”, que apesar de existir item sucessor que esteja agregado o acesso à água, este segundo diz respeito a acesso à serviços, diferentemente do primeiro. Com isso, favorável a tal orientação, acatou-se a opção.

Já no item “participação de grupos/ associações de naturezas diversas”, foi colocado pela banca de especialistas a necessidade de exemplificar aqueles referentes ao bairro, com a inclusão de “(artesanato, caminhadas, leitura, etc.)”, o que foi aderido para a versão seguinte.

Quanto ao item “posse de bens e acesso à serviços”, foi comentado por uma das avaliadoras sobre a ordem dos fatores no instrumento e suas diferentes denominações e delimitações. Assim, analisando tal comentário, verificamos a necessidade de, mesmo que com denominação macro do item como apresentou-se, desmembrar as perguntas em dois subtópicos que denominamos “condições da moradia” e “equipamentos do domicílio”. Aqui, as condições de moradia referem-se à disponibilidade de serviços e equipamentos públicos (como saneamento, por

exemplo), assim como habitabilidade, influenciando diretamente o bem-estar e a segurança dos moradores (MPSP, 2020). Já os equipamentos do domicílio são itens como móveis, eletrodomésticos, eletrônicos, utensílios, entre outros; que tornam uma residência funcional, confortável e adequada para as atividades diárias dos moradores (ABEP, 2022).

No item “coleta seletiva”, foi sugerido especificação para “coleta seletiva de lixo”, sendo alterado conforme orientação, para ser também mais claro e preciso para o entrevistador e a pessoa entrevistada. Ademais, no item “com base no seu atendimento, qual a sua satisfação com a Atenção Primária à Saúde”, foi colocado a necessidade de especificar qual serviço quer avaliar, sendo neste estudo o relativo a unidade de Estratégia de Saúde da Família, portanto modificado para “com base nos seus atendimentos, qual a sua satisfação com os serviços prestados pela ESF do território?”.

Por fim, o último item com sugestão de revisão pelas especialistas foi sobre a ficha de orientações para o preenchimento do instrumento, acerca da revisão de português (subentendido como revisão ortográfica) e adaptação conforme apontamentos anteriores. Nesta ficha contém instruções gerais e específicas para sanar dúvidas acerca das assertivas e suas respectivas definições.

Partimos assim, junto às alterações supracitadas da primeira versão do instrumento, para a segunda versão do mesmo. Nesta, optamos por realocar o item “horas semanais trabalhadas” para a segunda página, considerando a maior proximidade temática com os itens nela presente, assim como para possibilitar a ampliação dos campos de “problemas de saúde” e “uso de medicamentos”, considerando serem questões abertas.

Assim, considerando a primeira versão, obteve-se a pontuação de escala geral de índice de validade de conteúdo (S-IVC) o valor de 0,95 (95%), conforme evidencia na Tabela 6. O cálculo adotado para a realização da S-IVC foi o de *average variance extracted* (AVE, traduzido para o português como “variância média extraída”), em que após calculado o I-IVC para cada item do instrumento, calculou-se o I-IVC médio entre os itens.

Contudo, mesmo sido havido considerada validada e não sendo necessária nova reavaliação pelas especialistas, foram realizadas tais alterações descritas e reenviadas para devolutiva final com o aprimoramento de sua validade e seguimento com a etapa de aplicação, tendo obtido S-IVC de 1,00 (100%).

Tabela 6 – Escala geral de índice de validade de conteúdo para permanência dos itens em sua primeira e segunda versão. Sorocaba (SP), 2023.

	<b>PRIMEIRA VERSÃO</b>	<b>SEGUNDA VERSÃO</b>
<b>Total IVC</b>	42,00	45,00
<b>S-IVC/ AVE</b>	0,95 (95%)	1,00 (100%)

Legenda: S-IVC – Escala geral de Índice de Validade de Conteúdo; AVE – Variância média extraída.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

De forma complementar, as especialistas avaliaram também os itens quanto aos critérios psicométricos de Pasquali (2010 apud PIMENTEL, 2018), conforme apresentado na Tabela 7. Tais critérios justificam a permanência dos itens no instrumento, por poder oferecer respostas adequadas à proposta.

No geral, tais critérios psicométricos foram considerados satisfatórios, mesmo após ajustes na segunda versão, com exceção de objetividade, que foi considerado por uma das especialistas referentes a diversos itens como não aplicáveis o julgamento psicométrico (comportamento, atitude, sentimento).

Tabela 7 – Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do instrumento em escala geral de índice de validade de conteúdo em sua primeira e segunda versão. Sorocaba (SP), 2023.

		<b>Objetividade</b>	<b>Simplicidade</b>	<b>Clareza</b>	<b>Relevância</b>	<b>Precisão</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Tipicidade</b>	<b>Credibilidade</b>
<b>PRIMEIRA VERSÃO</b>	<b>Total IVC</b>	29,80	40,70	40,04	42,01	38,03	43,34	35,08	43,34
	<b>S-IVC/ AVE</b>	0,68	0,93	0,91	0,95	0,86	0,99	0,80	0,99
<b>SEGUNDA VERSÃO</b>	<b>Total IVC</b>	31,47	44,01	43,68	44,01	41,68	45,00	38,07	45,00
	<b>S-IVC/ AVE</b>	0,70	0,98	0,97	0,98	0,93	1,00	0,85	1,00

Legenda: S-IVC – Escala geral de Índice de Validade de Conteúdo; AVE – Variância média extraída.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Por último, as especialistas foram questionadas quanto aos aspectos linguísticos e didáticos do instrumento, para que possa ser reproduzido, indicando se o mesmo é viável para a proposta. Assim, responderam sete perguntas em escala de *Likert* de três pontuações.

A Tabela 8 apresenta os resultados da validação do instrumento em relação aos critérios de aparência, onde obteve-se IVC de 1,00 (100%) em todos os aspectos.

Tabela 8 – Avaliação de aparência do instrumento de coleta de dados em sua primeira versão. Sorocaba (SP), 2023.

ITEM AVALIADO	I	PA	A	IVC (p-valor)
O instrumento é apresentado de maneira clara e objetiva	-	1	2	1,00
O instrumento é apresentado de forma lógica para realizar a classificação de Grupos Sociais Homogêneos	-	2	1	1,00
O instrumento está bem estruturado em concordância e ortografia	-	-	3	1,00
O instrumento está esteticamente adequado	-	-	3	1,00
O layout do instrumento está adequado	-	-	3	1,00
O tamanho e o tipo de letra estão adequados e permitem que o profissional da saúde possa acrescentar informações	-	2	1	1,00
O instrumento pode ser adotado para a classificação de Grupos Sociais Homogêneos na Estratégia de Saúde da Família	-	-	3	1,00

Legenda: I – Inadequado; PA – Parcialmente adequado; A – Adequado.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

. Importante salientar que, quanto aos itens considerados parcialmente adequados nesta avaliação de primeira versão, devido a reestruturação e alterações propostas, já em sua segunda versão final, todos foram reconsiderados como adequados. Ademais, verifica-se que 100% das juízes especialistas aprovaram o instrumento para realização da coleta de dados.

## 6.2 Etapa de aplicação: dados quantitativos

Nesta etapa de análise semântica do instrumento, no que diz respeito aos integrantes da equipe de pesquisa, na unidade de Sorocaba, dos nove membros que compunham a equipe de ESF, todos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE, sendo orientados sobre os critérios de inclusão e exclusão no que tange a aplicação de ao menos um ICD. Assim, ao final do período de coleta de dados, sete dos integrantes atingiram a tais critérios, realizando a aplicação de um ou mais instrumento, sendo, portanto, elegíveis para seguimento na pesquisa em sua etapa qualitativa de análise de conteúdo.

Já na unidade de Votorantim, dos sete membros que compunham a equipe de ESF, todos também concordaram em participar da pesquisa e assinaram o mesmo termo, com as devidas orientações dos critérios. Desse modo, ao final do período de coleta proposto, havendo quatro dos integrantes que satisfizeram tais critérios, conduzindo a utilização de ao menos um instrumento e, conseqüentemente, qualificaram-se para prosseguir na pesquisa em sua fase de análise de conteúdo.

Os dados obtidos serão apresentados e analisados separadamente, conforme realidades distintas de cada território, unidades e equipes de saúde.

### 6.2.1 Dados da unidade de ESF de Sorocaba

Acerca dos dados objetivos da realidade obtidos através do ICD na unidade de saúde localizada na cidade de Sorocaba, as sete famílias compuseram um grupo total de vinte e dois sujeitos. Contudo, observou-se que houve dados incompletos e/ou não preenchidos no formulário, dentre estes, envolvendo também os necessários para as variáveis de corte nas formas de trabalhar e/ou nas formas de viver. Assim, haveria comprometimento no momento da categorização das famílias, levou-se a optar por desconsiderar os dados obtidos nos respectivos instrumentos, totalizando assim seis famílias e dezenove sujeitos.

Os dados sociodemográficos (Tabela 9), nos mostra que as famílias tinham, em média, três membros em todos os grupos. A idade média dos sujeitos foi de 31,8 anos, sendo também preponderantes mulheres cisgênero autodeclarados brancos e de religião evangélica.

Tabela 9 – Dados sociodemográficos dos sujeitos da unidade de ESF de Sorocaba. Sorocaba (SP), 2023.

ITEM	N	%	$\bar{x}$
<b>MEMBROS</b>	19		3
<b>IDADE</b>			31,8
<b>IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO</b>			
Homem cis	9	47%	
Mulher cis	10	53%	
<b>COR/ RAÇA/ ETNIA AUTO-REFERIDA</b>			
Branco	10	53%	
Pardo	8	42%	
Preto	1	5%	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católico	7	37%	
Evangélico	12	63%	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Assim, a sistematização da caracterização da heterogeneidade do coletivo seguiu, em primeiro momento, pela distribuição da amostra estudada segundo os intervalos de inclusão/exclusão das variáveis de corte para formas de trabalhar e de viver (Quadros 5 e 6), conforme proposto na literatura (SALUM; QUEIROZ, 1997).

Quadro 5 – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de trabalhar da unidade de ESF de Sorocaba. Sorocaba (SP), 2023.

VARIÁVEIS DE CORTE PARA FT		CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
		Adequada	Inadequada
Renda familiar per capita (RFPC)	N	1	5
	%	17%	83%
Benefícios oriundos do trabalho	N	1	5
	%	17%	83%
Registro em carteira profissional	N	5	1
	%	83%	17%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Quadro 6 – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de viver da unidade de ESF de Sorocaba. Sorocaba (SP), 2023.

VARIÁVEIS DE CORTE PARA FV		CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
		Adequada	Inadequada
Propriedade da habitação	N	3	3
	%	50%	50%
Exposição a riscos oriundos da forma de viver	N	1	5
	%	17%	83%
Agregação social	N	3	3
	%	50%	50%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Já no Quadro 7, verifica-se o segundo momento para que seja realizada a diferenciação segundo a inserção no momento da produção e reprodução social das famílias. Logo, temos um “retrato” do coletivo diante de duas possibilidades distintas: suas formas de trabalhar, e de outro lado, suas formas de viver.

Para superar tal aproximação parcial, no terceiro momento (Quadro 8), houve a combinação das formas de trabalhar e de viver adequadas/inadequadas juntamente dos critérios de inclusão/exclusão, arbitrando, portanto, a classificação dos GSHs.

Quadro 7 – Distribuição por grau de adequação das formas de trabalhar e de viver da unidade de ESF de Sorocaba. Sorocaba (SP), 2023.

MOMENTOS		CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
		Adequada	Inadequada
Formas de trabalhar	N	2	4
	%	33%	67%
Formas de viver	N	3	3
	%	50%	50%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Quadro 8 – Combinação entre os graus de adequação das formas de trabalhar e de viver adequada ou inadequada da unidade ESF de Sorocaba. Sorocaba (SP), 2023.

FORMAS DE TRABALHAR	FORMAS DE VIVER			
	Adequada		Inadequada	
	N	%	N	%
Adequada	1	17%	1	17%
Inadequada	2	33%	2	33%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Desta forma, como se vê no Quadro 8, foi observado que: 33% pertencem ao grupo social homogêneo 1 (têm formas de trabalhar e de viver adequadas); 33% pertencem ao grupo social homogêneo 3 (têm formas de trabalhar e de viver inadequadas); e 50 % pertencem ao grupo social homogêneo 2 (17% têm formas de trabalhar adequadas e formas de viver inadequadas, e 33% têm formas de trabalhar inadequadas e formas de viver adequadas).

### 6.2.2 Dados da unidade de ESF de Votorantim

Já na unidade de saúde da cidade de Votorantim, a priori, foram compostas por nove famílias e um grupo total de vinte sujeitos. Como também observado, houver dados incompletos e/ou não preenchidos, sendo a posteriori consideradas para análise oito famílias e dezenove sujeitos.

Acerca dos dados sociodemográficos dos sujeitos da unidade (Tabela 10), foi evidenciado que as famílias tinham, em média, dois membros em todos os grupos. A idade média dos sujeitos foi de 45,1 anos, sendo também majoritários sujeitos homens cisgênero autodeclarados pardos e de religião evangélica.

Tabela 10 – Dados sociodemográficos dos sujeitos da unidade de ESF de Votorantim. Votorantim (SP), 2023.

ITEM	N	%	$\bar{x}$
<b>MEMBROS</b>	19		2
<b>IDADE</b>			45,1
<b>IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO</b>			
Homem cis	10	53%	
Mulher cis	8	42%	
Mulher trans	1	5%	
<b>COR/ RAÇA/ ETNIA AUTO-REFERIDA</b>			
Branco	8	42%	
Pardo	10	53%	
Preto	1	5%	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católico	6	32%	
Evangélico	8	42%	
Sem religião/ culto	3	16%	
Outras	1	5%	
Não sabe	1	5%	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Igualmente, a organização da descrição da diversidade dentro do grupo que compôs os dados coletados na unidade, começou inicialmente com a categorização baseada nos limites de inclusão/exclusão estabelecidos para diferentes formas de trabalhar e de viver (Quadro 9 e 10).

Quadro 9 – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de trabalhar da unidade de ESF de Votorantim. Votorantim (SP), 2023.

VARIÁVEIS DE CORTE PARA FT		CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
		Adequada	Inadequada
Renda familiar per capita (RFPC)	N	0	8
	%	0%	100%
Benefícios oriundos do trabalho	N	0	8
	%	0%	100%
Registro em carteira profissional	N	2	6
	%	25%	75%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Quadro 10 – Distribuição por critérios de inclusão/exclusão das variáveis de corte para as formas de viver da unidade de ESF de Votorantim. Votorantim (SP), 2023.

VARIÁVEIS DE CORTE PARA FV		CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
		Adequada	Inadequada
Propriedade da habitação	N	7	1
	%	88%	13%
Exposição a riscos oriundos da forma de viver	N	3	5
	%	38%	63%
Agregação social	N	2	6
	%	25%	75%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No segundo passo, realizou-se uma distinção com base na posição das famílias no que se refere à produção e reprodução social para evidenciar as formas de trabalhar e de viver (Quadro 11).

Quadro 11 – Distribuição por grau de adequação das formas de trabalhar e de viver da unidade de ESF de Votorantim. Votorantim (SP), 2023.

MOMENTOS		CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
		Adequada	Inadequada
Formas de trabalhar	N	0	8
	%	0%	100%
Formas de viver	N	4	4
	%	50%	50%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Por fim, houve uma integração dos critérios adequado/inadequado de formas de trabalhar e de viver, juntamente com os critérios de inclusão/exclusão, resultando na definição da categorização dos grupos sociais semelhantes (Quadro 12).

Quadro 12 – Combinação entre os graus de adequação das formas de trabalhar e de viver adequada ou inadequada da unidade ESF de Votorantim. Votorantim (SP), 2023.

FORMAS DE TRABALHAR	FORMAS DE VIVER			
	Adequada		Inadequada	
	N	%	N	%
Adequada	0	0%	0	0%
Inadequada	4	50%	4	50%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Assim, conforme verificado, nenhuma família pertence ao grupo social homogêneo 1 (têm formas de trabalhar e de viver adequadas); 50% pertencem ao grupo social homogêneo 3 (têm formas de trabalhar e de viver inadequadas); e 50% pertencem ao grupo social homogêneo 2 (nenhuma têm formas de trabalhar adequadas e formas de viver inadequadas, e 50% têm formas de trabalhar inadequadas e formas de viver adequadas).

Mediante a metodologia adotada de Salum e Queiroz (1997), observa-se que é possível realizar a caracterização da heterogeneidade do coletivo diante de sua inserção no momento da produção e da reprodução social, pela aproximação com o grau de adequação ou inadequação das formas de trabalhar e de viver.

### **6.3 Análise de aplicação: dados qualitativos**

Visando identificar e compreender os significados e padrões presentes nos conjuntos de informações, a etapa de aplicação dos dados qualitativos se sucedeu após o período de coleta de dados quantitativos, por meio de um formulário com quatro questões abertas. Após realização das etapas de análise, conforme Bardin (2011), foi possível interpretar os significados e os conteúdos dos dados em categorias temáticas, conforme também as diferentes equipes de saúde dos diferentes territórios.

#### **6.3.1 Categorias temáticas na Unidade de ESF de Sorocaba**

Após transcrever os discursos e extrair as opiniões de cada um deles, o conteúdo foi segregado em três categorias temáticas, conforme descritas e analisadas a seguir.

##### *6.3.1.1 Categoria Temática 1 – Clareza e objetividade*

A respeito desta temática, falando sobre “clareza e objetividade”, parte dos respondentes consideraram o instrumento claro, objetivo e esclarecedor. Eles notaram que as perguntas estavam bem formuladas e que a disposição das perguntas, com o nome do paciente na frente, era apreciada.

*“Achei que foi de uma forma clara e esclarecedora. As questões estão na frente do nome, isso com relação a clareza. Achei que foi bem objetivo também, está bem visível” (P3).*

No entanto, outros acharam o instrumento confuso, longo e amplo. Mencionaram acerca da necessidade de voltar várias vezes para entender a sequência das perguntas e o impacto do comprimento das entrevistas em sua carga de trabalho.

*“Achei confuso. Tive que ir e voltar várias vezes para entender o que era a sequência dos itens, da mesma família. No começo tive que ficar revendo o instrumento para conseguir entender o que era” (P2).*

A elaboração de um questionário é uma prática comum na coleta de dados, importante pois desempenha um papel fundamental, especialmente nas unidades de atenção primária, onde é possível conhecer melhor as famílias. No entanto, criar um questionário eficaz não é uma tarefa simples, exigindo a atenção a vários aspectos para garantir a qualidade desse instrumento. Ele consiste em um conjunto de perguntas apresentadas a indivíduos e/ou famílias que apontam para uma diversidade de tipos de dados que podem ser adquiridos, abrangendo uma ampla gama de informações que englobam opiniões e comportamentos. Contudo, é importante ressaltar que esses dados são fornecidos pelos participantes com base em suas percepções e entendimentos singulares. (RAMOS, 2019).

A eficácia está diretamente relacionada ao seu tamanho e à maneira como é elaborada. Quando um questionário é extenso, pode se tornar cansativo para os respondentes, o que pode levar a respostas apressadas e imprecisas. Em alguns casos, as pessoas podem até optar por não responder a todas as perguntas devido à fadiga (MELO, 2015). O uso extensivo de instrumentos de coleta de dados pode criar uma barreira na relação entre os profissionais de saúde e o sujeito do cuidado, que podem sentir que estão sendo examinados apenas como objetos de dados, em vez de serem vistos como indivíduos com necessidades únicas.

Contudo, é importante considerar que em certos momentos, há a necessidade de um questionário longo poder ser proporcional para obter informações completas e detalhadas, em que é fundamental atentar para aspectos materiais e estéticos que devem transmitir uma impressão de facilidade, atratividade e interesse. Nesses casos, a chave está em formular da maneira mais agradável e envolvente possível, abordando a organização do cuidado das perguntas, a clareza na linguagem utilizada e a disposição das questões de forma lógica e consistente (MELO, 2015).

Por isso é importante ter instrumentos claros, que sejam facilmente entendidos, tanto por quem aplica como por quem está respondendo, assim ambos demonstram interesse e contribuição (MEDEIROS, 2017), ressaltando também a importância do estabelecimento do contato como forma de desenvolvimento da confiança mútua.

#### 6.3.1.2 Categoria Temática 2 – Efeitos no atendimento aos usuários

Em relação à segunda unidade temática, que diz respeito aos “efeitos no atendimento aos usuários”, alguns responderam que o instrumento os levou a um momento reflexivo com o usuário e permitiu que conhecessem melhor o contexto familiar, o que poderia impactar positivamente seu atendimento, como demonstra-se abaixo.

*“No meu caso, fiz com uma paciente que tem certa frequência na unidade e eu não a conhecia no contexto familiar dela, conhecia ela, então pra mim isso foi bacana...” (P3)*

*“...Você consegue estreitar mais o vínculo, até porque a unidade de saúde da família, a gente sabe que trabalhamos com vínculo, ... Conseguimos entrar numa abordagem melhor em relação a isso” (P3).*

Pensar em equidade e integralidade em saúde requer, como requisito, a reavaliação do processo de trabalho, da administração, do planejamento e da criação de novos conhecimentos e práticas na área da saúde ao analisar as necessidades de saúde, que engloba as perspectivas tanto individuais quanto coletivas (SILVA, 2007). Assim, para além da inscrição em um serviço ou programa, o vínculo é entendido como referência e relação de confiança, peça fundamental para melhorar a qualidade da atenção à saúde.

O vínculo é descrito como uma conexão pessoal próxima e estreita entre o profissional de saúde e o usuário, na qual ao longo do tempo, os laços se fortalecem, permitindo que ambas as partes se conheçam cada vez melhor (BRUNELLO, 2010). Além disso, vai além da relação individual, ele exige uma cooperação mútua não apenas entre o usuário e o profissional de saúde, mas também envolve a família e a comunidade. Essa colaboração amplia o alcance das ações de saúde, promovendo uma abordagem mais holística (BRUNELLO, 2010).

Quando o vínculo é estabelecido de forma eficaz, os sujeitos se sentem mais à vontade para expressar suas preocupações, dúvidas e medos em relação à sua saúde. Os profissionais de saúde, por sua vez, estão em melhor posição para atender às necessidades específicas dos pacientes e fornecer um cuidado que respeite suas particularidades. Portanto, a construção de vínculos sólidos e a valorização das subjetividades são elementos essenciais para alcançar a qualidade do atendimento, a promoção da autonomia do usuário e a participação comunitária efetiva (BACKES et al.,2015).

Ainda sobre o mesmo grupo temático, outros profissionais sentiram que o instrumento não contribuiu significativamente para a melhoria do atendimento, especialmente para enfermeiros com longa experiência que já conheciam bem suas comunidades.

*“Acho que nenhum. Na realidade a gente já conhece a família, a gente já sabe praticamente tudo isso” (P4).*

A coleta de dados sobre a saúde da população tem se tornado um investimento crucial em todo o mundo, com o objetivo de melhorar a compreensão dos problemas de saúde. Um dado é o registro objetivo de informações, características e/ou fatos sobre indivíduos e eventos de saúde em um local e momento específicos (CUNHA, 2017).

A percepção da necessidade de informações com qualidade traduz-se em iniciativas diversas: padronização de terminologias, maior facilidade de acesso, compartilhamento de experiências, disseminação dos processos para elaboração dos indicadores, capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados. (LIMA, 2010, p. 14).

A coleta de dados desempenha um papel crucial, sendo essenciais para compreender e analisar problemas e necessidades de saúde, assim como na organização e realização de ações e serviços de saúde. No setor de saúde, a quantidade e variedade de dados e informações exigidas continuam a crescer à medida que a tecnologia avança e novas demandas surgem (CUNHA, 2017).

Portanto, a importância dos dados na saúde é inegável, pois eles servem como base para a tomada de decisões, planejamento de políticas e avaliação da situação de saúde da população. Portanto é importante estar em contato com os usuários e manter os dados sempre atualizados, para que os dados apresentados sejam

condizentes com a realidade, proposta essa fundamentada no materialismo histórico e dialético.

Ainda na mesma categoria temática, houve menções de perguntas que foram consideradas constrangedoras, como questões sobre salário e despesas, assim como perguntas relacionadas à renda e a outros tópicos específicos poderiam não ser bem recebidas pelos sujeitos, prejudicando o relacionamento.

*“...as pessoas não gostam de responder o quanto ganha, e também a questão do crediário, as pessoas não acham necessário...” (P2).*

*“Teve algumas perguntas que acho constrangedor de perguntar nas casas, tipo salário, que a pessoas as vezes se sente constrangida de falar...” (P6).*

Os determinantes sociais da saúde referem-se a uma ampla gama de fatores que resultam na saúde das pessoas e das comunidades. Eles incluem não apenas os aspectos psicológicos e sociais, mas também fatores políticos, culturais e ambientais. Esses determinantes sociais da saúde abrangem desde fatores mais próximos do sujeito, como renda, educação, ocupação e acesso aos cuidados de saúde, até fatores mais amplos, como desigualdade social, desemprego, condições de habitação, segurança alimentar, alimentação ambiental e estrutura social (CARVALHO, 2013).

Entre os determinantes sociais, há aqueles que desempenham um papel especialmente significativo na geração de desigualdades sociais e de saúde no âmbito local de atuação da ESF. Estes são considerados “determinantes intermediários”, cujo foco de intervenção incide sobre as condições de vida e de trabalho, em que o modo de intervenção repercute, principalmente, no espaço micro (MENDES, 2012).

Assim, abordar sobre renda e despesas dentro de tal contexto, verifica-se importante pois têm um impacto significativo na saúde das pessoas e das comunidades. Eles moldam as oportunidades e recursos disponíveis para as pessoas, afetando direta ou indiretamente seu acesso a cuidados de saúde, educação, moradia adequada e outros fatores que influenciam a saúde (CARVALHO, 2013). Nesse sentido, a renda das famílias muitas vezes está relacionada à sua qualidade de vida, inferindo que a baixa renda pode estar associada a condições de vida precárias.

Embora haja diversas políticas públicas voltadas para os determinantes sociais da saúde, a abordagem predominante em todos os níveis de governo é a atuação setorial isolada, o que compromete a eficácia dos programas de saúde devido à falta de integração entre diferentes setores. Para melhorar os resultados em saúde e economia, é necessário adotar intervenções intersetoriais integradas, propondo a implementação de projetos que abordem esses determinantes de forma conjunta.

Assim, ainda que parcialmente limitadas intervenções na abrangência das equipes da ESF, ações podem e devem ser desenvolvidas, articulando com ações de outros setores presentes no microespaço social, como entes não governamentais de igrejas, empresas, movimentos sociais, entre outros.

#### *6.3.1.3 Categoria Temática 3 – Melhorias sugeridas*

Quanto a última unidade temática “melhorias sugeridas”, evidenciaram-se apontamentos que visam o aprimoramento, incluindo tornar o instrumento mais curto, direcionando as perguntas para informações mais relevantes e atualizadas para o trabalho atual na área de saúde. Outra consideração foi de reduzir a quantidade de perguntas, especialmente aquelas relacionadas à renda, para tornar o instrumento menos invasivo. Ademais, afirmaram sobre o questionário ser aplicado por uma pessoa imparcial ao invés do profissional de saúde que já conhece o paciente.

A ESF é caracterizada por uma gama de atividades e cuidados que vão além do campo de cuidados médicos, sendo organizada com base na identificação das necessidades da comunidade, obtida por meio do desenvolvimento de relações entre os sujeitos e os profissionais de saúde que estão constantemente presentes na região; tendo por atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O relacionamento duradouro na atenção primária é promovido pelas interações entre profissionais de saúde e pacientes, o que, por sua vez, favorece a eficácia do atendimento. Assim, a longitudinalidade pode ser compreendida, segundo Starfield (2002), como “uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. Ainda segundo a mesma autora, tal atributo está associado a uma satisfação aumentada por parte dos pacientes, que repercute positivamente na confiança que os mesmos depositam na equipe de saúde, podendo fazer com que se sintam mais à vontade para compartilhar informações importantes e responder de maneira mais positiva às orientações dadas. Levando em

conta, uma pessoa externa pode não ser capaz de replicar essa empatia e compreensão, o que poderia afetar negativamente a qualidade do atendimento.

Ademais, os benefícios da longitudinalidade, se tratando da identificação com um profissional da unidade, derivam da relação pessoal, melhor reconhecimento das necessidades e diagnósticos mais precisos (STARFIELD, 2002). Assim, uma pessoa externa pode não ter o mesmo nível de conhecimento do histórico da pessoa para zelar pela continuidade do cuidado, prejudicando também a eficácia da assistência.

Por isso é importante a participação do profissional de saúde do contexto da unidade no atendimento ao usuário, para que com o vínculo se tenha maior conhecimento sobre a situação familiar, e em cima desse contexto, trabalhar com base nos atributos essenciais para proporcionar cuidados adequados para todos.

Em relação a outro aspecto colocado, foi o de incluir perguntas relevantes, como se o paciente recebe o Bolsa Família, em contraponto ao questionamento sobre a quantidade de televisores em uma casa.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda condicionada que se tornou um dos maiores e mais significativos programas de assistência social no Brasil. Foi regulamentado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e aprimorado por regulamentações posteriores (COSTA, 2023).

Uma característica notável do Bolsa Família é a unificação de diversos benefícios de programas anteriores que permitiu a criação do Cadastro Único (CadÚnico), registro que reúne informações sobre as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O CadÚnico é uma ferramenta que orienta a formulação e implementação de políticas públicas no país, fornecendo dados essenciais para a identificação das famílias que destacam a assistência (SOUZA, 2019).

O PBF [Programa Bolsa Família] possui três pilares centrais: a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares. A transferência direta de renda tem como objetivo possibilitar alívio imediato da pobreza. As condicionalidades têm como propósito reforçar os direitos à saúde e à educação e, dessa forma, auxiliariam a quebrar o ciclo intergeracional da pobreza. Já as ações e programas complementares visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade, proporcionando a melhoria na condição de vida (MORAES, 2017, p. 130).

Portanto, para melhorar a saúde da população e reduzir as iniquidades, é essencial combater as iniquidades sociais, implicando na adoção de intervenções coordenadas e consistentes que visem reduzir a vulnerabilidade e a desigualdade social (JÚNIOR; JAIME; LIMA, 2013).

A gestão do Bolsa Família na área de saúde segue a lógica organizativa do SUS, o que significa que é descentralizada e compartilhada entre os níveis de governo. Essa abordagem descentralizada permite uma implementação mais eficaz e adaptada às necessidades locais (JÚNIOR; JAIME; LIMA, 2013).

De tal maneira, o Pacto pela Saúde é um acordo entre gestores de saúde em diferentes níveis (federal, estadual e municipal) para estabelecer indicadores de saúde e metas que visam fortalecer a atenção básica e a rede de atenção à saúde, incluindo o acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias do Bolsa Família como parte dos esforços para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde. Portanto, é importante ter o controle das famílias cadastradas e manter esses dados atualizados (JÚNIOR; JAIME; LIMA, 2013).

### **6.3.2 Categorias temáticas na Unidade de ESF de Votorantim**

Da mesma forma, após transcrição e extração dos conteúdos dos discursos, foram segregados dados em três unidades temáticas, conforme o que se sucede.

#### *6.3.2.1 Categoria Temática 1 – Clareza e objetividade*

Na primeira unidade temática, a maioria dos respondentes concorda que as perguntas são objetivas e de fácil entendimento para os usuários. Tal aspecto é positivo, pois sugere que o instrumento é eficaz na coleta de informações.

*“As perguntas são objetivas e de fácil entendimento para usuários responde-las, não observei nenhuma dificuldade vindo dos usuários entrevistados” (P1).*

*“De fácil entendimento” (P2).*

Um dos respondentes menciona que a estrutura do instrumento pode ser confusa para o entrevistador, levando-o a pular algumas perguntas, podendo ser um ponto de melhoria e sugerindo que a estrutura do instrumento possa ser revisada para torná-lo mais intuitivo.

*“Quanto a estrutura, acredito a forma que está dividido, pode confundir o entrevistador, fazendo que ele pule algumas perguntas.” (P1).*

Alguns usuários recusaram-se a responder algumas perguntas devido ao tempo necessário para preencher o instrumento. Assim, destaca a importância de considerar o tempo de aplicação, especialmente em situações em que os profissionais de saúde têm rotinas corridas, como mencionado abaixo.

*“Em relação ao tempo de aplicação do instrumento, por ser uma rotina corrida de atendimentos, observei que deveria selecionar os usuários que estivessem disponível para responder, tenho a negativas de alguns usuários, devido ao tempo.” (P1)*

Dentro da equipe de saúde na ESF, os enfermeiros desempenham um papel essencial na prestação de cuidados, abrangendo todas as fases do processo, desde o planejamento até ao acompanhamento de programas (RODRIGUES, 2021). No entanto, quando esses profissionais são submetidos a uma carga de trabalho excessiva, a qualidade do atendimento aos usuários fica comprometida.

Frequentemente, as atividades dos enfermeiros demandam mais tempo do que o disponível para apresentá-las devidamente, resultando em uma pressão para que esses profissionais façam mais em menos tempo, o que pode levar a consequências negativas. Tal sobrecarga traz consequências diretas, tornando difícil a execução adequada das tarefas e afetando a capacidade de fornecer atendimento e acolhimento de qualidade aos usuários. Portanto, pode levar à fragilização do processo de trabalho, resultando em uma prática assistemática já estabelecida. Em vez disso, a ênfase recai na busca de metas relacionadas ao desenvolvimento econômico e à conformidade com as regulamentações, em detrimento da qualidade do atendimento prestado (ASSIS, 2019). Portanto, é uma questão que deve ser tratada para garantir que os profissionais possam prestar um atendimento de qualidade.

Outro ponto a ser considerado é o do estabelecimento de contato entre as duas pessoas no contexto da entrevista, na qual não pode ser subestimada. A ênfase colocada tem um propósito fundamental: criar um relacionamento baseado na confiança mútua e ao mesmo tempo reunir informações cruciais que guiarão a assistência prestada. Esse tipo de entrevista é conhecido como "entrevista compreensiva" (BARROS, 2021). Com ela, destaca-se uma abordagem que vai muito além de uma simples coleta de dados. Ela transcende a mera coleta de informações que qualquer pessoa com um formulário de perguntas poderia realizar. A entrevista

compreensiva revela a essência do paciente, sua visão do que está vivenciando e sua percepção da realidade. É mais do que um diálogo padronizado entre duas pessoas; é um processo que demanda habilidades específicas por parte.

A entrevista no contexto de saúde é um processo complexo que requer tanto preparo técnico e desenvolvimento de habilidades quanto uma disposição interna por parte do profissional para verdadeiramente "querer compreender" o paciente (BARROS, 2021). É importante lembrar que todos são principiantes quando se trata de entrevistas, uma vez que as pessoas entrevistadas e o ambiente estão sempre mudando. Cada entrevista é única e exclusiva, adaptando-se às circunstâncias específicas do momento.

Assim, é evidente que existem barreiras que interferem na comunicação e em como lidar com os fatores internos e externos que envolvem o ato de entrevistar. Os seres humanos são propensos a erros, mas ao combinar habilidades técnicas com sensibilidade, senso comum e espontaneidade, pode se obter resultados positivos nas entrevistas. Dessa forma o capacitará a ouvir mais atentamente, entender o sujeito e se comunicar de maneira eficaz, permitindo que a entrevista seja considerada "compreensiva".

#### 6.3.2.2 *Categoria Temática 2 – Sentimentos ao aplicar o instrumento*

Na unidade "sentimentos ao aplicar o instrumento", os profissionais expressam sentimentos variados. Alguns se sentiram mais inseridos na realidade dos usuários, enquanto outros se sentiram tranquilos. Essas reações podem depender da experiência individual e da perspectiva de cada profissional.

*“Foi interessante, me senti mais inserida na realidade dos usuários, visto que mesmo na rotina do profissional de saúde, que inclui perguntas específicas e até mesmo mais íntimas que têm que ser realizadas, fazer perguntas com esse teor social, foi uma forma diferente de visualizar o usuário.” (P1)*

A respeito dos efeitos no atendimento ao usuário, os profissionais mencionam que o instrumento afeta diretamente o atendimento, permitindo a coleta de informações necessárias sobre questões sociais e identificação da classificação do grupo social dos usuários. Portanto, destacam a importância de identificar os pontos mais vulneráveis da população.

*“Foi importante pra verificar os pontos mais vulneráveis da população nas questões econômica, social e cultural.” (P2)*

O estilo de vida desempenha um papel fundamental na saúde humana, e vários fatores relacionados a hábitos e costumes podem ter um impacto significativo na ocorrência de problemas de saúde (SILVA, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o

estilo de vida é definido como conjunto de hábitos e costumes que é influenciado, modificado, fomentado ou constringido pelo longo processo de socialização (SILVA, 2018, p. 17).

O estilo de vida é uma forma de vida que se baseia em modelos identificáveis de comportamento, e esses padrões são moldados pela interação entre características pessoais, fatores sociais e condições socioeconômicas e ambientais. Isso significa que as escolhas individuais, bem como o ambiente em que as pessoas vivem, trabalham e interagem, desempenham um papel importante na determinação do estilo de vida de uma pessoa (SILVA, 2018).

Aproximar-se do contexto de vida dos usuários permite uma abordagem mais centrada no sujeito, que implica considerar a dimensão subjetiva das práticas em saúde, considerando as experiências, necessidades e perspectivas dos usuários, bem como dos profissionais de saúde, abrindo espaço para a comunicação e o diálogo entre diferentes saberes e práticas, promovendo uma colaboração mais eficaz entre pacientes e profissionais de saúde. Além disso, esta abordagem oferece novas perspectivas para a reflexão e ação no campo da saúde, com um foco mais amplo e inclusivo na promoção do bem-estar e na prevenção de doenças (ROCHA, 2017).

### *6.3.2.3 Categoria Temática 3 – Mudanças sugeridas*

Acerca dos apontamentos em tal unidade, as sugestões de melhoria incluem a inserção de uma estrutura visualmente separada para facilitar o preenchimento, otimização das perguntas para reduzir o tempo de entrevista e a possibilidade de enxugar algumas partes do instrumento. Ademais, um dos respondentes considerou o instrumento bem completo devido à integração de dados.

*“Eu achei bem completo, pois o instrumento tem os dados de um cadastro individual, domiciliar e da escala Coelho de forma integrada.” (P2)*

A Escala de Coelho-Savassi, também conhecida como Escala do Grau de Risco de Vulnerabilidade Familiar, é uma ferramenta desenvolvida no Brasil, primeiramente idealizada como tentativa de sistematização de atendimentos em visitas domiciliares, sucessivamente valoradas para auxílio na avaliação da vulnerabilidade de famílias em um contexto de cuidados de saúde dentro do contexto da ESF (SAVASSI, 2012).

Essa escala foi projetada para permitir uma avaliação rápida e prévia do nível de vulnerabilidade de famílias que são assistidas pela equipe de saúde em uma determinada área. Com base em critérios predefinidos, a escala classifica as famílias em três categorias de risco: leve, moderado e grave. Essa classificação permite identificar famílias em situações de maior vulnerabilidade e, portanto, necessitando de atenção e instruções específicas (D'AURIA, 2014).

Ambas a TIPESC (e conseqüentemente a metodologia adotada) e a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi são ferramentas importantes no campo da enfermagem em saúde coletiva. Elas ajudam os profissionais de saúde a abordar as necessidades das comunidades de maneira abrangente e a promover a saúde e o bem-estar das famílias em contextos coletivos. Contudo, destaca-se que as mesmas também têm seus méritos e desafios, e a escolha de usá-las dependerá do contexto específico de atuação e das necessidades das comunidades ou famílias atendidas.

Assim, pontos positivos da TIPESC consideram a abordagem holística, enfoque na promoção da saúde, participação comunitária e interdisciplinaridade, com aspectos negativos de complexidade e adequação cultural. Em contrapartida, pontos positivos da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi são de identificação de vulnerabilidades, foco na prevenção e ferramenta prática, com pontos negativos de simplificação excessiva, possível estigmatização e possível falta de compreensão contextual.

### **6.3.3 Análise Comparativa**

Nos dois contextos das unidades de Sorocaba e Votorantim, a clareza e objetividade do instrumento de coleta de informações foram destacadas como um ponto importante. Em Sorocaba, embora tenha havido opiniões divergentes sobre a clareza do instrumento, fica claro que a disposição das perguntas e a forma como estavam formuladas foram consideradas positivas por alguns respondentes. Por outro

lado, em Votorantim, a maioria concordou que as perguntas eram objetivas e de fácil entendimento. Logo, ressalta a importância de garantir a clareza e objetividade em instrumentos de coleta de informações, independentemente do contexto, apoiado e fortalecido por uma melhor adesão da ficha de orientações e/ou apresentação de treinamento prévio.

Em relação aos efeitos no atendimento aos usuários, ambos os contextos tiveram opiniões variadas. Em Sorocaba, certos profissionais sentiram que o instrumento os levou a um momento reflexivo e contribuiu para melhorar o atendimento, enquanto outros não viram benefícios significativos, especialmente aqueles com longa experiência. Em Votorantim, os profissionais destacaram que o instrumento afeta diretamente o atendimento, permitindo a coleta de informações importantes sobre questões sociais e a identificação da classificação do grupo social dos usuários. Assim, sugere que o impacto do instrumento no atendimento pode depender da experiência individual do profissional e do contexto em que trabalham.

No que diz respeito às melhorias sugeridas, em ambos os contextos, as sugestões incluem tornar o instrumento mais curto e direto, reduzir a quantidade de perguntas invasivas e otimizar o tempo de entrevista. Essas recomendações destacam a importância de adaptar os instrumentos de coleta de dados para atender às necessidades específicas das diferentes unidades, dos profissionais e dos usuários, garantindo que sejam eficazes, eficientes e respeitosos. Portanto, a implementação de tais melhorias pode aprimorar a utilidade desses instrumentos em ambos os contextos, considerando acima de tudo a melhor qualidade da assistência.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem teórica da TIPESC oferece ferramentas para compreender a complexidade das relações entre sujeitos, famílias, sociedade e saúde, reconhecendo que a saúde e a doença são construções sociais influenciadas por diversos determinantes. Assim, fornece uma estrutura para compreender e abordar a saúde de maneira mais contextualizada e holística. Com isso, a relevância da superação de uma abordagem centrada restritamente no sujeito e família para outra que agrega a saúde do trabalhador nos permite analisar e investigar a interação entre trabalho e saúde a fim de entender como a saúde e a doença se manifestam como um fenômeno social em constante evolução, além de promover ações fundamentadas nisto.

Acerca dos resultados quantitativos obtidos diretamente do ICD proposto, destaca-se que seria viável conduzir uma análise aprofundada sobre as múltiplas faces que compõem os cenários visando a compreensão dos determinantes subjacentes aos processos de saúde e doença desses grupos sociais, consolidado em potenciais de fortalecimento e de desgaste. Portanto, nos permitiria fazer inferências sobre as variáveis mais observadas, proporcionando uma caracterização e definição mais precisa desses grupos. No entanto, devido às limitações do escopo do estudo e ao tamanho restrito da amostra, os dados coletados não seriam representativos ou significativos o suficiente para extrair conclusões proporcionais e estatisticamente significativas para com os territórios que as compõem.

A validação de um instrumento de coleta de dados em saúde por especialistas é um passo fundamental no processo de pesquisa e avaliação em saúde. No entanto, é importante reconhecer que é apenas um dos passos do processo de desenvolvimento, não garantindo automaticamente que terá o mesmo impacto ou eficácia na realidade do trabalho de campo devido discrepâncias dos contextos, usuários finais, fatores humanos e mudanças nos cenários de saúde.

A coleta de dados na atenção primária desempenha um papel crítico na compreensão das necessidades dos clientes e no planejamento de ações, mas deve ser equilibrada com o respeito à privacidade e à sensibilidade dos pacientes para garantir a qualidade do atendimento e fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários. Com isso, reconhece-se que nenhum instrumento é capaz de capturar todas as variações decorrentes da diversidade das práticas em saúde, podendo vir a

desenvolver limitações da criatividade e crescimento de tecnologias mais próximas da realidade.

Por fim, a elaboração de um constructo de aplicação da TIPESC possibilita manter o destaque dos fenômenos nas dimensões estrutural, particular e singular, com entendimento da influência do contexto histórico e situacional, a interação entre necessidade e acaso e, sobretudo, a distinção entre o que se mostra superficialmente e o que realmente representa a essência. O instrumento abre também para possibilidades de trabalhos interdisciplinares bem-sucedidos nas intervenções propostas, podendo ser utilizado como exemplo da possível instrumentalização para a operacionalização.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, B. C. S. **Satisfação e sobrecarga de trabalho entre profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil 2022**. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 23 out. 2023.

BACKES, D. S. et al. Vínculo profissional-usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **Av. Enferm**, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 222-229, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a04.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

BARATA, R. B.. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7–17, mar. 2005.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, jul. 2017.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 51-86.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10406&ano=2002&ato=ac5gXVE5ENNpWT07a>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE ALFABETIZAÇÃO. **PNA: Política Nacional de Alfabetização**. Brasília: MEC, SEALF, 2019.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. 2013. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p. 19-38. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2023.

COSTA, D. M.; MAGALHÃES, R.; CARDOSO, M. L. DE M.. Do Bolsa Família ao Auxílio Brasil: desafios e alcances a partir de uma pesquisa avaliativa baseada na teoria do programa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, p.1-16, 2023.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C.. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos**. v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV. p. 71-112, 2017.

D'AURIA, O. P. Implantação de ferramentas para avaliação de estratificação familiar de risco - Escala de Coelho-Savassi, Genograma e Ecomapa. **Universidade Federal de São Paulo. UNA-SUS**, p. 2-14, nov. 2014.

EGRY, E. Y. et al. Enfermagem em Saúde Coletiva: reinterpretação da realidade objetiva por meio da ação praxiológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 710-715, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TjBYkBfcndVTdMG3PFxwWjS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 233–239, set. 2000.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S.; BERTOLOZZI, M. R.. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: EGRY, E. Y.; CUBAS, M. R.. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPEsc: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn/EEUSP; 2006. p. 19-61.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9pCLGTRV9LMh9TN7tVmcKgb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

FERRAZ, M. B. **Dilemas e Escolhas do Sistema de Saúde: Economia da Saúde ou Saúde da Economia?** , São Paulo, v. 10, n. 2, p. 347-350 out. 2009.

HEIDARI, S.; BABOR, T. F.; CASTRO, P. et al. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.26 n.3, p. 665-676, jul./set. 2017.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JATOBÁ, S. U. S. Urbanização, meio ambiente e vulnerabilidade social. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Boletim regional, urbano e ambiental**. n.1. Brasília: Ipea. Dirur, 2008, p. 141-148.

JÚNIOR, H. M. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, cap. 5, p. 93-105, 2013.

LIMA, C. R. A. **Gestão da qualidade dos dados e informações dos Sistemas de Informação em Saúde: subsídios para a construção de uma metodologia**

**adequada ao Brasil.** Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, E. F. A. et al.. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr. 2016.

LUCENA, A. F. et al.. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 292-298, jun. 2006.

MEDEIROS, J. B. et al. O E-SUS Atenção Básica e a Coleta de Dados Simplificada: Relatos da Implementação em uma Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 145-149, mar. 2017.

MEDEIROS, M. S. et al. A Reprodução Social como perspectiva metodológica para análise contextualizada das condições de vida e de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, p. 1-12, nov. 2022.

MELO, W. V.; BIANCHI, C. S.. Discutindo estratégias para a construção de questionários como ferramenta de pesquisa. **Rev. Brasileira de Ens. de Ciên. e Tec.**, v. 8, n. 3, ago. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO – MPSP. **Projeto estratégico MP: moradia.** São Paulo: 2020. Disponível em: [https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_urbanismo/painel\\_recados/Projeto\\_Estrategico\\_MP-Moradia.pdf](https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_urbanismo/painel_recados/Projeto_Estrategico_MP-Moradia.pdf). Acesso em: 23 mar. 2023.

MORAES, V. D.; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde Debate**, v. 41, n. spe 3, p. 129-143, set. 2017.

PIMENTEL, T. S. **Construção e validação do instrumento para consulta de enfermagem ao indivíduo com diabetes *mellitus* tipo 2**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2018.

Disponível em:

[https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8534/2/THIAGO\\_SOUZA\\_PIMENTEL.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8534/2/THIAGO_SOUZA_PIMENTEL.pdf). Acesso em: 18 out. 2023.

QUEIROZ, V. M.; EGRY E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 26–33, mar. 1988. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/q44VpbN39gKqX9HWQXxXyTJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.

QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L. Operacionalizando a Heterogeneidade do Coletivo na Releitura da Categoria Reprodução Social. In: **Livro de resumos do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do V Congresso Paulista de Saúde Pública: saúde, responsabilidade do Estado contemporâneo**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.18, 1997.

RAMOS, D. K. et al. Elaboração de questionários: algumas contribuições. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 3, p. 1-13, 2019.

ROCHA, K. B. et al. A Visita Domiciliar no Contexto da Saúde: Uma Revisão de Literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças** v. 18, n. 1, p. 170-185, jan. 2017.

RODRIGUES, S. M. S. S. et al. A qualidade dos serviços de enfermagem frente à sobrecarga de trabalho: Desafios e possibilidades. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.6, p. 26686-26702, dec. 2021.

RUAS, R. Teoria da Reprodução Social: apontamentos para uma perspectiva unitária das relações sociais capitalistas. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, p. 379–415, mar. 2021.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do Vínculo entre Profissional-Usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 3, p. 350-359, set. 2016.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Jour. Manag. Prim. Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

SILVA, E. M. **Perfil de usuários do SUS segundo o estilo de vida e uso do sistema público de saúde**. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Centro Universitário Adventista de São Paulo, 2018.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L.. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.159-176.

SOUZA, P. H. G. F. et al. Os Efeitos do Programa Bolsa Família Sobre a Pobreza e a Desigualdade: Um Balanço dos Primeiros Quinze Anos. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Rio de Janeiro, p. 7-30, ago. 2019.

TRAPÉ, C.A. **Operacionalização do conceito de classes em epidemiologia crítica: uma proposta de aproximação a partir da categoria reprodução social**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13022012-145501/publico/Carla\\_Andrea\\_Trape.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13022012-145501/publico/Carla_Andrea_Trape.pdf). Acesso em: 18 out. 2023.

UNESCO. **Segundo relatório global sobre aprendizagem e educação de adultos**. Brasília: UNESCO, 2014.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados: segunda versão



**PUCSP**  
CAMPUS SOROCABA

**Instrumento de Coleta de Dados**

**TEORIA DE INTERVENÇÃO PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA:  
AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS SOCIAIS  
HOMOGÊNEOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ESF**

**Nº FORMULÁRIO**

Entrevistador(a):	Data: __/__/23	Hora início da entrevista:	Endereço do(a) entrevistado(a):	Nº telefone:		
Membro / Parentesco	Nome e Nº prontuário	Idade	Identificação de gênero	Estado civil	Cor / Raça / Etnia auto-referida	Religião
<b>1</b> Entrevistado(a) (+18 anos)	Nº prontuário: _____		(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe
<b>2*</b>			(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe
<b>3*</b>			(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe
<b>4*</b>			(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe
<b>5*</b>			(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe
<b>6*</b>			(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe
<b>7*</b>			(1) Homem cis (2) Mulher cis (3) Homem trans (4) Mulher trans	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5) União estável (6) Outro	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afrobrasileira (5) Orientais (6) Sem religião/culto (7) Outras (8) Não sabe

\* Assinalar o grau de parentesco / relação com a pessoa entrevistada (Exemplos: companheiro(a); mãe; pai; filho(a); tio(a); sobrinho(a); amigo(a); entre outros.

Membro/ Parentesco	Escolaridade (anos de estudo)*	Condição de atividade/trabalho	Ocupação/ Atividade/ Função	Onde trabalha	Horas semanais trabalhadas	Registro em carteira profissional	Salário líquido mensal (exato ou aproximado)
<b>1</b> Entrevistado(a) (+18 anos)	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
<b>2</b>	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
<b>3</b>	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
<b>4</b>	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
<b>5</b>	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
<b>6</b>	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
<b>7</b>	(1) Analfabetismo (7) EPC (2) EFI (8) ESI (3) EFC (9) ESC (4) EMI (10) SUPL EF (5) EMC (11) SUPL EM (6) EPI (12) PÓS GRAD	(1) Não inserido (7) Bico (2) Desempregado (8) Trab. familiar (3) Trabalho assalariado (9) Empregador (4) Aprendiz (10) Pensionista (5) Estágio (11) Aposentado(a) (6) Autônomo (12) Não se aplica	(0) Não se aplica		(0) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica	RS _____ (0) Não se aplica
* <b>EFI:</b> Ensino Fundamental Incompleto; <b>EFC:</b> Ensino Fundamental Completo; <b>EMI:</b> Ensino Médio Incompleto; <b>EMC:</b> Ensino Médio Completo; <b>EPI:</b> Ensino Profissionalizante Incompleto; <b>EPC:</b> Ensino Profissionalizante Completo; <b>ESI:</b> Ensino Superior Incompleto; <b>ESC:</b> Ensino Superior Completo; <b>SUPL EF.:</b> Supletivo Ensino Fundamental; <b>SUPL EM.:</b> Supletivo Ensino Médio; <b>PÓS GRAD.:</b> Pós-Graduação.							Renda média per capita RS _____

Membro/ Parentesco	Benefícios advindos do trabalho	Tempo gasto para ir/voltar do trabalho/escola	Meio de transporte utilizado para ir/voltar do trabalho/escola	Problemas de saúde* (demanda pessoal)	Uso de medicamentos?
<b>1</b> Entrevistado (a) (+18 anos)	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não
<b>2</b>	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não
<b>3</b>	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não
<b>4</b>	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não
<b>5</b>	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não
<b>6</b>	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não
<b>7</b>	(1) Vale transporte (5) Vale refeição (2) Assist. médica (6) Vale alimentação (3) Assist. odontol. (7) Outros (4) Cesta básica (0) Não se aplica	(1) Trabalha em casa (2) De 1 a 20 min. (7) + de 120 min. (3) De 21 a 40 min. (8) Sem informação (4) De 41 a 60 min. (0) Não se aplica (5) De 61 a 90 min. (6) De 91 a 120 min.	(1) Ônibus (6) Bicicleta (2) Fretado (7) Perua escolar (3) A pé (8) Carona (4) Automóvel (5) Moto (0) Não se aplica		Qual(is): (1) Sim (2) Não

\* Exemplos de problemas de saúde (demanda pessoal): HAS, DM, HIPO/HIPERTIREOIDISMO, CA, ACAMADO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ETC.

Material da habitação	Tipo de habitação	Propriedade da residência	Posses de bens e acesso à serviços			
(1) Alvenaria <b>com</b> acabamento (2) Alvenaria <b>sem</b> acabamento (3) Madeira (4) Material aproveitado (papelão, plástico)	(1) Favela (2) Cortiço (3) Casa / apartamento (4) Conjunto habitacional popular (CDHU, COHAB, etc.)	(1) Própria regular (2) Própria irregular (3) Alugada (4) Cediada (5) Financiada (6) Outro	Equipamentos do domicílio			
Tempo de moradia no domicílio (em anos)	Participação de grupos/ associações de naturezas diversas (Pode ter até 3 itens)	Atividades de lazer da família (Marcar 1 ou 2 para cada item) 1 – Sim 2 – Não	Nº de cômodos	(1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Cinco (6) Seis ou +	Computador	(1) Sim (2) Não
_____	_____	_____	Nº de cômodos para dormir	(0) Não tem (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou +	Rádio / aparelho de som	(0) Não tem (1) Um (2) Dois (3) Três ou +
Riscos que as pessoas da casa se sentem mais expostas (Marcar 1 ou 2 para cada item) <b>1 – Sim 2 – Não</b>	1. No bairro (artesanato, caminhadas, leitura, etc)	1. Alv. Física	Banheiros	(0) Não tem (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou +	Vídeo / DVD	(0) Não tem (1) Um (2) Dois (3) Três ou +
	2. Conselhos de saúde	2. Leitura	Acesso à água (rede pública)	(1) Sim (2) Não	Geladeira	(1) Sim (2) Não
	3. Sindicato/ associação	3. TV/ Vídeo	Acesso à luz	(1) Sim (2) Não	Aspirador de pó	(1) Sim (2) Não
	4. Igreja / grupos ligados à igreja	4. Cinema	Acesso à coleta de lixo	(1) Sim (2) Não	Máquina de lavar roupa	(1) Sim (2) Não
	5. Ligado a ONG	5. Teatro	Acesso à rede de esgoto	(1) Sim (2) Não	Automóvel	(0) Não tem (1) Um (2) Dois (3) Três ou +
	6. Grupos de autoajuda (AA, NA)	6. Viagem	<b>Destino do lixo</b>			
	7. Voluntariado	7. Parques	(1) Caminhão de lixo	Coleta seletiva de lixo		
	8. Não participa	8. Visitas a amigos/parentes	(2) Via pública/ terreno baldio			
	9. Outros: _____	9. Festas	(3) Queima	(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito		
	_____	10. Internet	(4) Outros: _____	(3) Insatisfeito (4) Muito insatisfeito		
	_____	11. Cultos	<b>Destino do esgoto</b>	(5) Não sabe ou não quer responder		
_____	12. Outros: _____	(1) Serviços públicos	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
_____	_____	(2) Fossa séptica	_____			
_____	_____	(3) Manancial	_____			
_____	_____	(4) Rio	_____			
_____	_____	(5) Outros: _____	_____			
_____	Acesso à internet na residência?	Possuem dívidas e/ou gastos com crediários?	_____			
11. Nenhum	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Hora término da coleta de dados : _____ h Assinatura e carimbo			

## APÊNDICE B – Orientações para o preenchimento do instrumento: segunda versão



### ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO

Pesquisa: Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva:  
Avaliação de um Instrumento para classificação de Grupos Sociais Homogêneos  
na Estratégia de Saúde da Família

#### A) GERAIS

- Este é um formulário de coleta de dados relativos à identificação e formas de trabalhar e de viver dos sujeitos e famílias que farão parte da pesquisa;
- Este instrumento deve ser aplicado exclusivamente pelos profissionais de saúde atuantes no setor de Atenção Primária à Saúde (APS), descritos no mesmo como 'Entrevistador(a)';
- O convite para pesquisa deve ser realizado durante a pré-consulta, acolhimento de enfermagem, consulta de enfermagem ou no momento da visita domiciliar, com as devidas orientações e esclarecimentos;
- A coleta de dados será feita, preferencialmente, em consultório, havendo possibilidade também de realização em outros espaços reservados disponíveis;
- Antes de terminar de preencher o formulário, confira se todos os campos estão devidamente preenchidos e com a codificação correta;
- Algumas vezes, o entrevistado será questionado sobre as pessoas que moram em sua casa e ele não saberá informar. Anote o correspondente a '**NÃO SABE**' quando for o caso;
- Há questões, cujas opções de resposta não se aplicam (por exemplo, informações sobre o trabalho quando a pessoa não trabalha fora). Anote o correspondente a '**NÃO SE APLICA**' quando for o caso;
- Quando houver opções de respostas, mencionar as alternativas **UMA A UMA**, para o entrevistado escolher a(s) que se aplica(m);
- O espaço no final do instrumento foi deixado em linhas para anotações, quando for o caso. Se esse for o caso, certifique-se de que as anotações estejam claras para que o digitador tenha certeza de relacionar a informação em item adequado;
- **CASO TENHA DÚVIDAS SOBRE O PREENCHIMENTO, ANOTAR AS INFORMAÇÕES DA FORMA MAIS COMPLETA POSSÍVEL PARA POSTERIOR DISCUSSÃO COM OS PESQUISADORES;**
- Em caso de impedimento, pelo entrevistado, de iniciar ou prosseguir com a entrevista, agradecer a colaboração;
- É importante pactuar com o entrevistado que talvez haja necessidade de realizar contatos telefônicos posteriores com a finalidade de esclarecer possíveis dúvidas a respeito do preenchimento do instrumento;
- **RECOLHER A ASSINATURA NA FOLHA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA, E DEIXAR UMA CÓPIA COM O ENTREVISTADO.**

#### B) ESPECÍFICAS

##### IDENTIFICAÇÃO GERAL

- **ESF**: preencher conforme unidade a qual o instrumento será aplicado, assinalando com um "X";
- **Nº formulário**: **NÃO PREENCHER**, pois será atribuído um número de ordem no momento da alimentação dos dados pelos pesquisadores responsáveis;
- **Entrevistador(a)**: preencher nome, conforme profissional que realizou aplicação do instrumento;
- **Hora início da entrevista**: preencher **QUANDO INICIAR** a entrevista;
- **Endereço do(a) entrevistado(a)**: anotar o endereço incluindo **rua e número da habitação**. O número do CEP, com oito dígitos, poderá ser perguntado para o entrevistado, caso ele não saiba, será preenchido após consulta na lista de CEP pelos pesquisadores;

#### PÁGINA 1 DE 4

- **Membro/parentesco**: diz respeito aos integrantes da família que moram no domicílio. O primeiro membro a ser registrado (1), sempre corresponderá a pessoa entrevistada, seguindo a ordem de preenchimento dos números de código correspondentes ao grau de parentesco/ relação com a pessoa entrevistada, sendo esposa ou marido, filhos, agregados, entre outros (disponível informação em rodapé);



## ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO

Pesquisa: Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva:  
Avaliação de um Instrumento para classificação de Grupos Sociais Homogêneos  
na Estratégia de Saúde da Família

- **Nome e Nº prontuário:** No caso do entrevistado(a), preencher também número de prontuário para localização do arquivo;
- **Idade:** Colocar em anos completos. Se o morador tiver menos de 1 ano, colocar a idade em meses e registrar “meses”. Se o entrevistado não souber a idade dos outros moradores, assinalar ‘NÃO SABE’;
- **Identificação de gênero:** usa-se o código correspondente, uma vez que pelo prenome nem sempre se pode supor o sexo. Define-se ‘cis’ para se referir a pessoas as quais sua identidade de gênero está em concordância com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, sendo, por outro lado, definido como ‘trans’ a pessoas as quais sua identidade de gênero está em discordância com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer;
- **Cor/Raça/Etnia:** Colocar o código correspondente, conforme auto-referida pelo entrevistado. Para fins de comparação com o IBGE temos apenas as opções propostas no instrumento;
- **Religião:** *Religião afrobrasileira* diz respeito a umbanda, candomblé, entre outros. *Religiões orientais* dizem respeito a budismo, seicho-no-ie, entre outros.

### PÁGINA 2 DE 4

- **Membro/parentesco:** manter a mesma ordem de membro/parentesco, conforme em página 1;
- **Escolaridade (anos de estudo):** Perguntar até que ano da escola completou COM APROVAÇÃO. Para esclarecimento das siglas, consultar rodapé;
- **Condição de atividade/trabalho:** Perguntar se está trabalhando no momento e anotar conforme código correspondente. *Trabalhador familiar (Trab. Familiar):* diz respeito ao sujeito que trabalha em alguma atividade da família e recebe algum tipo de remuneração do familiar (entrega as marmitas produzidas pelo familiar, recebe por pequenos consertos em roupas, entre outras). *Autônomo:* é aquele que trabalha por conta própria em atividade relativamente estável, diferente do *bico* que se caracteriza por atividades esporádicas de diferentes características. *Pensionista:* recebe algum tipo de pensão como a proveniente do governo, divórcio ou morte do cônjuge. *Empregador:* possui pelo menos um empregado. Nos casos de afastamento do trabalho por motivo de saúde, por exemplo, considerar *trabalhador assalariado*. Caso a pessoa seja aposentada e pensionista, registrar ambos. *Não inserido* diz respeito aos maiores de 14 anos que poderiam estar trabalhando por lei. No caso dos menores de 14 anos, deverá se registrar *não se aplica*, pois, esses não poderiam estar trabalhando;
- **Ocupação/atividade/função:** Descrever a do entrevistado e/ou membro. Independe muitas vezes da profissão. O indivíduo pode ter se formado em administração de empresas (profissão) e estar trabalhando com telemarketing (ocupação). Detalhar ao máximo a ocupação. Por exemplo: guardador de carros fixo toda manhã ou guardador de carros em uma rua quando ocorrem eventos. O primeiro possui muito mais estabilidade que o segundo. Atenção também ao caso de estudantes que ainda não tem uma profissão, mas estão trabalhando em ocupações diversas, por exemplo, como vendedor em loja de roupas, entre outras. Se o estudante estiver trabalhando como estagiário, especificar a área do estágio, por exemplo, estagiário de informática. No caso de a pessoa ter dois trabalhos, considerar o principal que é definido pelo IBGE da seguinte forma:

*Definição do Trabalho Principal na semana de referência:*

*1º O trabalho principal é aquele em que efetivamente trabalhou maior número de horas na semana de referência;*

*2º Em caso de igualdade no número de horas efetivamente trabalhadas, é aquele em que teve mais tempo de permanência, contando até o final da semana de referência;*

*3º Em caso de igualdade, também, no tempo de permanência, é aquele que proporcionava habitualmente maior rendimento mensal.*



### ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO

Pesquisa: Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva:  
Avaliação de um Instrumento para classificação de Grupos Sociais Homogêneos  
na Estratégia de Saúde da Família

- **Onde trabalha:** local em que realiza a atividade, por exemplo, o nome da empresa ou da instituição. Deve-se descrever também a unidade da empresa em que trabalha;
- **Horas semanais trabalhadas:** média avaliada pelo(a) entrevistado(a) (AJUDAR A FAZER AS CONTAS, SE NECESSÁRIO). Assinalar *não se aplica* no caso dos aposentados;
- **Registro em carteira profissional:** o termo **não se aplica** diz respeito a militares e funcionários públicos estatutários, pois estes não são registrados. No caso de aposentados ou bolsistas, usar também não se aplica;
- **Salário líquido mensal:** anotar o salário líquido do último mês (anterior à data da pesquisa) em reais; se houver dúvida pelo entrevistado, anotar o valor aproximado informado pelo mesmo; lembre-se que os aposentados também têm renda. Caso receba algum tipo de renda adicional, auxílio como afastamento por doença ou acidente, anotar neste campo também. **Caso o membro não possua nenhuma renda,** preencher como zero (0), o campo correspondente;
- **Renda familiar per capita:** este campo será preenchido pelos pesquisadores após a coleta dos formulários, não sendo necessário cálculo pelo entrevistador.

#### PÁGINA 3 DE 4

- **Membro/parentesco:** manter a mesma ordem de membro/parentesco, conforme em página 2;
- **Benefícios advindos do trabalho:** anotar **ATÉ 3 TIPOS DE BENEFÍCIOS** que recebe segundo codificação. Considerar os mais significativos em termos de contribuição para a renda.  
**ATENÇÃO PARA O CASO, POR EXEMPLO, EM QUE O ESPOSO TEM CONVÊNIO MÉDICO E ELE INCLUIU A ESPOSA E OS FILHOS. NA VERDADE, O BENEFÍCIO É SÓ DELE E NÃO DOS DEMAIS MEMBROS, POIS SE PERDER O EMPREGO, PERDE O BENEFÍCIO TAMBÉM;**
- **Tempo gasto para ir/voltar do trabalho/escola:** atentar-se para a descrição do tempo total em minutos;
- **Meio de transporte utilizado para ir/voltar do trabalho/escola:** assinalar aquele que utiliza normalmente ou majoritariamente;
- **Problemas de saúde (demanda pessoal):** anotar condições agudas, crônicas agudizadas ou crônicas não agudizadas, condições gerais ou inespecíficas, etc. Se necessário, utilizar o campo observações para anotações complementares;
- **Uso de medicamentos?** Caso a resposta seja (1) *Sim*, especificar quais medicações, associando devidamente ao membro/parentesco correspondente.

#### PÁGINA 4 DE 4

- **Material da habitação:** anotar o tipo de material que predomina na construção da habitação, segundo o que o(a) entrevistado(a) referir;
- **Tipo de habitação:** perguntar e assinalar a alternativa que caracterize o local da habitação:
  1. Favela: conjunto de unidades habitacionais em terreno alheio público ou particular dispostos, em geral, de forma desordenada e, na maioria dos casos, carente de serviços essenciais, como saneamento, coleta de lixo, escolas ou postos de saúde.
  2. Cortiço: Habitação Precária Coletiva de Aluguel.
  3. Casa ou apartamento: casa – quando localizada em uma edificação com um ou mais pavimentos, desde que ocupado integralmente por um único domicílio, com acesso direto a um logradouro, legalizado ou não, independente do material utilizado em sua construção; apartamento – quando localizado em edifício de um ou mais andares, com mais de um domicílio, servido por espaços comuns (hall de entrada, escadas, corredores, portaria ou outras dependências).
  4. Conjunto habitacional popular (CDHU, COHAB, etc.): conjunto de unidades habitacionais populares com características semelhantes construído a partir de recursos federais, estaduais ou municipais.
- **Propriedade da residência:** *Própria regular:* diz respeito às situações em que os moradores possuem a escritura ou o contrato de compra e venda ou ainda o direito de morar por *uso capião*;



### ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO

Pesquisa: Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva:  
Avaliação de um Instrumento para classificação de Grupos Sociais Homogêneos  
na Estratégia de Saúde da Família

- **Tempo de moradia no domicílio:** registrar zero (0) se for menos de 1 ano e anotar o número de anos, se for um ou mais, desprezando as frações de ano;
- **Risco que as pessoas da casa se sentem mais expostas:** registrar no campo o código do risco a que o(a) entrevistado(a) se sente exposto. Assinalar *Sim(1)* ou *Não(2)* para cada um. Caso haja outros que não se enquadrem nos listados e fora referido pelo(a) entrevistado(a), descrever no campo 10. *Outros*;
- **Participação de grupos/associações de naturezas diversas:** a família ou algum de seus membros participa de algum grupo/associação/sindicato – registrar até três opções no campo;
- **Acesso à internet na residência:** assinalar *Sim(1)* ou *Não(2)*, se possível, especificando sua procedência como **pública** ou **privada**;
- **Atividades de lazer da família:** um membro da família se dedicando a alguma forma de lazer já é suficiente para preencher os campos. Assinalar *Sim(1)* ou *Não(2)* para cada uma das opções. **LER CADA UMA DAS OPÇÕES PARA OS ENTREVISTADOS.** *Atividade física (Atv. Física)* diz respeito tanto a esportes como futebol, natação, basquete como atividades de dança, capoeira, etc. *Visitas* incluem visitas a familiares e/ou amigos. *Outros* pode incluir jogos de tabuleiro de xadrez, dominós, etc. Se a pessoa entrevistada citar item não escrito, inserir em 12. *Outros*;
- **Posse de bens e acesso a serviços:** marcar quantos; se não houver, colocar (0) *Não tem*. Em relação ao número de cômodos para dormir, se considera o espaço com quatro paredes de qualquer material (não se considera a divisão por lençóis ou armários como dois cômodos);
- **Destino do lixo:** assinalar conforme código correspondente;
- **Coleta seletiva de lixo:** assinalar se há disponível tal recurso de coleta seletiva (reciclagem) no território, não necessariamente que os membros aderem a tal prática;
- **Destino do esgoto:** assinalar conforme código correspondente;
- **Possuem dívidas e/ou dívidas e/ou gastos com crediários?** assinalar conforme código correspondente;
- **Com base no seu atendimento, qual a sua satisfação com os serviços prestados pela ESF do território?** caso seja o primeiro atendimento do(a) entrevistado(a) na unidade, assinalar (5) *Não sabe ou não quer responder*;
- **Observações:** se necessário;
- **Hora término da coleta de dados:** assinalar assim que coletar todas as informações anteriores. **NÃO SE ESQUEÇAM DE PREENCHER TAL ITEM**, visto que será realizado cálculo do tempo de aplicação do instrumento e realização da entrevista.

**EM CASO DE DÚVIDAS, ENTRAR EM CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS DA PESQUISA ATRAVÉS DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA, WHATSAPP OU E-MAIL, NO PERÍODO DAS 7H ÀS 19H DE SEGUNDA-FEIRA A SÁBADO.**

**Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha**  
Email: phellipem1@hotmail.com  
Telefone: (13) 3361-2567

**Luana Bueno Moretti**  
Email: luanabmoretti@gmail.com  
Telefone: (13) 3361-2571



**APÊNDICE C – Questionário para análise semântica qualitativa**

**O que você tem a dizer sobre a clareza, objetividade e estética do instrumento de coleta de dados para classificação de Grupos Sociais Homogêneos?** \*

Sua resposta

---

**Como você se sentiu ao aplicar o instrumento de coleta de dados para classificação de Grupos Sociais Homogêneos?** \*

Sua resposta

---

**Qual(is) o(s) efeito(s) do instrumento de coleta de dados para classificação de Grupos Sociais Homogêneos no seu atendimento ao usuário?** \*

Sua resposta

---

**Quais mudanças poderiam ser feitas para melhorar o instrumento de coleta de dados para classificação de Grupos Sociais Homogêneos?** \*

Sua resposta

---

