

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA
COM ÊNFASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

Camila Lima Nogueira

**VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO
SOCIOECONÔMICA:
UM ESTUDO VOLTADO PARA A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE COM ÊNFASE NA POPULAÇÃO DO CAMPO**

Brasília -DF

2021

Camila Lima Nogueira

**VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO
SOCIOECONÔMICA:
UM ESTUDO VOLTADO PARA A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE COM ÊNFASE NA POPULAÇÃO DO CAMPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, na área de Serviço Social.

Orientadora: Me. Etel Matiolo

Coorientadora: Dr.(a) Eliane Aparecida da Cruz

Brasília-DF

2021

Ficha catalográfica

N778v

Nogueira, Camila Lima.

Validação de questionário para avaliação socioeconômica: um estudo voltado para a política de atenção básica em saúde com ênfase na população do campo / Camila Lima Nogueira; Orientador: Etel Matielo ; Coorientador: Eliane Aparecida da Cruz – Brasília, 2021.

58 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência)—Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Programa de Residência Lato Sensu em Saúde da Família, 2021.

1. Serviço Social. 2. População Rural. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Matielo, Etel. II. Cruz, Eliane Aparecida da. III. Título.

CDU: 364.444

Camila Lima Nogueira

**“FORMULAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA
DA POPULAÇÃO DO CAMPO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE”**

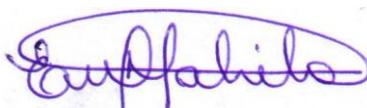
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Governo Fiocruz
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família com
ênfase em Saúde da População do Campo

Aprovado em 25/02/2021.

BANCA EXAMINADORA

Me. Osvaldo Peralta Bonetti (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

Dra. Patrícia Ferrás Araújo da Silva (Ministério da Saúde)



Me. Etel Matiello (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

Orientadora

Dra. Eliane Aparecida da Cruz (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

Coorientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação do Programa de Residência pelo empenho em promover a primeira turma de residentes multiprofissionais com atuação específica na saúde da população do campo do Centro-Oeste, permitindo experiências únicas neste período de 2 anos em que estive como Assistente Social na UBS Rota do Cavalo.

A minha orientadora e coorientadora, Etel e Eliane, também tutoras, pela atenção e suporte sempre disponíveis, assim como pelos conhecimentos riquíssimos repassados durante esse período, especialmente para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao Osvaldo e à Patrícia, por aceitarem prontamente o convite para comporem minha banca de qualificação e de defesa do Trabalho Final de Residência, contribuindo grandemente para o resultado final do estudo.

Aos meus familiares, obrigada por todo e qualquer apoio durante a trajetória da residência, por me ouvirem nos momentos mais complexos e me acolherem a todo instante.

Ao meu companheiro Matheus e filho Rafael, toda a minha gratidão, por serem parceiros em tudo.

A minha equipe de residentes agradeço imensamente o carinho, o companheirismo, as trocas, reflexões, choros, risos, compreensão, que foram fundamentais para vivenciar melhor a residência. Deia, Fran, Jé e Lurits, vocês são demais!

Aos meus colegas residentes, da primeira turma deste programa, agradeço pelas experiências trocadas, dentro e fora da sala de aula.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência é uma pesquisa que visa a validação de questionário para avaliação socioeconômica da população do campo para promoção da saúde, e se encontra no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em ênfase na População do Campo/Fiocruz Brasília. A pesquisa teve por objetivo elaborar um questionário de estudo socioeconômico para a população do campo, com destaque às necessidades de saúde de forma a qualificar o processo de trabalho do/a Assistente Social. Compreende uma pesquisa qualitativa, cuja estratégia escolhida foi a pesquisa-ação. Foi composta de duas fases, sendo a primeira de planejamento e construção pela pesquisadora de pré-formulário de avaliação socioeconômica, e a segunda de aplicação do pré-formulário em três atendimentos de usuários demandantes do Serviço Social em Unidade Básica de Saúde Rural no Distrito Federal, de forma a definir o instrumento mais adequado para o processo de trabalho do/a assistente social voltado para a saúde da população do campo. Como resultado, tem-se que o questionário foi formulado e validado, abrangendo as especificidades da população do campo, assim como possibilitando o entendimento dessa realidade e de suas necessidades de saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde, contribuindo então para uma atuação em Serviço Social de qualidade.

Palavras-chave: Serviço Social na Saúde; Saúde da População do Campo; ferramenta de estudo e análise socioeconômica

ABSTRACT

This Residency Completion Work is a research that aims to validate a questionnaire for socioeconomic evaluation of the countryside population for health promotion, and is in the context of the Multiprofessional Residency Program in Family Health with emphasis on the Countryside Population / Fiocruz Brasilia. The research aimed to develop a socioeconomic study questionnaire for the rural population, with emphasis on health needs in order to qualify the work process of the Social Worker. It comprises a qualitative research, whose chosen strategy was action research. It consisted of two phases, the first of which was planning and construction by the researcher of a pre-form for socioeconomic evaluation, and the second of applying the pre-form in three calls from users demanding Social Service in a Basic Rural Health Unit in the Federal District, in order to define the most appropriate instrument for the work process of the social worker focused on the health of the rural population. As a result, the questionnaire was formulated and validated, covering the specificities of the rural population, as well as enabling the understanding of this reality and their health needs within the scope of Primary Health Care in the Unified Health System, thus contributing for a performance in quality Social Work.

Keywords: Social Service in Health; Rural Population Health; socio-economic study and analysis tool

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CF/88 – Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988

CNS - Conselho Nacional de Saúde

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMSFPC - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na População do Campo

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e da Águas

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde SUS

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCR - Trabalho de Conclusão de Residência

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	9
2.1 A ORGANIZAÇÃO DO SUS	11
3 SAÚDE POPULAÇÃO DO CAMPO	14
4 O SERVIÇO SOCIAL COMO ÁREA PROFISSIONAL EM RESIDÊNCIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO CAMPO	16
4.1 INSTRUMENTALIDADE E INSTRUMENTOS	18
5 METODOLOGIA	19
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	21
5.2 CUIDADOS ÉTICOS	22
5.3 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA	23
6 RESULTADOS	23
6.1 ANÁLISE DE DADOS	33
7 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE I	44
APÊNDICE II	47

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência – TCR constitui-se como requisito para a conclusão da especialização em saúde da família com ênfase na população do campo, ofertada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na População do Campo – PRMSFPC da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília. Ele está inserido na linha de pesquisa denominada *O processo de trabalho da saúde do Campo*, e tem como objeto a promoção de estudos de capacitação da assistente social.

Em uma relação com a saúde, o projeto profissional do Serviço Social se renovou no questionamento ao regime militar instituído pelo Golpe Militar de 1964, e se estabeleceu concomitante ao movimento de reforma sanitária contrário “à gestão autoritária, restrita e centralizada, à dependência do segmento hospitalar privado e à ênfase individual e curativa” (CFESS, 2017: 13).

Neste cenário político, o serviço social se apresenta com um projeto radicalmente democrático e voltado para os interesses da classe trabalhadora. Assim, estrutura-se a partir de valores e princípios comprometidos socialmente e que estão expressos no Código de Ética dos Assistentes Sociais¹, orientando o processo de formação e de trabalho da categoria.

O Serviço Social, pautado pelo compromisso com a ampliação da cidadania, promove análises críticas sobre as demandas sociais da população do Brasil, e estabelece

¹Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 2012: 23,24)

propostas de condução de suas práticas mediante as políticas de saúde em articulação com a real compreensão da realidade social brasileira (CFESS, 2012).

Alinhada ao compromisso democrático, a reforma sanitária é adotada politicamente como um projeto contrário à proposta privatista da saúde para defender a saúde como direito público, universal e gratuito e requer que o papel do Estado ordene e caracterize essa referida política nos marcos do artigo 196, da Constituição Federal de 1988, qual seja,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, política de saúde, no Brasil representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), faz parte do processo de construção de uma nova ordem societária e é resultado de mobilizações sociais com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou um conceito ampliado de saúde, pensado a partir do,

resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986: 15).

O movimento de reunião de diferentes forças sociais fez aprovar o Capítulo II, da CF 1988, onde a “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988), reafirmando essas políticas públicas de apoio social.

Posteriormente, na regulamentação do Capítulo da Saúde, posto nos artigos 196 a 198 da CF 1988, a Lei 8.080 de 1990, implementou o Sistema Único de Saúde – SUS, mediante o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990: artigo 4º). Em conjunto com a lei de regulamentação do SUS, a Lei nº 1842 também teve papel importante na implementação do sistema único, ampliando o papel da sociedade na gestão da saúde.

Dessa forma, o SUS, foi estruturado sob as bases das necessidade sociais e tem como princípios a universalidade de acesso, a integralidade de assistência e a igualdade da

assistência à saúde, sendo o último associado à equidade como possibilidade de um atendimento diferenciado para as pessoas em situação de vulnerabilidade, dando prioridade aos que mais necessitam para alcançar a igualdade (PAIM e SILVA, 2010).

Nestas três décadas de existência do SUS, diferentes autores refletiram sobre o princípio da equidade, como

o princípio da justiça, que provém de bases diversificadas – desde o pensamento cristão até os fundamentos de diversas correntes de tendência socialista –, e é marcada pelo princípio da igualdade entre todas as pessoas. Contudo, aceitando-se o tratamento diferenciado entre as pessoas quando este é baseado em necessidades individuais, para que se possa atingir o ideal da máxima igualdade possível (FORTES, 2010: 48).

Assim, com base nesses princípios e de acordo com as características da população rural brasileira e por mobilização e conquista dos movimentos sociais foi instituído o Grupo da Terra, em 2005, com participação dos movimentos sociais das populações do campo e da floresta e da águas, em conjunto com o Ministério da Saúde para a construção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, instituída somente em 2011, pela Portaria nº 2866, que determinou, que essa referida política deve atender

povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Nesse contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2013:8).

Nesse sentido, considerando o projeto ético-político do Serviço Social, cujos valores se voltam para a erradicação de todas as formas de exploração, opressão e alienação (CFESS, 2012), a defesa dos direitos dessas populações específicas coaduna com o princípio fundamental previsto no Código de Ética do/a Assistente Social, profissional que deve se posicionar “em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (BRASIL, 1993).

É a partir desses valores que as ações do/a Assistente Social na saúde se desenvolvem, tendo como objeto de intervenção profissional a demanda da questão social,

identificada nas “determinações sociais econômicas e culturais das desigualdades sociais” (CFESS, 2015). Assim,

a intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2015: 33)

Portanto, mediante as competências do/a Assistente Social, previstas na Lei de Regulamentação da Profissão, que orienta “realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta” (BRASIL, 1993) esse estudo teve por objetivo validar um questionário a ser utilizado em instrumentais do Serviço Social, tal como o estudo socioeconômico, voltado para a população do campo, com destaque das necessidades de saúde, de forma a qualificar o processo de trabalho da Assistente Social. Para isso, fez-se necessário compreender a finalidade do estudo socioeconômico enquanto instrumento técnico operativo utilizado pelo Serviço Social; relacionar as especificidades das populações do campo e seus processos de saúde-doença; e compreender o papel da Assistente Social no espaço sócio ocupacional da Saúde da Família dentro da realidade do campo. Assim, esse estudo elencou informações que deram forma a esse instrumento de análise, estabelecendo como problema a identificação das situações de fragilização socioeconômica de usuários do SUS, advindos da população do campo, e consequentemente de fragilidade na garantia do direito à saúde pública, universal e gratuita e ações da assistência social, considerando a determinação social da saúde e os determinantes e condicionantes sociais em seu conceito ampliado.

O contexto do estudo se dá a partir da residência multiprofissional em saúde que tem como objetivo potencializar a relação teoria-prática na promoção da saúde, o que torna fundamental reflexões acerca da organização dos processos de trabalho, e aqui, se voltam particularmente às ações do Serviço Social.

Ao lidar com os diferentes determinantes sociais da saúde no contexto de atuação em Unidade Básica de Saúde Rural do Distrito Federal, constata-se a necessidade de ampliar instrumentos capazes de captar as informações socioeconômicas, atribuídos privativamente ao

Serviço Social e que consistem em material de trabalho para definição de sua intervenção profissional. Verifica-se que as produções normativas e científicas voltadas para o Serviço Social atuante na saúde da população do campo, que vive no campo, para o campo e do campo são exíguas. Esse estudo, assim, aponta para componentes estruturados que abarquem as especificidades dessa população e que possibilitem a qualidade da atuação profissional perante os usuários e suas famílias, a partir da compreensão da realidade social desses indivíduos.

Desta forma, considerar o âmbito socioeconômico é um dos elementos principais para entender os processos de saúde-doença que deterioram a qualidade de vida desse público, o que demonstra a importância desse estudo, no contexto da Atenção Primária à Saúde. A articulação entre os saberes e as práticas no agir profissional, a partir do conhecimento de demanda e mediações que interfiram nas realidades vividas – e que envolvem o contexto socioeconômico e político, as políticas sociais, os contextos institucionais – e os referenciais teóricos e metodológicos, do serviço social, potencializam ações e resultados do trabalho do/a assistente social (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Dentre os elementos estruturantes da ação profissional encontram-se os instrumentos técnico-operativos e outros recursos (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). É a partir das demandas postas pelos usuários, direta ou indiretamente, que o/a Assistente Social constrói um percurso para orientar as ações, definir um objetivo para o agir e, assim, realiza sua intervenção de acordo com a abordagem escolhida, a partir dos instrumentos técnico-operativos e os recursos, à sua disposição (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Portanto, a validação de um questionário como facilitador na utilização de instrumentais do Serviço Social atuante junto à população do campo e formulado a partir dos princípios constitucionais do SUS e dos princípios éticos profissionais, contribui “para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, danos agravos e riscos e o tratamento, priorizando o sofrimento social, para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social” (VASCONCELOS, 2001: 19). Além disso, o estudo pode contribuir com a redução das desigualdades no campo, uma vez que tem o intuito de potencializar a ação do/a Assistente Social voltada para a compreensão da realidade da população do campo, inclusive quanto à formulação e qualificação de políticas públicas que garantam seus direitos.

Neste trabalho são apresentados conceitos principais que estruturam a base para compreender a importância de instrumentos voltado para a atuação do Serviço Social na saúde das populações do campo. Dessa forma, serão abordados primeiramente elementos do Sistema

Único de Saúde e de sua organização; em um segundo momento serão elencadas as especificidades da saúde da população do campo; depois os elementos que estruturam a área profissional do Serviço Social na Residência Multiprofissional com ênfase na saúde da população do campo, partindo para conceitos básicos sobre a instrumentalidade do Serviço Social; em seguida será apresentada a metodologia do estudo; posteriormente seus resultados e a análise dos dados obtidos.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Assim como as outras políticas sociais, a política de saúde possui múltiplos determinantes, que podem ser colocados em contradição em várias situações, visto que ao envolver ações governamentais de promoção do bem-estar e da proteção social dos indivíduos, pode ser considerado por governos pautados pela austeridade fiscal e como “gastos públicos” e não investimentos em qualidade de vida.

Para efetivar as políticas de saúde postas pelo SUS são construídas estratégias que orientam as tomadas decisões públicas por meio de programas e projetos que devem atender às variadas demandas da sociedade e, em especial, promover a equidade mediante as necessidades de políticas específicas como as dirigidas à saúde das mulheres, à saúde da população do campo, da floresta e das águas, da saúde do trabalhador, entre outras (FLEURY; OUVÉNEY, 2013). Além disso, as políticas de saúde também devem agir intersetorialmente com outros campos de políticas sociais, tais como a economia, a política, a educação e a cultura.

Na CF/88, a política de saúde é incluída no tripé da Seguridade Social, visando um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). É com a Constituição de 1988 que se estabelece “um novo padrão de política social com

a universalidade de cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY; OUVÉNEY, 2013:15).

O debate sobre a democracia no Brasil teve seu ápice com a aprovação da Constituição Federal, que contou com intenso protagonismo social para fortalecer a cidadania no desenvolvimento do texto constitucional (LOBATO, 2013). A proteção social brasileira se amplia com a institucionalização da Seguridade Social, se aproximando do modelo de bem-estar social. No entanto, seu “desenvolvimento priorizou a dinâmica estatal, principalmente em nível federal, por meio de políticas setoriais, serviços e benefícios, o que não lhe dá solidez para enfrentar conjunturas de retração” (LOBATO, 2013: 94).

O sistema público de saúde previsto na CF/88, o Sistema Único de Saúde, surge como um “não mercado dentro de economias capitalistas” (CAMPOS, 2018: 1708), ou seja, pertence a uma cultura diferente daquela de mercado, que considera o desenvolvimento humano como mais importante que o crescimento econômico.

A Lei nº 8.080/1990 acata o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” (BRASIL, 1990). Também ratifica, em seu art. 3º, o conceito ampliado de saúde, ao estabelecer que

[...]a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; e que, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Observa-se, então, que a Lei nº 8.080, de 1990, guarda sintonia com o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, as proposições do Movimento pela Reforma Sanitária. Quando da aprovação da Lei nº 8.080/1990, o texto proposto inicialmente pelos dirigentes do Ministério da Saúde sofreu cortes, inclusive no que se refere ao acesso e posse de terra como fator determinante e condicionante da saúde. Mantiveram-se os itens relativos à descentralização dos serviços e à atenção integral, mas os referentes à participação da comunidade foram vetados pelo então presidente da República, Fernando Collor de Mello.

Diante dos vetos, a sociedade civil organizada mais uma vez se manifestou e a mobilização fez com que, em 28 de dezembro de 1990 – passados apenas três meses da publicação da Lei 8.080/1990 – fosse publicada a Lei nº 8.142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990).

Embora atualmente esteja sofrendo uma série de retrocessos, desde sua formulação, o SUS vem avançando pelo país em relação à organização da atenção à saúde. Já são mais de 5.500 municípios do país, e 200 milhões de brasileiros assistidos pelo referido sistema (GIOVANELLA et al, 2018). Seu modelo de territorialização e hierarquização da rede por níveis de atenção representam o significado do SUS, assim como a integralidade e a participação da comunidade (PAIM, 2009). O SUS assim, “é uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira” (PAIM, 2009:75).

2.1 A ORGANIZAÇÃO DO SUS

O contexto em que a Residência Multiprofissional - que permitiu o desenvolvimento desse estudo - está inserido faz parte da Rede de Atenção à Saúde, mais especificamente da Atenção Primária à Saúde - APS ou Atenção Básica – AB. Assim, considera-se fundamental para o desenvolvimento do estudo em questão a abordagem teórica referente à organização do SUS, dando ênfase à APS.

A CF/88 previu em seu texto ações e serviços de saúde executados por um sistema de saúde que fossem organizados de forma regionalizada e hierarquizada, cumprindo níveis de complexidade crescente. É a partir da Lei nº 8080/90, que estabelece o SUS, que essa forma de organização passa a ser planejada, formulada e implementada.

Durante a década de 1990, em um movimento de consolidação do SUS, foi construída a Estratégia de Saúde da Família, que surgiu com o objetivo de reorganizar e fortalecer uma atenção básica do primeiro nível de atenção para ampliar o acesso, qualificar e reorientar as práticas de saúde (SOUSA; HAMANN, 2009). Preconizou assim uma equipe multiprofissional de saúde (Equipe de Saúde da Família²), com atuação em território de abrangência, voltada para população adstrita, cadastramento e acompanhamento da população residente da área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

Junto com a atenção básica foi necessária a estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma que o acesso, a atenção integral e a continuidade do cuidado à saúde das pessoas passassem a funcionar em conjunto (KUSCHNIR et al, 2009). Sua estruturação

² Originalmente composta por “um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde e responsável pelo acompanhamento da saúde de seiscentas a mil famílias” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013). Atualmente permanece a mesma composição, sem a exigência mínima de quantidade de Agentes Comunitários de Saúde, e com a responsabilidade por acompanhar três mil e quinhentas pessoas. (BRASIL, 2017).

levou em consideração que as questões de saúde não são distribuídas de forma uniforme no território, na população, e que envolvem condutas diferenciadas e com complexidades e custos diferentes, sendo fundamental que os serviços estejam organizados com unidades específicas para cada nível de atenção distribuídas geograficamente (KUSCHNIR et al, 2009).

A Portaria nº 4279/2010, utilizando-se dos pressupostos da Lei de regulamentação do SUS, e do Pacto pela Saúde³ aprovado pela Portaria GM/MS nº 399/2006, estabeleceu a estruturação da RAS

como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010).

A referida Portaria estabelece que os componentes que estruturam a RAS são: a Atenção Primária à Saúde (APS) funcionando como centro de comunicação; os pontos de atenção secundário e terciário; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e os sistemas de governança.

A partir dessa estrutura são pensadas as Regiões de Saúde, estratégia de integração da organização, do planejamento e da execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde compreendem um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação” (BRASIL, 2011). De acordo com o Decreto 7508/2011, uma Região de Saúde deve ter no mínimo ações e serviços de: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde.

Tais serviços em saúde se dividem em níveis de atenção que se estruturam segundo densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010).

³ “A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social” (BRASIL, 2006: 7).

O primeiro nível, onde se encontra a Atenção Básica, oferece ações de promoção e prevenção à saúde, atendimento efetivo aos problemas de saúde e encaminhamento das demandas, assim como reabilitação dos casos (KUSCHNIR et al 2009).

A regulamentação da APS foi possível com a criação, em 2006, da primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica. Nela foram previstas as diretrizes para a organização da Atenção Básica na RAS, ampliando o conceito da AB e reconhecendo a Saúde da Família como estratégia de reorganização (MELO et al., 2018). Em 2011, a PNAB passou por um movimento de mudança que incluiu programas como o Requalifica UBS⁴, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ⁵ e o Programa Mais Médicos⁶, além de ter sido criado o e-SUS AB, sistema de prontuário eletrônico (MELO et al., 2018).

Ao longo do ano de 2016, com as instabilidades políticas do país ocasionadas pelo golpe de Estado promovido para a articulação do Governo Temer, algumas medidas neoliberais foram tomadas, afetando principalmente as áreas da educação e da saúde. Para além das mudanças ocorridas em relação às regras de financiamento federal do SUS, também foi aprovada a Emenda Constitucional 95, que estipulou um congelamento de gastos públicos por 20 anos nas políticas públicas (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, a PNAB passou por um processo de revisão da regulamentação de implementação e operacionalização das ações. Assim, a PNAB de 2017 permite a criação de outras formas de organização da AB, para além da Saúde da Família, o número de pessoas cobertas por Equipe de Saúde da Família pulou de 2000 para 3500, a quantidade mínima de Agentes Comunitários de Saúde por área foi retirada, sendo necessária a cobertura de 100% da população somente em condições de maior risco e vulnerabilidade, e não mais da população total da Equipe de Saúde da Família. Outra mudança significativa foi em relação a nomenclatura e ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que perdeu suas características originais (MELO et al, 2018).

Devido ao contexto complexo da realidade contemporânea, a Estratégia de Saúde da Família precisa de um olhar diferenciado e com múltiplas facetas para compreender os

⁴ Programa destinado para incentivar reformas, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde, de acordo com padrões de qualidade, facilitando a mudança das práticas das equipes de Saúde (Ministério da Saúde)

⁵ Programa com o objetivo de propor um “conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde” (Ministério da Saúde)

⁶ Programa com objetivo de suprir a carência dos profissionais de medicina nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades (OPAS Brasil, 2018)

processos de saúde-doença e, assim desenvolver suas ações específicas da atenção básica e que promovam a integralidade da atenção por meio da rede de serviços. É nesse sentido, que o agora chamado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado, pensando na atuação integral de uma equipe multiprofissional de diferentes áreas de conhecimento⁷ junto com as Equipes de Saúde da Família. Dessa forma, o Nasf-AB buscava ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde, uma vez que privilegiava a construção de redes de atenção e cuidado para ampliar a resolutividade das ações da equipe de saúde da família (FIGUEIREDO, 2015).

De acordo com o conjunto de estratégias para o desenvolvimento de serviços e ações de saúde dentro do SUS é que este trabalho se contextualiza, trazendo a especificidade da saúde da família com ênfase na *população do campo*.

3 SAÚDE POPULAÇÃO DO CAMPO

Cerca de 30 milhões de pessoas residem em áreas consideradas rurais no Brasil, ou seja, têm seus modos de vida e sua (re)produção social relacionados predominantemente com a terra (CARNEIRO et al 2012; BRASIL, 2014). A história da realidade rural brasileira é permeada pelos aspectos econômico, político e cultural herdados tanto pela concentração de terra e pela utilização dos recursos naturais, quanto pelo contexto da escravidão e extermínio dos povos indígenas. Os conflitos e as lutas populares de resistência também marcam a ruralidade do país, consolidados em um modelo autoritário e repressor com impactos na democracia fragilizada que afeta os movimentos sociais do campo e da floresta (BRASIL, 2013).

Para além dos recursos naturais, a diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produção e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade também representam as diversas características da população do campo, representada por

⁷ Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária. (BRASIL, 2017)

populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares (BRASIL, 2013: 9)

As condições de saúde desses grupos, em comparação com as condições de saúde da população urbana são abordadas como mais precárias em diversos estudos. Isso porque a saúde da população do campo ainda apresenta limitações de acesso ou de qualidade dos serviços prestados (COIMBRA 2018), assim como nas diversas políticas públicas específicas para essa população que influenciam diretamente “os determinantes sociais, culturais e ambientais da saúde dos brasileiros que vivem nas áreas rurais” (COIMBRA, 2018: 1s).

Nesse sentido, os determinantes de saúde específicos dessa população incluem as áreas da vida que perpassam desde o sustento dessas pessoas até os modos de vida. Assim, o trabalho, a moradia, a alimentação, o transporte e os hábitos de produção e reprodução são elementos que constroem a amplitude do significado de saúde e seus “reflexos nas demandas e nas necessidades de uma população” (SILVA et al, 2017: 149).

Além disso, o Brasil apresenta um contexto de desigualdades socioeconômicas que impossibilita o acesso da população em situação de pobreza às condições básicas de saúde. Ou seja, a falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de saneamento básicos, de políticas públicas eficazes e de suas respectivas participações sociais são expressões do aprofundamento da pobreza no Brasil e que determinam os processos de saúde-doença dos indivíduos, sendo essa situação ainda mais agravada no contexto do campo brasileiro (BRASIL, 2013).

Reconhecendo o contexto brasileiro de desigualdades, o desenvolvimento agrícola hegemônico, as especificidades da população do campo, da floresta e das águas, assim como, potencializando a transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão para a execução dos serviços de saúde (BRASIL, 2011), o Ministério da Saúde garantiu a discussão, em conjunto com movimentos sociais representativos destas populações, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e da Águas, e sua respectiva implantação por meio da Portaria nº 2.866/2011, elaborados pelo Grupo da Terra⁸

⁸ Instituído por meio da Portaria MS/GM nº 2460, de 12 de dezembro de 2005, e composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados (BRASIL, 2013).

um importante espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal referente ao atendimento das necessidades da população do campo (BRASIL, 2013).

A PNSIPCF, então, é instituída com o objetivo de

de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2011).

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações foi incorporado nesta política, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e de saúde das populações do campo e da floresta. (BRASIL, 2013)

São nestes contextos que a área profissional do Serviço Social está inserida dentro da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na população do campo.

4 O SERVIÇO SOCIAL COMO ÁREA PROFISSIONAL EM RESIDÊNCIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO CAMPO

A Lei nº 11.129 de 2005 traz consigo a instituição das residências em área profissional de saúde, sendo uma “modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005). Tais categorias profissionais são previstas na Resolução CNS nº 287/1998, sendo o serviço social, a psicologia, a nutrição, a enfermagem e a fisioterapia algumas delas.

Em 2007, a Portaria nº 45/2007 aponta 12 eixos norteadores voltados para os programas de residência, dentre os quais destacam-se:

cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica; concepção ampliada da saúde; política nacional de educação e desenvolvimento do SUS; atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; articulação

com a Residência Médica; descentralização e regionalização; integralidade que contemple todos os níveis de Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema expressando o compromisso desse modelo de formação em saúde com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Com base nos eixos norteadores, dentro do cumprimento da carga horária da residência, são estabelecidas as atividades práticas definidas como “aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissional da saúde” (BRASIL, 2014), além das atividades teóricas, com estudos individuais e em grupo, e das atividades teórico-práticas voltados para discussões sobre a aplicação do conteúdo relacionado às situações práticas.

Este estudo se encontra na relação da prática com a teoria, que para o Serviço Social é indissociável. Assim, discutir o processo de trabalho do Serviço Social na Atenção Básica, voltada para a população do campo é levar em consideração essencialmente a dimensão ético-política da profissão perante a sociedade, enfatizando um “projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora e que se articula com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade anticapitalista” (CFESS, 2011: 14).

Especificamente em relação ao projeto profissional, o Serviço Social deve ter a ética como pressuposto teórico-político, com visão crítica teoricamente fundamentada do agir profissional, inserido nas contradições sociais (CFESS, 2011).

Assim, para o desenvolvimento deste estudo, considera-se o princípio fundamental⁹ o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993) como norteador haja vista o objeto de estudo, mas não mais importante que os outros princípios.

Para além dos princípios, outro componente ético do estudo é relacionado a um dos deveres do/a assistente social perante seus usuários, o de “contribuir para a criação de mecanismos que venham a desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados” (CFESS, 1993). Ademais, duas das competências¹⁰ previstas no Código de Ética embasam o estudo: “planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais” e

⁹ Previsto no Código de Ética do/a Assistente Social, instituído pela Resolução CFESS nº 273/93.

¹⁰ Também consideradas como atribuições privativas do/a Assistente Social, devendo ser exercidas Exclusivamente por ele/a.

“realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta” (CFESS, 1993; BRASIL, 1993)

Considerando esses aspectos e a atuação do/a Assistente Social na área da Saúde percebe-se como grandes eixos de atuação o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; a investigação, planejamento e gestão; e a assessoria, qualificação e formação profissional, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

Em alinhamento com o documento anteriormente citado, os três pilares da atuação profissional em saúde são as necessidades sociais em saúde; o direito à saúde e a produção da saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). Dessa forma:

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009: 223)

Dentro desse escopo, cabe ressaltar que a população do campo apresenta especificidades e possui, dentre outras, a dimensão social e histórica do trabalho, incluindo o trabalho no campo. O Serviço Social na saúde tem, então, a saúde do trabalhador como importante área de atuação profissional. Assim, é exigido do/a profissional “o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização de ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores” (CFESS, 2015: 38).

Considerando as particularidades do trabalhador do campo, que possui a informalidade do trabalho quase como regra, ou que não têm condições de trabalho adequadas e que normalmente residem em um contexto rural, de privação de acesso à políticas e serviços, junto com sua família, diversos são os determinantes sociais de saúde a serem compreendidos pelo/a Assistente Social em busca da promoção da saúde.

4.1 INSTRUMENTALIDADE E INSTRUMENTOS

A instrumentalidade do Serviço Social é definida por Guerra, como “a propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos” (2000: 2). Os Assistentes Sociais, a partir disso, podem concretizar suas intencionalidades em respostas, modificando, transformando e alterando as condições objetivas e subjetivas no nível do cotidiano e, conseqüentemente dão instrumentalidade às suas ações (GUERRA, 2000). No entanto, Guerra (2000) ressalta a importância de não reduzir o fazer profissional à sua dimensão técnico-instrumental, prescindindo também das dimensões teórica e ético-política. Isso porque as intervenções partem de escolhas, que devem ser dotadas de criticidade e pautadas na vontade dos sujeitos, e determinadas por valores éticos, morais e políticos. São escolhas singulares, mas que devem ser percebidas como pertencentes a um contexto contraditório inserido na totalidade.

É a partir desta instrumentalidade, pautada nas três dimensões que o Serviço Social, profissão essencialmente interventiva, desenvolve suas metodologias de ação, com o suporte de instrumentos e técnicas de intervenção social (SOUSA, 2008). De acordo com Martinelli & Koumrouyan (1994), um instrumental é um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (1994: 225).

O fato de existirem diferentes instrumentais e de terem instrumentos articulados entre si levou à classificação dos instrumentos como diretos e indiretos, que têm como diferencial o tipo de linguagem utilizada no momento da aplicação: face a face ou por escrito (MARTINELLI; KOUMROUYAN, 1994). Assim, são considerados exemplos de instrumentos diretos a observação participante; entrevista individual e grupal, dinâmica de grupo; reuniões; mobilização de comunidades; visitas domiciliares; visitas institucionais. Já nos instrumentos indiretos, a participação é mais passiva, caracterizando-se por uma interpretação unilateral, como em: atas de reunião, livros de registro, diários de campo, relatórios sociais (MARTINELLI; KOUMROUYAN, 1994).

Um estudo socioeconômico assim, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica uma determinada situação ou expressão da questão social (FÁVERO, 2003: 42), enquanto instrumental do Serviço Social, pode ter em sua construção instrumentos diretos e/ou indiretos. Para o objeto de estudo, o questionário a ser validado constitui-se como um dos instrumentos indiretos, já que é realizado por escrito, mas que é utilizado após a adoção de instrumentos diretos, podendo ser uma observação participativa, uma entrevista individual, ou visita domiciliar, entre outros, de forma complementar ou não, a depender da investigação social.

Considerou-se, então, tais elementos para justificar a formulação de um questionário como um instrumento de suporte na realização de estudos socioeconômicos como uma das competências regulamentadas do/a assistente social, que são “parte intrínseca das ações profissionais” (MIOTO, 2009: 2)

5 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa-ação, uma ferramenta metodológica da pesquisa qualitativa, que se propõe a compreender um conjunto de fenômenos que fazem parte da realidade social, se aprofundando no “mundo dos significados” (MINAYO; GOMES, 2013).

Neste contexto, a dialética permite juntar “a proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais (MINAYO; GOMES, 2013: 24).

Conceitua-se então pesquisa-ação como:

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1986: 14).

Nesta perspectiva, o planejamento e a construção do questionário foram desenvolvidos pela pesquisadora por meio da pesquisa-ação, permitindo a intervenção consciente e responsável para identificar a situação real de vida do público pesquisado. Buscou-se compreender as especificidades da População do Campo do Distrito Federal e identificar as informações imprescindíveis para a efetividade do questionário que subsidie estudos socioeconômicos em interação com a comunidade.

A pesquisa aconteceu na Unidade Básica de Saúde Rural nº04 de Sobradinho/DF, conhecida por UBS Rota do Cavalo, por ser o local de atuação da residente e por compreender um contexto específico de vulnerabilidades que se distingue das características urbanas. Em seu

território de abrangência encontra-se uma população trabalhadora do campo formada por agricultores familiares e por acampados, representados por movimentos de reforma agrária.

A pesquisa além contribuir para a qualificação de um instrumento do Serviço Social capaz de potencializar o processo de trabalho do/a Assistente Social na busca pela promoção da saúde, poderá inovar o campo de informações sobre a população alvo deste estudo, de forma a subsidiar inclusive as ações de outros profissionais da saúde, assim como o trabalho multiprofissional (THIOLLENT, 1986).

Em relação ao contexto do Serviço Social,

a metodologia da pesquisa-ação pode permitir um melhor equacionamento dos problemas de aproximação à realidade social, de inserção dos pesquisadores e profissionais e de suas formas de intervenção. Os ganhos de conhecimento precisam ser registrados e constantemente sistematizados. Também são objeto de atenção as práticas educativas associadas à pesquisa e à divulgação de informações na coletividade (THIOLLENT, 1986: 82).

Portanto, a pesquisa-ação apresentou-se como uma importante estratégia de investigação, permitindo constantes aproximações com a realidade observada.

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Em um primeiro momento foi realizada uma pesquisa documental para identificação de fontes diversas de informações, que permitiram compreender a realidade da População do Campo brasileira e especificamente do Distrito Federal. Alguns documentos governamentais também foram acessados, tais como planos, programas, e também uma pesquisa científica com dados gerais dessa população.

Ademais, normas legislativas, como leis, decretos, bem como atas, relatórios, ofícios e outros documentos produzidos em reuniões governamentais, reuniões com a presença de movimentos sociais da população do campo, serviram de suporte para identificar as principais demandas dessa população. Esse material reunido foi analisado com o intuito de estabelecer uma base qualificada de dados para estabelecer as questões que compuseram o referido questionário, que constitui o objetivo do trabalho.

Foram pesquisados relatos de experiência sobre a atuação do Serviço Social na APS, consolidados e publicados, de forma a identificar categorias-chave que justificassem as questões do questionário, mediante os conceitos de *vulnerabilidade socioeconômica*,

composição familiar, risco social, renda per capita, e entre as categorias a questão social, pobreza, família, gênero, raça e classe social. Ainda, os dados secundários epidemiológicos da saúde da população do DF foram utilizados para compreender a realidade do acesso às políticas públicas, especialmente à política de saúde.

As informações foram categorizadas e sistematizadas de acordo com cada área de conhecimento. Seus elementos foram organizados de forma coesa, dando início à primeira fase da execução do objetivo desse estudo, ou seja: o questionário foi apresentado no formato de pré-formulário (Apêndice II) para que fossem testadas as possibilidades de sua composição.

A segunda fase de validação do questionário se deu com a utilização de formulários-teste - desenvolvidos a partir do estudo – nos atendimentos do Serviço Social. Foram aplicados 3 formulários de avaliação socioeconômica, número abaixo do previsto, uma vez que a pesquisadora encontrou alguns obstáculos que impossibilitaram a aplicação dos demais, conforme previsto inicialmente. Uma das questões que dificultaram se deu com a falta de estrutura física na UBS de atuação, já que as salas de atendimento (necessárias para a garantia do sigilo das informações coletadas) estiveram ocupadas pelos profissionais enfermeiros e médicos durante toda a fase de coleta de dados desta pesquisa, exigindo assim o deslocamento para realização de visitas domiciliares. Para este deslocamento, necessitou-se da utilização de meio de transporte particular da pesquisadora, que não esteve disponível a todo tempo. Além disso, impactos decorrentes de direito às férias e de condições de saúde também surgiram, estreitando o tempo limite para a realização de mais atendimentos com estudos socioeconômicos e a finalização do estudo.

Outro contexto que influenciou a fase de coleta de dados se deu com a crise sanitária de saúde que surgiu em 2019, decorrente do novo coronavírus, transmitido entre as pessoas de forma mundial, sendo sua doença denominada por “Covid-19” (Ministério da Saúde). No Brasil, o vírus passou a circular em março de 2020, o que levou as autoridades do Poder Executivo, principalmente nos níveis municipais, e no caso do DF, no nível estadual, a tomarem medidas de segurança contra infecção da população. Além do isolamento social, outros protocolos foram estabelecidos e direcionados para a atenção primária em saúde, tais como suspensão de grupos, reorganização da agenda de atendimentos e do espaço físico das UBS (BRASIL, 2020). Nesse sentido, a aplicação do questionário foi limitada também em razão da pouca disponibilidade de espaços reservados para o atendimento com vistas ao conhecimento da realidade e da situação socioeconômica dos participantes da pesquisa.

As três famílias foram escolhidas de acordo com as demandas sociais que foram apresentadas. Duas famílias moram em um dos acampamentos existentes da região adstrita da UBS e foram indicadas pela liderança local, e uma família foi indicada pela equipe de saúde como uma família que demanda um estudo social por apresentar dificuldades no trabalho voltado para a agricultura familiar.

Assim, puderam ser avaliadas questões específicas, e também o questionário como um todo, identificando possíveis necessidades de alterações, seja para excluir, incluir ou melhorar de acordo com as análises. A partir dos elementos verificados como passíveis de alteração, o questionário foi reformulado, sendo gerada sua segunda versão (Apêndice III).

5.2 CUIDADOS ÉTICOS

O questionário foi aplicado junto aos usuários, em seus domicílios, tomando todas as medidas de proteção referentes ao combate do Covid19, em dia e horário combinados previamente com o usuário. Os dados obtidos a partir do formulário somente serão utilizados para fins de futuras consultas no que diz respeito à necessidade de haver planejamento de ações/intervenções voltadas para quaisquer das famílias que foram atendidas. Ressalta-se que tais dados por si só não foram necessários para o desenvolvimento do estudo.

Respeitando as condutas éticas apontadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fiocruz, sendo a aplicação do questionário autorizada, conforme CAAE nº 34317120.0.0000.8027.

Nos atendimentos cujos questionários foram aplicados, foram explicadas as informações e etapas da pesquisa, de forma clara e acessível, em condição, local e tempo adequados, considerando as peculiaridades do participante e permitindo ao participante refletir sobre a tomada de decisão livre e esclarecida. Após essa etapa, e com a concordância da participação, foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I) já assinadas pela pesquisadora, que foram lidas e assinadas também pelo participante, ficando uma via com ele e outra com a pesquisadora.

5.3 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como benefícios um atendimento do Serviço Social mais aprofundado e qualificado, de acordo com as características da população do campo, assim como a possibilidade de um conhecimento mais preciso da realidade dos usuários, permitindo uma intervenção com junto à rede de serviços, assim como contribuir com o acesso dos usuários aos diferentes benefícios existentes do DF. Os participantes da pesquisa terão benefícios para além dos resultados e de forma contínua, uma vez que o instrumento resultante do estudo estará disponível na UBS 04 para ser utilizado a qualquer momento e por qualquer profissional do Serviço Social em demandas específicas da saúde da população do campo.

A pesquisa também apresentou alguns riscos para o/a usuário/a, tais como: possíveis desconfortos ao responder as questões do formulário, vergonha, insegurança, incômodos no geral devido às perguntas específicas sobre a realidade do participante. No entanto, foi garantido a ele/a maior tempo para as respostas, a liberdade para negar resposta das questões que estiverem incomodando, a realização da pesquisa em outro momento, ou a desistência da pesquisa a qualquer momento. Também foi garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com o estabelecido em lei.

Por se tratar de um teste no atendimento do Serviço Social já demandado pelo usuário do serviço e inclusive agendado, a participação na pesquisa não implicou em custos adicionais para o participante.

6 RESULTADOS

O questionário-modelo (APÊNDICE II), denominado *Questionário de estudo socioeconômico (população do campo)* foi desenvolvido de forma a distribuir os dados em sete blocos: identificação; composição familiar e escolaridade; ocupação e renda; condições de moradia; condições de acesso à UBS; parecer/intervenção do Serviço Social; e evolução social. Dos sete blocos, os dois últimos foram destinados para preenchimento posterior pela Assistente Social, de acordo com os dados coletados durante os cinco primeiros blocos.

Cada questão inserida dentro de seus respectivos blocos foi pensada a partir de um objetivo específico, tendo como finalidade geral a de dar elementos para a formulação de um parecer da profissional ao final do preenchimento e da análise de cada questionário, subsidiando, assim, a tomada de decisões no planejamento de ações que se fizerem necessárias a partir da compreensão da realidade investigada.

O primeiro bloco, tem por objetivo identificar a família a partir dos dados do responsável familiar, de forma a diferenciar os dados de outras famílias e indicar o questionário correto em momento posterior à consulta. A imagem abaixo revela a disposição dos itens do bloco I – Identificação.

Figura 1 - Bloco I do questionário de avaliação socioeconômica

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
(Responsável familiar)

Nome Social: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Sexo: F M

Gênero: Mulher cis (1) Homem Cis (1) Mulher trans (2) Homem Trans (2) Não Binário (3)

Prefere não se classificar Prefere Não responder Outro _____

(1) Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer (2) Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer (3) Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem mulher

Raça/cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

Endereço: _____ Microárea: _____

Telefones: _____

Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: _____

Fonte: imagem formulada pela autora.

Tendo em vista que o questionário destina-se a compreender a realidade da família, optou-se por fazer a identificação a partir da pessoa responsável pela unidade familiar. Para tanto, o conceito de família é o adotado pelo Decreto 6135/2007 – que dispõe sobre o Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal – no qual estabelece que “família é a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio” (BRASIL, 2007). Já a pessoa responsável pela unidade familiar deverá ser um dos componentes da família, morador do domicílio, maior de 16 anos de idade (BRASIL, 2017).

O nome social é um dos componentes obrigatórios deste questionário, e que busca garantir a inclusão social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais. Desde 2016, tal reconhecimento tornou-se direito no Brasil, sendo permitido em órgãos públicos incluindo as unidades públicas de saúde (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018; BRASIL, 2016).

Para além do nome completo do usuário, a data de nascimento é outro dado essencial tanto para o conhecimento da idade de quem responderá ao questionário, quanto para

a diferenciação de nomes iguais cadastrados no e-SUS ou em outros sistemas da rede pública de saúde.

Em relação aos dados sobre sexo e gênero, cabe aqui explorar seus conceitos. Sexo se refere “a um conjunto de atributos biológicos em seres humanos e animais que estão associados com características físicas e fisiológicas” (HEIDARI et al, 2017: 666), sendo categorizado como feminino ou masculino. Já a categoria de gênero se refere aos “papéis, comportamentos e identidades de mulheres, homens, e pessoas de outros gêneros, que são socialmente construídos” (HEIDARI et al, 2017: 666), que estão categorizadas neste estudo como mulher cisgênero, homem cisgênero, mulher trans, homem trans, e não binário. Tais elementos se fazem necessários para o contexto do campo, uma vez que as desigualdades de gênero e o conservadorismo são comuns nas comunidades rurais, podendo evidenciar demandas referentes a políticas públicas de garantia de direitos e de proteção social.

Endereço e telefone são dados que permitem a identificação territorial e uma comunicação mais efetiva entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços de saúde. O endereço e a microárea são informações essenciais para o mapeamento de condições e determinantes sociais de saúde dentro de um território específico, especialmente o rural.

Os dados referentes à nacionalidade e naturalidade têm a função de identificar a origem geográfica, territorial, cultural, política dos usuários e de suas famílias, facilitando e incrementando o estudo socioeconômico para o desenvolvimento de ações.

E o estado civil permite que a assistente social conheça melhor os tipos de relação estruturante ou não no contexto familiar, podendo alcançar inclusive informações referentes às rendas que compõem a renda da família.

O Bloco II corresponde aos dados referentes à composição familiar e escolaridade. A princípio destaca-se a informação de quantos membros pertencem à família. Num segundo momento, são distribuídos os dados referentes a cada membro da família. Foram considerados como essenciais na compreensão da realidade familiar as especificidades do nome dos membros, idade, parentesco e escolaridade. Para além disso, destacou-se o dado referente à pessoa na família que tenha alguma deficiência ou alguma dificuldade de locomoção, além de um espaço para observações, conforme a imagem abaixo.

Figura 2 - Bloco II do questionário de avaliação socioeconômica

II - COMPOSIÇÃO FAMILIAR E ESCOLARIDADE

a) Membros residentes da família:
 1 a 2 pessoas 3 a 4 pessoas 5 a 6 pessoas 7 a 8 pessoas Mais de 8 pessoas

b) Características da família

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)

- Algum membro da família possui deficiência? _____ Se sim, qual deficiência? _____
 - Algum membro da família possui dificuldades de locomoção? _____

Observações:

Fonte: imagem formulada pela autora

O espaço destinado para a quantidade de membros da família como prioritário se deu para garantir uma visão prévia em relação às condições sociais pelas quais as famílias estão inseridas. Ademais, a designação das características básicas de cada membro familiar (nome, idade, parentesco) darão subsídios para uma interpretação das reais condições de vida e bem-estar familiares ou de um contexto de um membro em específico, por exemplo: “Maria, 5 anos, filha, não está matriculada na rede de ensino”, o que leva a constatar uma situação de vulnerabilidade relativa a uma criança em idade escolar que está fora da escola, devendo o profissional estabelecer um planejamento de ações para garantir o direito à educação dessa criança, a partir das demandas sociais expostas pela família.

No que tange à escolaridade, dados do Censo 2010 revelam a disparidade da desigualdade da escolaridade em relação ao contexto urbano e ao contexto rural. Enquanto a taxa de analfabetismo do meio urbano ficou em 7,54%, a do meio rural foi de 24,64%, aproximadamente 3 vezes mais que o índice do meio urbano (PEREIRA; CASTRO, 2019). Tais dados podem representar o pouco interesse público em garantir o acesso ao direito à educação

da população do campo, sendo este um dado relevante do questionário no sentido de, por exemplo, incentivar propostas de ações voltadas para a educação.

O campo de observações foi inserido com o intuito de especificar contextos que não possam ser abarcados nas questões fechadas, a exemplo de possível conflito familiar identificado; interesse em alfabetização de jovens e adultos; membros em idade escolar fora da escola, entre outros contextos que delimitam a singularidade da família.

O terceiro bloco foi inserido com a intenção de constatar a realidade sócio ocupacional e econômica da família, com a inserção de dados referentes aos membros em idade para trabalhar e sua respectiva renda. A disposição dos dados se deu da seguinte forma (Figura 3):

Figura 3 – Bloco III: Ocupação e Renda do Questionário de avaliação socioeconômica

III - OCUPAÇÃO E RENDA

a) Ocupação

Nome	Situação no mercado de trabalho	Ocupação

Legenda:
- Situação no mercado de trabalho: 1 Empregador 2 Assalariado com carteira assinada 3 Assalariado sem carteira assinada 4 Autônomo com previdência social 5 Autônomo sem previdência social 6 Aposentado/Pensionista 7 Desempregado 8 Não trabalha 9 Servidor público/militar 10 Outro
- Ocupação: 1 Membro das forças armadas, policiais e bombeiros militares 2 membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes 3 profissionais das ciências e das artes 4 técnicos de nível médio 5 trabalhadores de serviços administrativos 6 trabalhadores dos serviços, servidores do comércio em lojas e mercados 7 trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca 8 trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 9 trabalhadores em serviços de reparação e manutenção

Em caso de membro familiar Trabalhador do Campo:

- Trabalha com que tipo de produção? _____
- Há quanto tempo trabalha no campo? _____
- Faz aplicação de agrotóxico? _____ Se sim, há quanto tempo? _____
- Quanto à área de produção rural, a família é: proprietária parceira/meeira
- assentada/acampada posseira arrendatária comodataria beneficiária do Banco da Terra

Observações:

b) Renda Familiar:

Até ½ SM ½ a 2 SM 2 a 4 SM 4 a 9 SM 9 a 15 SM 15 a 30 SM

30 a 60 SM 60 a 100 SM Mais de 100 SM

Números de membros/renda familiar total: _____ per capita

c) Tipos de renda:

Salário

Benefícios socioassistenciais (Qual(is)? _____)

Aposentadoria/Pensão

Seguro-desemprego

outros _____

Observações:

Fonte: imagem formulada pela autora

A intenção da tabela neste bloco foi de explorar os dados ocupacionais dos membros familiares economicamente ativos. Dessa forma, a coluna Situação no mercado de trabalho tem a função de indicar quantos membros estão trabalhando ou não e de que forma, representada pela numeração a seguir: 1 Empregador 2 Assalariado com carteira assinada 3 Assalariado sem carteira assinada 4 Autônomo com previdência social 5 Autônomo sem previdência social 6 Aposentado/Pensionista 7 Desempregado 8 Não trabalha 9 Servidor público/militar 10 Outro.

Já a coluna de ocupação, indica o tipo de trabalho exercido de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, também preenchida de acordo com a numeração correspondente: 1 Membro das forças armadas, policiais e bombeiros militares 2 membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes 3 profissionais das ciências e das artes 4 técnicos de nível médio 5 trabalhadores de serviços administrativos 6 trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados 7 trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca 8 trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 9 trabalhadores em serviços de reparação e manutenção (BRASIL, 2019).

No entanto, para este questionário, é de fundamental importância a ênfase em informações sobre o trabalhador rural, quando for o caso. Por isso, destinou-se um espaço específico para explorar dados referentes ao tipo de produção, tempo de trabalho no campo, uso de agrotóxico e tipo de área destinada para produção. Dados que podem representar informações essenciais para identificar os determinantes sociais de saúde da população do campo, e da família em questão.

Associada às informações sócio ocupacionais, os dados sobre renda familiar é um item que pode traduzir algumas situações de vulnerabilidade econômica e que podem refletir no processo de saúde-doença. Os tipos de renda trarão interpretações no sentido de continuidade da renda ou não.

O bloco IV, tem por objetivo entender as condições de moradia, associando aos dados dos blocos anteriores. Isso porque considera que tais condições exercerão influência positiva ou negativa no bem-estar familiar, inclusive no que diz respeito à prevenção de doenças. A figura 4 mostra os itens selecionados e suas disposições.

Figura 4 – Bloco IV condições de moradia do Questionário de avaliação socioeconômica

IV – CONDIÇÕES DE MORADIA:

a) Situação de moradia/posse de terra:
 Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Assentamento/acampamento área quilombola reserva indígena Situação de Rua Outra _____

b) Tipo de domicílio:
 Casa Apartamento Cômodo Outro _____

c) Número de cômodos: _____

d) Tipo de acesso ao domicílio:
 Pavimento Chão batido Fluvial Outro

e) Material das paredes externas do domicílio:
 Alvenaria/tijolo Taipa Madeira Material aproveitado Palha Barro Adobe Outro _____

f) Possui energia elétrica? _____
 Se sim, a disponibilidade é regular ou irregular? _____

g) Sobre o abastecimento de água:
 Rede encanada até o domicílio Carro pipa Poço/nascente no domicílio Cisterna Outro _____
 A disponibilidade de água é regular ou irregular? _____

h) Forma de escoamento de esgoto
 Rede coletora de esgoto Fossa séptica Fossa Rudimentar Direto para um rio, lago ou mar Céu aberto Outra forma _____

i) Destino do lixo
 Coletado Queimado/enterrado Céu aberto Outro _____

j) Destino das embalagens vazias de agrotóxicos
 Reutilização fossos sanitários Enterradas/queimadas Abandonadas Devolução para fabricante Outro _____

Observações:

Fonte: imagem elaborada pela autora

Os itens deste bloco tiveram como referência o questionário de cadastro domiciliar da atenção básica. Apesar de já ser um dado coletado pelo ACS no momento do cadastro do domicílio junto à família, considera-se que tais informações no questionário possibilitem uma visão ampliada dos tipos de necessidades das quais a família apresenta e que podem demandar maior atenção, inclusive de outras políticas públicas, para além da saúde.

O bloco V foi inserido com o objetivo de mapear algumas dificuldades de acesso à UBS, levando em consideração a distância geográfica, o tempo de espera para atendimento ou para marcação de consulta, o horário de funcionamento, e a necessidade de receber visita domiciliar por alguma questão da realidade social, ou qualquer outro ponto elencado pela família no momento do preenchimento do questionário. Assim, algumas perguntas foram selecionadas para nortear a análise sobre o acesso, conforme a figura 5, abaixo:

Figura 5 – Bloco V Condições de acesso à UBS do questionário de avaliação socioeconômica

V - CONDIÇÕES DE ACESSO À UBS

a) A família possui meio de transporte pessoal? _____

b) Existe linha de transporte público perto do domicílio? _____

c) A família relata facilidade para chegar à UBS? _____

d) Para percorrer a distância entre o domicílio e a UBS demora mais de 15 minutos ou menos?

e) O horário de funcionamento da UBS atende às necessidades da família? _____

f) O tempo de espera para atendimento é considerado razoável pela família? _____

g) Existe alguma dificuldade da família de acessar os serviços de saúde? _____
Se sim, qual? _____

h) A família apresenta alguma situação que necessite de Visita Domiciliar? _____

Observações:

Fonte: elaboração da autora

Considerando as particularidades geográficas do campo, e a falta de transportes públicos e/ou privados para o deslocamento até a UBS, assim como a especificidade de horários do trabalhador do campo, tal bloco foi planejado no sentido de compreender as necessidades relativas diretamente ao serviço de saúde ofertado no território dos usuários do meio rural.

Embora o questionário tenha o intuito de oferecer dados para sustentar um estudo socioeconômico de determinadas famílias, ele se encontra no contexto de garantia ao acesso universal e igualitário à saúde. Por isso, evidenciar as formas de acesso de uma determinada comunidade rural à sua unidade de referência, também é “desenvolver ações significativas no processo de efetivação da garantia de direitos fundamentais e no enfrentamento das expressões da questão social” (MIOTO, 2009: 5).

Por fim, os blocos VI e VII representam o processo de interpretação unilateral do/a assistente social que desencadeia na conclusão do estudo socioeconômico e na formulação de

um parecer social. Tais processos fazem parte da produção do conhecimento de determinada realidade inserida em uma totalidade. Esse conhecimento, assim, é gerado a partir de uma reflexão racional do/a profissional na busca por alternativas para a transformação social.

Dessa forma, o parecer social se utiliza dos dados informados para gerar uma análise prospectiva de desenvolvimento de ações a serem executadas e suas respectivas consequências. Por isso, o profissional pode sugerir a necessidade de encaminhamento de relatórios sociais para outras instituições da rede, ou outras ações que demandam intervenções imediatas.

A evolução social, inserida no último bloco, tem por objetivo explorar o estudo socioeconômico a partir dos dados obtidos no questionário sob a ótica do profissional. É nela que serão descritos os principais aspectos das vulnerabilidades sociais que a família esteja vivenciando.

Figura VI – Bloco VI Parecer/ Intervenção do Serviço Social do Questionário de avaliação socioeconômica

VI – PARECER/INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:

a) Demandas sociais identificadas: (Em que medida a vida no campo ou o local de moradia influencia a demanda identificada?)

b) Intervenções sociais imediatas:

c) Necessita de encaminhamento social? _____. Se sim, para qual instituição da rede?

d) Necessita de relatório social? _____

e) Necessita de retorno continuado? _____

f) Atualizações:

Data	Atualização

Fonte: elaboração própria

Figura VII – Bloco VII Evolução Social do questionário de avaliação socioeconômica

devido às extensões geográficas para acessar todo tipo de política pública. O que significa a necessidade de inserir os elementos “possui aparelho de telefone/celular?” e “tem acesso à internet?” juntamente ao dado sobre telefones para contato.

Outra observação a ser feita é em relação ao item “membros residentes da família”. Como a informação é determinante para o bloco em si e para o questionário como um todo, descrever o número exato de membros pode ser melhor traduzido ao final do estudo, ao invés de relativizar a quantidade entre dois números.

Sobre a escolaridade dos membros da família, sentiu-se a necessidade de incluir um espaço para descrever a série/ano/período escolar concluído pelo membro, uma vez que os níveis de ensino podem não determinar o nível de alfabetização.

O campo de observações no Bloco II foi utilizado em todos os questionários para descrever características sobre as escolas que as crianças frequentam, se utilizam meio de transporte, ou se a composição familiar tem alguma especificidade que não possa ser ressaltada nos campos fechados do questionário.

O Bloco III de ocupação e renda gerou algumas confusões no preenchimento, que podem ser resolvidas se não forem delimitadas conforme a CBO, nem forem preenchidas a partir de números, mas sim especificadas conforme o nome da ocupação ou situação no mercado de trabalho. Também constatou-se que talvez a ordem esteja invertida, uma vez que a ocupação representa o que a pessoa exerce e a situação no mercado de trabalho decorre da ocupação profissional. Além disso, a ocupação referente à pessoa “do lar” não foi elencada como uma da CBO. O que para este questionário deve ser objeto de atenção. Assim, foi retirada a CBO como lista restrita de ocupações, preenchendo conforme o que for dito pelo usuário.

Ainda em relação ao bloco III, no item sobre a aplicação de agrotóxicos, foi percebido no momento da realização um certo desconforto de quem respondia à pergunta, no sentido de entender um julgamento da ação, como uma forma de fiscalização. Por isso, uma alternativa seria modificar a pergunta para “como se dá o combate às pragas, insetos, etc?”.

No bloco IV, referente às condições de moradia, no item sobre a quantidade de cômodos, talvez seja relevante especificar os tipos de cômodos para obter uma melhor análise sobre o espaço, em relação ao número de membros da família, entre outros.

Os demais itens foram preenchidos da melhor forma sem questionamentos ou outro incômodo por parte da pesquisadora e principalmente por parte do usuário.

Com base nessas análises, originou-se a segunda versão do questionário, com os elementos rearranjados, e melhor adaptados, inseridos e/ou modificados com realce, conforme exposto no Apêndice III, para melhor visualização. Ressalta-se, porém, que é uma ferramenta passível de constantes alterações, haja vista a realidade dinâmica existente.

7 CONCLUSÃO

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social na qual se desenvolveu o presente estudo norteou todo o processo de construção do questionário modelo de avaliação socioeconômica, mas, além desta dimensão, o estudo se pautou também em aprofundamentos teóricos e nos princípios éticos, além das posições políticas, tão caras e indissociáveis à prática profissional do/a assistente social.

A formulação e validação do questionário evidenciou a importância de outros instrumentos que podem ser utilizados concomitantemente para o desenvolvimento de ações embasadas pelo conhecimento acurado das condições sociais em que vivem os seus sujeitos destinatários (MIOTO, 2009).

E mais do que um encaminhamento de ações com direções voltadas para os direitos, pensar um instrumento capaz de voltar a atenção para uma população com necessidades específicas e diversas à do meio urbano, é participar de um processo de redução das desigualdades sociais vividas pela população do campo e ampliar o usufruto da cidadania dessas pessoas. Esta constatação reitera o compromisso ético profissional do/a assistente social com o princípio do posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (BRASIL, 1993).

Considera-se que deve ser estimulado o desenvolvimento de pesquisas que avancem no enfrentamento de situações cotidianas do trabalho multiprofissional em saúde do campo, como o caso do instrumento aqui proposto, pois percebe-se tanto a ausência de materiais adequados e adaptados às especificidades da saúde da população do campo, quanto a potência que estas pesquisas têm para desvelar as iniquidades em saúde a que trabalhadores e população dos territórios do campo estão sujeitos.

REFERÊNCIAS

_____. (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO). Classificação Brasileira de Ocupações. Classificação Brasileira de Ocupações. Informações gerais. [S. l.], 1 jan. 2019. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf;jsessionid=7sjDA6Y1FxpSOOfNWK4SFDk2k.slave19:mte-cbo#6>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Decreto nº 6135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. [S. l.], 20 jun. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm. Acesso em: 12 dez. 2020.

_____. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

_____. Decreto nº 8727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm

_____. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html> Acesso em: 20 de junho de 2020.

_____. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de

abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em: 16 de junho de 2020.

_____. Manual de Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. 3 ed. 2017. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/cadastro_unico/Manual_Gestao_Cad_Unico.pdf

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. – 1. ed; 1.reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2013.

_____. Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília - DF, 2017.

_____. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 45, DE 12 DE JANEIRO DE 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf

_____. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. PORTARIA Nº 2.866, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 25 de junho de 2020.

_____. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

_____. Portaria nº 4279/2010 PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

_____. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. Versão 9. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Ministério da Saúde, 2020. Brasília/DF. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf> . Acesso em: 31 de março de 2021.

_____. Relatório do II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 158p p. ISBN: 978-85-334-2189-9.

_____. Relatório Final. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986. Brasília: 1986.

_____. Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para Reflexão. Brasília, 2017.

_____. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

_____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Brasília: Senado Federal; 2009. 512 p

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1707-1714, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021.

Carneiro, FF et al. Dossiê da ABRASCO: Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 30 abril de 2012.1ª. Parte, 98p. CARSON, R. Primavera Silenciosa. São Paulo, Gaia Editora, 2010, 328p.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social: Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão. 10th rev. ed. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2012. 60p p.

COIMBRA JR, Carlos E A. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 52, supl. 1, 2s, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000200200&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. Epub Sep 17, 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html

Deslandes; SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Minayo (org). 33 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

FÁVERO, E. T. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social. São Paulo: Cortez, 2003. p. 9- 51.

Figueiredo EN. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Especialização em Saúde da Família. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf Acesso em: 21 de junho de 2020.

Fleury, Sonia; Ouverney, AM. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 56, n. 1, p. 47-50, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2021.

GIOVANELLA et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1763-1776, Junho 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Junho 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

GIOVANELLA; MENDONÇA. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

GUERRA, Y. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, 2000. Disponível em: <<http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra%20instrumentalid.pdf>>

HEIDARI S; BABOR TM; CASTRO P; TORT S; CURNO M. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. Epidemiol. Serv. Saude, 2017, Ahead of Print. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/2017nahead/2237-9622-ress-s1679-49742017000300025.pdf>

KUSCHNIR ET AL. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. Rosana Oliveira, Roberta Gondim de (Org.) Qualificação de gestores do SUS. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

LOBATO L. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, dez 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia; KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, v. 14, n. 45, p. 137-141, ago. 1994.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. Acesso em: 20 de junho de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

MIOTO, R. C. Estudos socioeconômicos. In: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.481-496.

Mioto; Nogueira Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. Regina Célia Tamaso Mioto1 Vera Maria Ribeiro Nogueira. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009

OPAS (BRASIL). Folha informativa - Programa Mais Médicos. [Internet] OPAS Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347> Acesso em: 16 de junho de 2020.

Paim JS, Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [periódico na Internet]. 2010 Ago [citado 2020 Jun 14] ; 12(2): 109-114. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt

Paim, Jairnilson. O que é o SUS? Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro. - Ed. Fiocruz, 2009.

PEREIRA, CN; CASTRO, NC. Educação: contraste entre o meio urbano e o meio rural no Brasil. boletim regional, urbano e ambiental | 21 | jul.-dez. 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9661/1/BRUA21_Ensaio5.pdf

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Nome social ajuda usuários a se identificarem na rede pública de saúde. 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/nome-social-ajuda-usuarios-a-se-identificarem-na-rede-publica-de-saude/>

SILVA ET AL. Contribuições do Programa Mais Médicos e da Estratégia Saúde da Família no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. In: Campo, Floresta e águas: práticas e saberes em saúde/ org, Fernando Ferreira Caneiro Vanira Matos Pessoa, Ana Cláudia de Araújo Teixeira. – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2017. Disponível em: http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2019/01/LivroObteia_NOV2018_Vers%C3%A3oWEB.pdf

SOUSA, CT. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf>

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de junho de 2020

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

VASCONCELOS, AM. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: Vasconcelos AM. de. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, D.F: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf>

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a),

esta pesquisa é sobre **“A formulação de instrumento de estudo socioeconômico como qualificação do processo de trabalho do serviço social na saúde da população do campo”** e está sendo desenvolvida por **Camila Lima Nogueira**, Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase da População do Campo da Escola Fiocruz de Governo – FIOCRUZ Brasília, sob a orientação do(a) Tutora(a) **Etel Matiolo**.

O objetivo do estudo é **elaborar um instrumento de estudo socioeconômico voltado para a política de saúde da população do campo, que fará parte da atuação da Assistente Social**. A finalidade deste trabalho é **contribuir para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, danos agravos e riscos e o tratamento, por meio de estudo baseado em um instrumento capaz de identificar os elementos da realidade social e econômica do usuário**.

Solicitamos a sua colaboração para *responder ao instrumento durante o atendimento da Assistente Social*, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Esta pesquisa tem como benefícios a melhoria do atendimento do Serviço Social, de acordo com as características da população do campo, que possa entender mais a realidade dos usuários. O senhor(a) terá benefícios para além dos resultados e de forma contínua, uma vez que o instrumento resultante do estudo estará disponível na UBS 04 para ser utilizado a qualquer momento e por qualquer profissional do Serviço Social em demandas específicas da saúde da população do campo.

A pesquisa também apresenta alguns riscos, tais como: **possíveis desconfortos ao responder as questões do formulário, vergonha, insegurança, incômodos no geral devido às perguntas específicas sobre sua realidade**. No entanto, será garantido **maior tempo para as respostas, a ausência de resposta das questões que estiverem incomodando, a realização**

da pesquisa em outro momento, ou a desistência da pesquisa a qualquer momento. Também será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com o estabelecido em lei. Por se tratar de um teste no atendimento do Serviço Social agendado, a participação na pesquisa não implicará em custos adicionais para o participante.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo pela pesquisadora. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Brasília, ____ de ____ de ____.

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora (61) 995959332 ou pelo email camila.limanog@gmail.com, de segunda a sexta, das 8h às 18. Ou entrar em contato com o Comitê de Ética da Fiocruz Brasília pelo telefone (61) 3329-4607/3329-4638, ou pelo e-mail: cepbrasil@fiocruz.br e/ou para o telefone 3325-4940 ou email comitedeetica.secretaria@gmail.com.

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – VERSÃO 1 (População do Campo)

Data: ___/___/_____

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ <small>(Responsável familiar)</small>	
Nome Social: _____	
Data de Nascimento: ___/___/_____	Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Gênero: <input type="radio"/> Mulher cis (1) <input type="radio"/> Homem Cis (1) <input type="radio"/> Mulher trans (2) <input type="radio"/> Homem Trans (2) <input type="radio"/> Não Binário (3)	
<input type="radio"/> Prefere não se classificar <input type="radio"/> Prefere Não responder <input type="radio"/> Outro _____	
<small>(1) Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer (2) Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer (3) Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem mulher</small>	
Raça/cor: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	
Endereço: _____	Microárea: _____
Telefones: _____	
Nacionalidade: _____	
Naturalidade: _____	
Estado Civil: _____	

II - COMPOSIÇÃO FAMILIAR E ESCOLARIDADE

a) Membros residentes da família:			
<input type="radio"/> 1 a 2 pessoas <input type="radio"/> 3 a 4 pessoas <input type="radio"/> 5 a 6 pessoas <input type="radio"/> 7 a 8 pessoas <input type="radio"/> Mais de 8 pessoas			
b) Características da família			
Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche?____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche?____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche?____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior

			<input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____) <input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)

- Algum membro da família possui deficiência? _____ Se sim, qual deficiência? _____

- Algum membro da família possui dificuldades de locomoção? _____

Observações:

III - OCUPAÇÃO E RENDA

a) Ocupação

Nome	Situação no mercado de trabalho	Ocupação

Legenda:

- Situação no mercado de trabalho: **1** Empregador **2** Assalariado com carteira assinada **3** Assalariado sem carteira assinada **4** Autônomo com previdência social **5** Autônomo sem previdência social **6** Aposentado/Pensionista **7** Desempregado **8** Não trabalha **9** Servidor público/militar **10** Outro

- Ocupação: **1** Membro das forças armadas, policiais e bombeiros militares **2** membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes **3** profissionais das ciências e das artes **4** técnicos de nível médio **5** trabalhadores de serviços administrativos **6** trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados **7** trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca **8** trabalhadores da produção de bens e serviços industriais **9** trabalhadores em serviços de reparação e manutenção

Em caso de membro familiar Trabalhador do Campo:

- Trabalha com que tipo de produção? _____
- Há quanto tempo trabalha no campo? _____
- Faz aplicação de agrotóxico? _____ Se sim, há quanto tempo? _____
- Quanto à área de produção rural, a família é: proprietária parceira/meeira
- assentada/acampada posseira arrendatária comodatária beneficiária do Banco da Terra

Observações:

b) Renda Familiar:

- Até ½ SM ½ a 2 SM 2 a 4 SM 4 a 9 SM 9 a 15 SM 15 a 30 SM
- 30 a 60 SM 60 a 100 SM Mais de 100 SM

Números de membros/renda familiar total: _____ per capita

c) Tipos de renda:

- Salário
- Benefícios socioassistenciais (Qual(is)? _____)
- Aposentadoria/Pensão
- Seguro-desemprego
- outros _____

Observações:

IV – CONDIÇÕES DE MORADIA:

a) Situação de moradia/posse de terra:

- Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Assentamento/acampamento área quilombola reserva indígena Situação de Rua
- Outra _____

b) Tipo de domicílio:

- Casa Apartamento Cômodo Outro _____

c) Número de cômodos: _____

d) Tipo de acesso ao domicílio:

- Pavimento Chão batido Fluvial Outro

e) Material das paredes externas do domicílio:

- Alvenaria/ tijolo Taipa Madeira Material aproveitado Palha Barro Adobe

Outro _____

f) Possui energia elétrica? _____

Se sim, a disponibilidade é regular ou irregular? _____

g) Sobre o abastecimento de água:

Rede encanada até o domicílio Carro pipa Poço/nascente no domicílio Cisterna

Outro _____

A disponibilidade de água é regular ou irregular? _____

h) Forma de escoamento de esgoto

Rede coletora de esgoto Fossa séptica Fossa Rudimentar Direto para um rio, lago ou mar

Céu aberto Outra forma _____

i) Destino do lixo

Coletado Queimado/enterrado Céu aberto Outro _____

j) Destino das embalagens vazias de agrotóxicos

Reutilização fossos sanitários Enterradas/queimadas Abandonadas Devolução para fabricante Outro _____

Observações:

V - CONDIÇÕES DE ACESSO À UBS

a) A família possui meio de transporte pessoal? _____

b) Existe linha de transporte público perto do domicílio? _____

c) A família relata facilidade para chegar à UBS? _____

d) Para percorrer a distância entre o domicílio e a UBS demora mais de 15 minutos ou menos?

e) O horário de funcionamento da UBS atende às necessidades da família? _____

f) O tempo de espera para atendimento é considerado razoável pela família? _____

g) Existe alguma dificuldade da família de acessar os serviços de saúde? _____

Se sim, qual? _____

h) A família apresenta alguma situação que necessite de Visita Domiciliar? _____

Observações:

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – VERSÃO 2 (População do Campo)

Data: __/__/____

I - IDENTIFICAÇÃO

<p>Nome: _____ (Responsável familiar)</p> <p>Nome Social: _____</p> <p>Data de Nascimento: __/__/____ Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M</p> <p>Gênero: <input type="radio"/> Mulher cis (1) <input type="radio"/> Homem Cis (1) <input type="radio"/> Mulher trans (2) <input type="radio"/> Homem Trans (2) <input type="radio"/> Não Binário (3)</p> <p><input type="radio"/> Prefere não se classificar <input type="radio"/> Prefere Não responder <input type="radio"/> Outro _____</p> <p><small>(1) Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer (2) Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer (3) Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem mulher</small></p> <p>Raça/cor: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena</p> <p>Endereço: _____ Microárea: _____</p> <p>Possui aparelho de telefone/celular? _____ Possui internet em casa ou no celular? _____</p> <p>Telefones para contato: _____</p> <p>Nacionalidade: _____</p> <p>Naturalidade: _____</p> <p>Estado Civil: _____</p>

II - COMPOSIÇÃO FAMILIAR E ESCOLARIDADE

a) Membros residentes da família: _____

b) Características da família

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental: _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio: _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)
			<input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Médio _____ano/série <input type="checkbox"/> Ensino Superior _____ <input type="checkbox"/> Fora da idade escolar (Creche? ____)

- Algum membro da família possui deficiência? _____ Se sim, qual deficiência? _____

- Algum membro da família possui dificuldades de locomoção? _____

Observações:

III - OCUPAÇÃO E RENDA

a) Ocupação

Nome	Ocupação	Situação no mercado de trabalho

Em caso de membro familiar Trabalhador do Campo:

- Trabalha com que tipo de produção? _____
- Há quanto tempo trabalha no campo? _____
- Como se dá o controle das pragas? _____
- Se fizer uso de agrotóxico: há quanto tempo? _____

- Quanto à área de produção rural, a família é: proprietária parceira/meeira
- assentada/acampada posseira arrendatária comodatária beneficiária do Banco da Terra

Observações:

b) Renda Familiar:

- Até ½ SM ½ a 2 SM 2 a 4 SM 4 a 9 SM 9 a 15 SM 15 a 30 SM
- 30 a 60 SM 60 a 100 SM Mais de 100 SM

Números de membros/renda familiar total: _____ per capita

c) Tipos de renda:

- Salário
- Benefícios socioassistenciais (Qual(is)? _____)
- Aposentadoria/Pensão
- Seguro-desemprego
- outros _____

Observações:

IV – CONDIÇÕES DE MORADIA:**a) Situação de moradia/posse de terra:**

- Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação
- Assentamento/acampamento área quilombola reserva indígena Situação de Rua
- Outra _____

b) Tipo de domicílio:
 Casa Apartamento Cômmodo Outro _____

c) Número de cômodos: _____

d) Tipo de cômodo: Sala: ___ Cozinha: ___ Banheiro: ___ Quartos: ___ Outros: _____

e) Tipo de acesso ao domicílio:
 Pavimento Chão batido Fluvial Outro

f) Material das paredes externas do domicílio:
 Alvenaria/ tijolo Taipa Madeira Material aproveitado Palha Barro Adobe
 Outro _____

g) Possui energia elétrica? _____
 Se sim, a disponibilidade é regular ou irregular? _____

h) Sobre o abastecimento de água:
 Rede encanada até o domicílio Carro pipa Poço/nascente no domicílio Cisterna
 Outro _____
 A disponibilidade de água é regular ou irregular? _____

i) Forma de escoamento de esgoto
 Rede coletora de esgoto Fossa séptica Fossa Rudimentar Direto para um rio, lago ou mar
 Céu aberto Outra forma _____

j) Destino do lixo
 Coletado Queimado/enterrado Céu aberto Outro _____

k) Destino das embalagens vazias de agrotóxicos
 Reutilização fossos sanitários Enterradas/queimadas Abandonadas Devolução para fabricante Outro _____

Observações:

V - CONDIÇÕES DE ACESSO À UBS

a) A família possui meio de transporte pessoal? _____

b) Existe linha de transporte público perto do domicílio? _____

c) A família relata facilidade para chegar à UBS? _____

d) Para percorrer a distância entre o domicílio e a UBS demora mais de 15 minutos ou menos?

e) O horário de funcionamento da UBS atende às necessidades da família? _____

f) O tempo de espera para atendimento é considerado razoável pela família? _____

g) Existe alguma dificuldade da família de acessar os serviços de saúde? _____
 Se sim, qual? _____

h) A família apresenta alguma situação que necessite de Visita Domiciliar? _____

Observações:

VI – PARECER/INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:

a) Demandas sociais identificadas: (Em que medida a vida no campo ou o local de moradia influencia a demanda identificada?)

b) Intervenções sociais imediatas:

c) Necessita de encaminhamento social? _____. Se sim, para qual instituição da rede?

d) Necessita de relatório social? _____

e) Necessita de retorno continuado? _____

f) Atualizações:

Data	Atualização

VII – Evolução Social
