

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

BEATRIZ APARECIDA OLIVEIRA DA SILVA
MARCELLA SANCHES PERES

VISITA DOMICILIÁRIA: UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTO PARA CAPTAÇÃO
DE NECESSIDADES DE SAÚDE

São Paulo
2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente aos nossos pais Marluce de Araújo Oliveira da Silva, Jose Francisco da Silva (em memória), Claudia de Freitas Sanches Peres e Claudio Garcia Peres, pois sem eles nada disso seria possível.

Dedicamos ao projeto de extensão Jornada Universitária da Saúde da Universidade de São Paulo por fazer parte de nossa trajetória acadêmica, contribuindo com nossa formação profissional.

Ao grupo Visita Domiciliar 2019 dedicamos este trabalho realizado com muito carinho e admiração por todos que fizeram parte deste projeto e nos permitiram abordar o questionário elaborado pelo grupo. Aos integrantes do grupo: Amanda Lira, Ana Clara Araújo, André Barbosa, Beatriz Ostan, Beatriz Zanini, Bianca Tomita, Dayane Gomes, Gabriela de Castro, Gabriela Izabel, Giovana Chaves, Ismin Cordeiro, Juliana Cristina, Larissa Carmo, Lidia Midori, Lucas Campos, Lucas Domingos, Maria Fernanda, Nicole Liviero e às incríveis coordenadoras Karolina Silva e Sabina Maria.

Dedicamos este trabalho a todos que infelizmente não tiveram a chance de vivenciar a Universidade Pública, mas saibam que cada palavra desta monografia é para vocês também.

E por último, mas não menos importante, dedicamos esta monografia e toda a experiência que tivemos durante esses anos na Universidade de São Paulo ao Sistema Único de Saúde, pois sem um sistema de saúde universal, integral e igualitário não teríamos adquirido o conhecimento, habilidades e humanização que possuímos hoje.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos manter fortes e corajosas durante todo este processo, pelas nossas famílias que nos apoiaram e nos encorajaram durante os anos da graduação. Sem o esforço de vocês para nos manterem na Universidade durante estes anos, não teríamos chegado até o fim. Obrigada por toda ajuda, por todo incentivo e por todo o amor que nos transmitem.

(Em memória) Aos nossos entes e amigos queridos que se foram (durante esses anos) também somos gratas e sentimos falta das suas vidas aqui na terra desde o momento que partiram até o dia de hoje, mas sabemos que guiam nossos passos e olham por nós.

Aos nossos companheiros de jornada da vida e da graduação, agradecemos por todo carinho, apoio, amizade, parceria e força que nos deram durante os anos. Sem este afeto e acolhimento não teríamos conseguido concluir esta etapa tão importante de nossas vidas. Nos sentimos honradas pela amizade de vocês e orgulhosas por sermos amigas de pessoas tão incríveis. Agradecemos também aos nossos animais de estimação que foram nossos companheiros por tantas madrugadas, dando apoio e alegria nas horas mais precisas.

Agradecemos à Professora Doutora Helena Akemi Wada Watanabe, responsável pelo projeto de extensão Jornada Universitária da Saúde. Assim como a Coordenação 2019 pelo companheirismo durante o ano de 2019. Agradecimento especial à população de Fernando Prestes e a todos que de alguma forma colaboraram para nossa formação acadêmica durante o período que estivemos na cidade.

Agradecemos a todo o corpo docente, discente e profissionais que cruzaram nossos caminhos nesses últimos anos. Gostaríamos também de agradecer aos pacientes que cuidamos e demonstraram bondade ao serem atendidos por nós, expressando paciência, empatia e muito carinho, vocês foram parte essencial da nossa formação.

E por fim, mas não menos importante, agradecemos de coração à nossa querida orientadora Professora Carla Andrea Trapé pelos ensinamentos, paciência e por levar este trabalho de uma forma tão leve, você é nossa inspiração como pessoa, enfermeira e docente, será uma honra ser sua colega de profissão.

*“Eu não estou aceitando as coisas que eu não posso mudar, estou mudando as
coisas que eu não posso aceitar”*
Angela Davis

Silva BAO, Peres MS. Visita Domiciliária: uma proposta de instrumento para levantamento de necessidades de saúde [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: O objeto do presente trabalho é o processo de desenvolvimento de um instrumento para captação de necessidades em saúde em visita domiciliária. Os grupos sociais possuem necessidades que precisam ser satisfeitas para que a vida continue, mas visto que as necessidades se concretizam nos indivíduos das diferentes classes sociais de maneira desigual, pode-se dizer que necessidades são necessidades de reprodução social. Uma vez que estas necessidades se dão de forma desigual, os grupos sociais também possuem diferentes potenciais de fortalecimento e desgaste resultando em diferentes formas de adoecer. A fim de atender essas necessidades faz-se necessário reconhecer as formas de trabalhar e de viver das famílias dos territórios, dado que o território é onde vivem as famílias e se configura o campo de práticas em saúde coletiva. Tendo em vista a importância da leitura das necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, considera-se a visita domiciliária como um instrumento essencial para esse processo de reconhecimento de necessidades de reprodução social. **Objetivos:** Apresentar o processo de elaboração de um instrumento de captação de necessidades a ser aplicado em visitas domiciliares. **Metodologia:** Realizou-se a descrição das atividades realizadas pelo grupo Visita Domiciliar do projeto de extensão Jornada Universitária da Saúde da Universidade de São Paulo, que a partir de oficinas de discussão, construiu um instrumento de visita domiciliária para captação de necessidades na cidade de Fernando Prestes, município escolhido pelo projeto de extensão. **Resultado:** O processo de construção do instrumento passou por diversas etapas que envolveram embasamento teórico dos envolvidos para a compreensão das necessidades em saúde para além de seus aspectos biológicos e a visita domiciliária como importante instrumento de saúde coletiva para a captação dessas necessidades. Desde sua criação até o seu desfecho, o instrumento passou por reformulações para que fosse possível captar as necessidades de reprodução social e de participação política dos indivíduos e famílias do território de Fernando Prestes. **Conclusão:** A descrição das etapas demonstrou que o processo trilhou a perspectiva de uma construção conjunta segundo o referencial da educação emancipatória e o processo permitiu o aprimoramento do instrumento inicial incorporando conceitos de saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Visita domiciliar. Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Atenção Primária à Saúde.

Silva BAO, Peres MS. Home Visit: a proposal for an instrument to survey health needs. [monography]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: The object of the present work is the process of developing an instrument to capture health needs during home visits. Social groups have needs that need to be satisfied in order for life to continue, but since the needs are realized in individuals of different social classes in an unequal way, it can be said that the needs are needs of social reproduction. Since these needs occur unevenly, social groups also have different potentials for strengthening and wastage resulting in different ways of becoming ill. In order to meet these needs, it is necessary to recognize the ways of working and living by families in the territories, given that the territory is where families live and the field of public health practices is configured. In view of the importance of reading the needs of individuals, families and the community, home visits are considered an essential tool for this process of recognizing the needs of social reproduction. **Objective:** To present the process of elaborating an instrument to capture needs to be applied in home visits. **Method:** The realization of this work is based on the description of the activities carried out by the Home Visit group of the extension project University Journey of Health of the University of São Paulo, which built a home visit instrument to capture needs and health intervention the city of Fernando Prestes, county chosen by the extension project. **Results:** The process of building the instrument went through several stages that involved a theoretical basis for those involved in understanding health needs in addition to their biological aspects and home visits as an important collective health instrument to capture these needs. From its creation to its conclusion, the instrument underwent reformulations so that it was possible to capture the needs of social reproduction and political participation of individuals and families in the territory of Fernando Prestes. **Conclusions:** The description of the steps demonstrated that the process traced the perspective of a joint construction according to the emancipatory education framework and the process allowed the improvement of the initial instrument incorporating collective health concepts.

KEYWORDS: House calls. Needs Assessment. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	NECESSIDADE DE SAÚDE COMO NECESSIDADE DE REPRODUÇÃO SOCIAL.....	10
1.2	A JORNADA UNIVERSITÁRIA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	13
1.3	VISITA DOMICILIÁRIA COMO INSTRUMENTO DE CAPTAÇÃO DE NECESSIDADES E INTERVENÇÃO EM SAÚDE.....	16
2.	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3.	METODOLOGIA.....	25
3.1	LOCAL DA INTERVENÇÃO: O CONTEXTO DA CIDADE DE FERNANDO PRESTES.....	25
3.2	OFICINAS DE DISCUSSÃO COM OS JORNADEIROS.....	26
4.	COMITÊ DE ÉTICA.....	28
5.	DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VD.....	29
5.1	OFICINAS DE DISCUSSÃO SOBRE OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA SAÚDE COLETIVA PARA EMBASAMENTO DAS AÇÕES.....	29
5.2	REUNIÕES ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO VISITA DOMICILIÁRIA PARA DISCUSSÃO DOS ESBOÇOS DO INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE.....	32
5.3	VISITA DE RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO ONDE SERIA APLICADO O INSTRUMENTO.....	34
5.4	DISCUSSÃO PARA O APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO APÓS VISITA AO TERRITÓRIO.....	37
5.5	FINALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO E DISCUSSÃO SOBRE SUA APLICAÇÃO.....	39
6.	DISCUSSÃO.....	41

7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
8.	REFERÊNCIAS.....	47

O presente trabalho de conclusão de curso é fruto do desenvolvimento de uma das atividades de extensão da Jornada Universitária da Saúde da Universidade de São Paulo (JUS-USP) da qual as autoras desempenharam o papel de coordenação de um dos eixos, durante o ano de 2019. Tem o objetivo de relatar o processo de elaboração de um instrumento para levantamento de necessidades em saúde em visitas domiciliares (VD). As ações da JUS foram desenvolvidas em uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

1.1 NECESSIDADE DE SAÚDE COMO NECESSIDADE DE REPRODUÇÃO SOCIAL

O objeto do presente trabalho é o processo de desenvolvimento de um instrumento para captação de necessidades em saúde em visita domiciliária.

Necessidade, para Marx e Engels (1993), é o que precisa ser satisfeito para que a vida continue. A satisfação dessa necessidade se concretiza no produto de um processo de trabalho. Dessa forma, existe uma circularidade entre a necessidade e o processo de trabalho gerado para atender a essa necessidade (Mendes-Gonçalves, 2017).

A finalidade do trabalho deveria ser o aprimoramento das necessidades humanas, porém, a partir da preponderância do capitalismo nas formações sociais, a relação do trabalho para responder às necessidades humanas foi substituída pela finalidade de produção de excedentes e do lucro (Antunes, 2000).

Foi assim que a hegemonia do modo de produção capitalista nas formações sociais determinou intensa modificação em aspectos fundamentais das estruturas da sociedade - em especial, nas relações entre os homens por meio do trabalho (Mendes-Gonçalves, 2017).

Nessa perspectiva, como as necessidades se concretizam nos indivíduos das diferentes classes sociais de maneira desigual, pode-se dizer que necessidades dos indivíduos são necessidades de reprodução social (Mendes-Gonçalves, 2007).

Além disso, como diferentes classes apresentam diferentes inserções no trabalho e na vida com potenciais de fortalecimento e desgaste específicos também são diferentes as formas de adoecer para cada grupo social (Breilh, 2015).

Com base nessa compreensão, define-se que os diferentes padrões ou características de saúde-doença que se concretizam no corpo biopsíquico dos indivíduos têm sua gênese nas condições materiais da vida cotidiana, ou seja, nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais (Breilh, 2015).

Assim, *necessidades de saúde* também dizem respeito às necessidades de reprodução social, uma vez que os gradientes de saúde expressos no corpo

biopsíquico dos indivíduos são consequência da inserção destes na reprodução social. (Campos, Soares, 2013)

Portanto, para uma intervenção efetiva em Saúde Coletiva deve-se realizar uma leitura de necessidades de saúde que capte as formas de reprodução social dos indivíduos e suas famílias pois estas constituem a base do processo saúde-doença (as diferentes formas de produzir e de consumir na sociedade) (Campos, Mishima, 2005). Para que as necessidades de reprodução social sejam atendidas é imprescindível que o Estado se faça presente - necessidade de presença do Estado - e para tanto devem existir movimentos reivindicatórios dos grupos organizados da sociedade civil que exijam tal presença -necessidade de participação política (Campos, Mishima, 2005).

No entanto, necessidades de saúde estão quase sempre referidas à assistência, representada pela procura e pela oferta de ações nos serviços de saúde (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 1996). O usuário busca nos serviços de saúde algo, uma ação advinda dos trabalhadores, que resolva ou ao menos mitigue o problema que o levou àquele serviço.

A partir desta compreensão teórica, justifica-se a afirmação de que necessidades em saúde não são sinônimo de necessidades de serviços de saúde, pois estes responderão apenas parte das necessidades em saúde das famílias. É preciso reconhecer as formas de trabalhar e de viver das famílias, com seus característicos potenciais de fortalecimento/desgastes das classes e frações de classes (grupos sociais) das famílias que residem num dado território (Campos, Soares, 2013)

Nessa perspectiva, o território é onde se criam formas de atendimento das necessidades dos indivíduos e grupos sociais por meio tanto de instituições públicas quanto pela mobilização social. Se configura em espaço geossocial, que segundo Milton Santos, é fruto da interação entre “sistemas de objetos” e “sistemas de ações”. Sistemas de objetos condicionam como se dão as ações e o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos já existentes (Santos, 2001).

Assim, existem processos políticos, econômicos e culturais que produzem desigualdades e são conduzidos por diversos agentes coletivos que compõem a sociedade e que atuam no território com finalidades variadas. Nessa perspectiva, as

configurações dos territórios expõem determinados grupos sociais a maiores ou menores chances de adoecer. Dependendo das formas de trabalhar, de viver e de acesso a equipamentos sociais, tais chances aumentam ou diminuem (Nakano, Koga, 2013).

É no território onde vivem as famílias e no qual se configura o campo de práticas em saúde coletiva, que os estudantes e trabalhadores da saúde podem aprender a ler necessidades de saúde ampliadas. E a visita domiciliária (VD) se coloca como importante instrumento nesse processo (Campos, Mishima, 2005).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017) a VD compõe o processo de trabalho dos profissionais dos serviços, entre eles o enfermeiro. Se constitui em uma de suas atribuições pois compete a ele

“realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade” (PNAB, 2017).

Entretanto, na Estratégia de Saúde da Família muitas vezes esse instrumento assume um caráter normativo e protocolar com a intenção de realizar prescrições de condutas para mudança de hábitos e estilo de vida (Ribeiro, 2012).

Por outro lado, autores como Campos et al. (2014) apontam que a VD pode proporcionar o levantamento de diversas questões do território, resultando, por meio de reuniões com a população, na participação de trabalhadores da USF na organização e reivindicação coletiva de ações que promovam transformações do território e atendimento às necessidades ampliadas junto a instâncias do governo municipal. Nessa perspectiva a VD pode fornecer subsídios para ações intersetoriais e práticas emancipatórias que originem mobilização e participação social dos moradores do bairro.

Diante da potencialidade da VD como instrumento do processo de trabalho em saúde, o presente trabalho buscará apresentar o processo de construção de um instrumento de captação de necessidades a ser aplicado em visitas domiciliárias em um município do interior de São Paulo. Esse processo foi organizado dentro de um conjunto de ações realizadas pela Jornada Universitária da Saúde, projeto de extensão da Universidade de São Paulo (USP).

1.2 A JORNADA UNIVERSITÁRIA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A Jornada Universitária da Saúde (JUS) é um projeto de extensão da Universidade de São Paulo (USP) pautado em uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional junto à comunidade, com enfoque na promoção e educação em saúde e fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto, que existe na Universidade desde 2007, atua em ciclos trienais em municípios do interior do Estado de São Paulo e é construído por estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Saúde Pública e Terapia Ocupacional.

Assim como a Extensão Universitária possui o objetivo de aproximar a Universidade da comunidade, a JUS interage com os mais diversos setores da sociedade. Tornando-se então um espaço de troca de saberes, práticas, cotidianos e vivências, sejam elas profissionais ou não, entre alunos e população.

No intuito de contribuir com o desenvolvimento do futuro profissional de saúde que é formado durante os anos de graduação, a Jornada possui como objetivos:

“1 - Sensibilização para a importância do trabalho interprofissional e interdisciplinar para desenvolvimento de ações que visam a integralidade do cuidado e a humanização das práticas em saúde; 2 - Capacitação dos jorneiros para a elaboração de ações de promoção e educação em saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, com foco no bem estar biopsicossocial da população alvo; 3 - Desenvolvimento de habilidades de comunicação tanto com a equipe interprofissional quanto com a população, adequando-se ao contexto sociocultural em que a JUS estiver inserida; 4 - Vivência e reconhecimento da realidade de saúde pública, social, econômica e política no município, fomentando uma postura de comprometimento ético e político com as necessidades de saúde da população; 5 - Propiciar o contato do estudante de graduação com a pesquisa acadêmica” (Jornada Universitária da Saúde da USP, 2019).

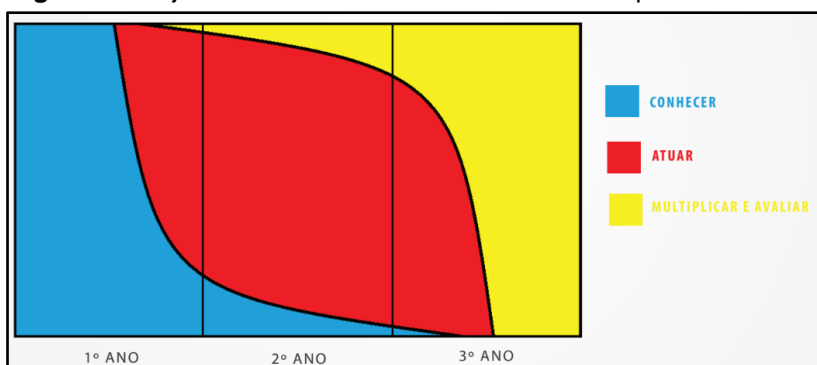
A Jornada se organiza em ciclos de três anos em cada município selecionado segundo critérios pré-estabelecidos por coordenações anteriores e reavaliados pela coordenação vigente: a cidade precisa estar dentro do Estado de São Paulo; localizada em um raio de até 450 km da cidade de São Paulo; possuir população de até 10 mil habitantes; apresentar 100% de cobertura pela ESF; apresentar Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) maior que 0,7 e baixo índice de violência além de poder dispor de estrutura para receber 100 alunos durante a semana de imersão.

Em cada ano de atuação existem objetivos específicos a serem cumpridos. O primeiro ano pauta-se na obtenção de dados a fim de conhecer a cidade, sua estrutura, equipamentos sociais, redes de atenção e características da população considerando suas demandas, potencialidades e fragilidades. Conhecer o local de atuação auxilia na construção das atividades ao longo do ano e é de extrema importância pois possibilita a captação de necessidades de intervenção de modo a causar impacto positivo na população. Nesse momento os objetivos e propostas da Jornada Universitária são apresentados aos munícipes.

O segundo ano do projeto é sempre voltado para realizar as intervenções a partir do diagnóstico do território e fortalecer os vínculos criados anteriormente. No terceiro e último ano de cada ciclo são realizadas avaliações do processo, proposição de novas ações e empoderamento de agentes multiplicadores que dêem continuidade às ações elaboradas pela JUS e em conjunto com a comunidade ao longo da construção do ciclo.

Vale evidenciar que as metas de cada etapa não são exclusivas e sendo assim, se relacionam entre si durante o ciclo em sua totalidade, como mostra a figura:

Figura 1 - Objetivos dos três anos do ciclo no município selecionado pela JUS-USP.



Fonte: Jornada Universitária da Saúde da Universidade de São Paulo, 2019.

Com o propósito de abranger o maior número de pessoas e esferas de um município, a JUS se ramifica em seis grupos de trabalho, formados heterogeneamente por estudantes de todos os cursos integrantes do Projeto: Grupo Adolescentes, Grupo Crianças, Grupo Escola, Grupo Serviços de Saúde, Grupo Social e Grupo Visitas Domiciliares. Cada grupo é responsável por criar, planejar e executar atividades de promoção e educação em saúde para o público-alvo correspondente, em concordância com os espaços existentes e disponíveis na cidade.

Os grupos escolares (Adolescentes, Crianças e Escola) buscam trabalhar, a partir de demandas previamente coletadas e/ou que surgem durante a imersão, com adolescentes, crianças, docentes, equipe profissional e quadro de apoio, nas escolas da cidade. O relatório de 2019 da Jornada Universitária da Saúde mostrou que a infraestrutura das atividades do grupo Adolescentes partiu de *“um conhecimento sobre o outro e seus entornos, autorreflexão das potencialidades, protagonismo do adolescente e, por último, a realização e apropriação do vivenciado”* (Jornada Universitária da Saúde da USP, 2019). Já o Grupo Crianças

“buscou conhecer as crianças e suas demandas, estabelecer vínculos com elas e, principalmente, proporcionar encontros sejam eles entre os jornadeiros e as crianças, entre as crianças, entre as crianças e a escola ou com elas mesmas, além de observar a dinâmica e a interação entre elas e apresentar o projeto”. (Jornada Universitária da Saúde da USP, 2019)

O grupo Escola, por sua vez, se propôs a realizar

“atividades que visem despertar as potencialidades desses indivíduos, que são protagonistas e autônomos em seus processos de construção de saúde, e trabalhar as potencialidades desses corpos que compõem a escola, mais especificamente estudantes, familiares, professores, funcionários da limpeza e do refeitório, dentre outros” (Jornada Universitária da Saúde da USP, 2019).

O grupo Serviços de Saúde foi responsável pelo trabalho com usuários, profissionais de saúde e equipe gestora dos equipamentos de saúde existentes na cidade, como a Unidade Básica de Saúde, Conselho Gestor e Conselho Municipal de Saúde, a fim de *“favorecer o cuidado”* e trabalhar com o *“fortalecimento do vínculo entre profissionais”*, usuários, gestores e serviços (Jornada Universitária da Saúde da USP, 2019).

O grupo Social, como não possui público-alvo específico, trabalhou o território de forma ampla e com os mais variados temas, como

“a criação e fortalecimento de vínculo da JUS com a cidade, dos moradores com a cidade, moradores entre moradores, promover e valorizar o lazer, promover a apropriação de espaços públicos, estimular a participação social da população, e principalmente conhecer o máximo da população” (Jornada Universitária da saúde da USP, 2019).

O Grupo Visitas Domiciliares, foco deste trabalho, é responsável pela elaboração de instrumento a ser aplicado nas residências do município, objetivando alcançar o contato inicial e levantar as necessidades em saúde da população.

A coordenação em 2019 foi composta por 3 (três) coordenadores do curso de Enfermagem, 3 (três) da Fisioterapia, 3 (três) da Fonoaudiologia, 2 (dois) da Medicina, 2 (dois) da Nutrição, 3 (três) da Saúde Pública e 2 (dois) da Terapia Ocupacional.

Ao final de cada ano as atividades realizadas são apresentadas em uma plenária na qual também são apresentadas as propostas para o ano seguinte.

1.3 VISITA DOMICILIÁRIA COMO INSTRUMENTO DE CAPTAÇÃO DE NECESSIDADES E INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Para identificar a produção científica sobre visita domiciliar como instrumento de intervenção em saúde realizou-se busca de trabalhos na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) usando os descritores de assunto “visita domiciliar” e “enfermagem”.

Foram lidos na íntegra 22 artigos (Quadro 1) do total de 183 textos resultantes do cruzamento dos descritores “visita a domicílio”; “visita domiciliar”; “visitas domiciliares”; com o descritor “enfermagem”. Foram incluídos apenas artigos científicos e artigos de revisão que fossem exclusivamente sobre enfermagem com o objetivo de compreender, analisar, quantificar dados sobre a visita domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Não foram lidos na íntegra artigos cujo resumo já apresentasse abordagem exclusivamente biológica relacionada à aplicação de protocolos clínicos voltados para controle e monitoramento de doenças, já que se buscou identificar a potencialidade da visita domiciliar voltada para captação de necessidades em saúde.

Foram ainda excluídas teses de doutorado, dissertação de mestrado, relatórios, monografias, artigos em outros idiomas e trabalhos aos quais não foi possível acessar o documento inteiro.

Quadro 1- Produção científica a respeito da visita domiciliar. São Paulo, 2020.

Artigo	Principal resultado
Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da Estratégia Saúde da	Os resultados demonstraram que a prática da visita domiciliar ainda tem sido realizada de forma fragmentada, sem a presença de toda a equipe, e focada no indivíduo doente.

Família. Rev Cienc Cuid Saude. 2011	
Alves MP, Santos SSC. Um olhar sobre o trabalho dos agentes comunitários da saúde: a visita domiciliar. Rev Baiana de Enfermagem. 2007	A visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) contemplou, portanto, as orientações do Ministério da Saúde, embora não tenham sido seguidas na íntegra. É preciso, entretanto, que o ACS compreenda e aceite seguir amplamente o recomendado, para valorizar ainda mais a visita domiciliar e torná-la uma prática efetiva.
Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Rev Cogitare Enferm. 2009	A visita domiciliar apresenta potencial para fortalecer o cuidado familiar; criação de vínculo dos profissionais com a comunidade; espaço de construção coletiva da equipe de saúde e cuidado mais humanizado.
Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014	Observou-se interação baixa entre enfermeiro e agente comunitário de saúde na visita domiciliar. A sobrecarga de trabalho e a violência estão entre as principais dificuldades identificadas para a realização da visita domiciliar. Evidenciou-se um planejamento da visita domiciliar assistemático.
Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades X potencialidades. Rev Cienc Cuid Saude. 2010	As dificuldades relatadas pelos autores se referiram, principalmente, à falta de capacitação e treinamento. A prática da educação em saúde do enfermeiro se torna eficaz no momento da visita. Além disso, a visita domiciliária é um instrumento de trabalho que pode contribuir com a organização do processo de trabalho do enfermeiro.
Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface - Comunic, Saude, Educ. 2013	Resultados da pesquisa destacam o imprevisto dos profissionais frente à precariedade das condições de trabalho e aos desafios impostos cotidianamente para a realização das visitas e para lidar com demandas que emergem no território.

Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções da família. Rev Saúde Soc São Paulo. 2010	Os resultados mostraram que a visita domiciliária, apesar de apresentar limitações devido à concentração em torno de práticas curativistas direcionadas aos indivíduos, que tornam secundárias a produção de autonomia e a corresponsabilização das famílias no cuidado à saúde, foi concebida como importante meio de aproximação entre as famílias e a ESF.
Santos EM, Morais SHG. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. Rev Cogitare Enferm. 2011	A visita domiciliar como instrumento do processo de trabalho em saúde, em especial, na Atenção Primária à Saúde, se constitui num elemento facilitador para o acesso por parte dos usuários aos serviços públicos de saúde e se apresenta como uma forma integral de assistir, em que as reais necessidades de cada indivíduo/família podem ser identificadas.
Gomes MFP, Fracoli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Rev O Mundo da Saúde. 2015	O enfermeiro enfrenta uma sobrecarga de trabalho de atividades burocráticas o que o impede de fazer e programar a atenção domiciliar, o que prejudica a atenção integral à saúde da população.
Galassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma síntese operacional. ABCS Health Sci. 2014	A Atenção Domiciliar tem se apresentado como um modelo de atenção complementar de grande potencial para a organização, para a qualificação e para o ganho de eficiência, efetividade e eficácia por parte dos processos de cuidado em saúde na atenção básica, particularmente na ESF.
Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Rev	I. A visita domiciliar permitiu um olhar in loco da realidade do usuário do SUS explicitando a distribuição desigual de infraestrutura e saneamento entre as zonas urbana e rural. A VD se constitui em importante instrumento na ESF, identificando determinantes do processo saúde-doença percebidos no ambiente em que vivem as famílias e possibilitando promoção da saúde por meio da educação em saúde.

Ciência & Saúde Coletiva. 2007	
Mano MAM. Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. Rev APS. 2009	A visita domiciliar deve se constituir como prática valiosa com produção de saberes e subjetividades e, cada vez mais, outras ciências e saberes podem ser incorporados como elementos na construção de um conhecimento sensível e transformador.
Borges FR, Avelino CCV, Costa LCS, Lourenço DS, Sá MD, Goyatá SLT. Ensino sobre visita domiciliar a estudantes universitários. Rev Rene. 2017	A principal estratégia de ensino para estudantes universitários da área da saúde é a inserção precoce para o acompanhamento direto de famílias por meio de visitas domiciliares.
Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero T. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi: um relato de experiência. Rev Cienc Cuid Saude. 2012	A visita domiciliar se apresentou como ferramenta potente para a classificação do risco familiar a partir da aplicação de duas escalas. Os resultados apontaram que 86% das famílias foram consideradas sem risco e 14% apresentaram algum risco.
Fernandes M, Duarte MLC, Schmalfuss JM. Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial. Rev Cogitare Enferm. 2014	Conclui-se sobre a importância de os gestores de saúde proporcionarem recursos materiais e humanos suficientes para atender às demandas das visitas domiciliares, além de possibilitarem formação para a realização da estratégia de cuidado no domicílio.
Marin MJS, Gomes R, Junior ACS,	Os usuários apontam como positivo o fato de que a atuação dos estudantes vai além do cuidado com um

<p>Nunes CRR, Cardoso CP, Otani MP, Moravcik MY. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2011</p>	<p>corpo biológico, evidenciando a importância das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde. Como limitação da VD, os usuários indicam a necessidade de sua maior organização e planejamento.</p>
<p>Heisler ED, Silva EB, Costa MC, Jahn AC, Arboit J. Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situações de violência. Rev Cienc Cuid Saude. 2017</p>	<p>A visita domiciliar apresenta potencialidade para identificar situações de violência contra as mulheres e observar as relações conjugais e familiares no ambiente doméstico. Como limites, constatou-se a presença do agressor como elemento intimidador dificultando a abordagem, a sobrecarga de trabalho na unidade e pouco tempo para abordar a questão.</p>
<p>Oliveira SG, Kruse MHL, Cicoella DA, Velleda KL. Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia de biopolítica. Revista Uruguaya de Enfermería. 2018</p>	<p>A VD como estratégia biopolítica tem por objetivo rastrear problemas de saúde para intervir, conhecer para melhor governar e identificar para prevenir problemas que venham afetar a população. Deve utilizar instrumentos estatísticos, não apenas para quantificar a população, mas para estabelecer a quantidade de procedimentos necessários para legitimar uma assistência em saúde com qualidade efetivando as políticas de saúde. Assim a VD pode ser um instrumento de identificação de necessidades da população.</p>
<p>Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Rev Cienc Cuid Saude. 2008</p>	<p>É extremamente necessário que os profissionais de saúde se proponham a rever e repensar a visita domiciliar como uma tecnologia de trabalho na qual se desvelam e se vislumbram diferentes modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde.</p>

<p>Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Rev Epidemiol. Serv. Saúde. 2014</p>	<p>O estudo identificou que a Ficha B - instrumento de caracterização das condições de saúde das famílias utilizado pelos profissionais da ESF - se mostrou instrumento útil para acompanhamento das famílias.</p>
<p>Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Rev Texto Contexto Enferm. 2008</p>	<p>A visita é concebida como um meio importante de aproximação entre o Programa de Saúde da Família e as famílias, favorecendo o acesso aos serviços, a construção de novas relações entre os usuários e a equipe e a formação de vínculo entre estes.</p>
<p>Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2014</p>	<p>Identificou-se que a visita domiciliária, prática protocolar, ampliou seu escopo e identificou determinantes do processo saúde-doença, desencadeando na Unidade de Saúde da Família práticas emancipatórias. Essa ampliação ocorreu porque o projeto de cuidado intencionalizado ampliou o objeto tradicional dos serviços de saúde.</p>

Identifica-se, a partir dos estudos, que a visita domiciliária é um potente instrumento para atender às necessidades de saúde da população (Gaíva, Siqueira, 2011; Alves, Santos, 2007; Kebian, Acioli, 2014; Menezes et al, 2012; Marin et al, 2011; Mandú et al, 2008) e que para tanto deve envolver indivíduo, família e comunidade (Gaíva, Siqueira, 2011; Drulla et al, 2009; Kebian, Acioli, 2014). A visita domiciliária possibilita a criação de vínculo e promove corresponsabilidade entre serviço e família (Alves, Santos, 2007; Drulla et al, 2009; Sossai, Pinto, 2010; Cruz,

Bourget 2010, Cunha, Sá, 2013; Santos, Morais, 2011; Fernandes, Duarte, Schmalfuss, 2014; Heisler et al, 2017; Mandú et al, 2008; Lopes, Saupe, Massaroli, 2008) exigindo integração entre os membros da equipe de saúde (Sossai, Pinto, 2010; Cunha, Sá, 2013) e articulação de saberes e projetos de intervenção interdisciplinares para cada família (Drulla et al, 2009; Kebian, Acioli, 2014) sendo espaço potente para processos de educação em saúde (Sossai, Pinto, 2010; Azeredo et al, 2007; Fernandes, Duarte, Schmalfuss, 2014; Lopes, Saupe, Massaroli, 2008).

Os estudos ainda indicam a visita domiciliar como uma esfera que se dirige além das estruturas físicas do serviço de saúde (Menezes et al, 2012; Andrade et al, 2014) e permite a inserção de estudantes da área de saúde em contextos reais, facilitando a aprendizagem profissional e das tecnologias leves de cuidado (Borges et al, 2017; Marin et al, 2011).

Apesar dos aspectos positivos citados pelos artigos, alguns autores citam fatores limitantes à realização das visitas domiciliares no território e reforçam a importância da organização desta atividade. A falta de recursos, sejam humanos ou físicos, a sobrecarga de trabalho, alta demanda de atendimentos dentro da unidade, a falta de tempo e a violência dentro da comunidade levam à diminuição da realização das visitas domiciliares (Drulla et al, 2009; Kebian, Acioli, 2014; Sossai, Pinto, 2010; Gomes, Fracolli, Machado, 2015; Fernandes, Duarte, Schmalfuss, 2014).

Importante ressaltar que grande parte das ações incluindo as educativas previstas durante as visitas domiciliares estão voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação focados em aspectos biológicos da doença (Gaíva, Siqueira, 2011; Alves, Santos, 2007; Drulla et al, 2009; Kebian, Acioli, 2014; Sossai, Pinto, 2010; Cunha, Sá, 2013; Cruz, Bourget, 2010; Santos, Morais, 2011; Gallassi et al, 2014; Menezes et al, 2012; Oliveira et al, 2018). Ressalta-se que Sossai e Pinto (2010) afirmam que muitas vezes o trabalho mantém seu caráter restrito de tratamento da doença instalada e centrada no trabalho médico (Cunha, Sá, 2013; Cruz, Bourget, 2010; Santos, Morais, 2011). Nessa perspectiva, atender necessidades em saúde se restringe à atuação sobre fatores de risco e mudança de comportamento no sentido de prevenir e tratar a doença em uma perspectiva multifatorial (Mano, 2009). Os estudos não relacionam o processo saúde-doença com o perfil de reprodução social e assim a leitura de necessidades fica restrita ao levantamento de problemas de saúde.

Ainda que o estudo de Kebian e Acioli (2014) aborde a dimensão social das necessidades de saúde o faz no âmbito dos determinantes sociais que na verdade se restringe a fatores sociais (escolaridade, renda) e se distanciam do referencial da determinação social da saúde que relaciona os perfis de saúde-doença com a inserção de classe dos grupos sociais e famílias. Na mesma direção, discute-se a importância da visita domiciliar como instrumento que possibilite identificar a realidade de vida das pessoas, suas necessidades e limites (Cunha, Sá, 2013; Azeredo et al, 2007; Borges et al, 2017; Fernandes, Duarte, Schmalfuss, 2014; Heisler et al, 2017; Oliveira et al, 2018; Lopes, Saupe, Massaroli, 2008), entretanto propõe intervenções restritas ao âmbito da relação interpessoal entre trabalhador e usuário e ao planejamento de intervenções que se adapte às limitações de cada família, categorizando-as em mais ou menos vulneráveis a fim de priorizar o cuidado familiar (Menezes et al, 2012), sem questionamentos sobre a realidade social onde a família está inserida e as possibilidades coletivas de transformação.

O trabalho que supera essa perspectiva é o de Campos et al (2014) na qual se identificou que a visita domiciliar superou a perspectiva protocolar e voltou-se para a identificação dos elementos determinantes do processo saúde-doença, proporcionando a implementação de práticas emancipatórias. As práticas desenvolvidas em uma Unidade de Saúde da Família, entre elas a Visita Domiciliar e reuniões dos trabalhadores, possibilitaram a construção coletiva da compreensão dos moradores e trabalhadores da Unidade sobre o direito à saúde e as políticas sociais, bem como subsidiaram a mobilização para reivindicar esses direitos. As visitas trouxeram elementos que embasaram discussões que visavam garantir a possibilidade de fala a todos, aprofundar a compreensão das causas do problema e auxiliar na definição dos encaminhamentos para as próximas ações incorporando outros equipamentos sociais no processo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar o processo de elaboração de um instrumento de captação de necessidades a ser aplicado em visitas domiciliárias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as etapas de desenvolvimento do instrumento;
- Apresentar o aprimoramento do instrumento proposto no início do processo comparando-o com o instrumento final que foi aplicado no município eleito para as ações da JUS.

3. METODOLOGIA

3.1 LOCAL DA INTERVENÇÃO: O CONTEXTO DA CIDADE DE FERNANDO PRESTES

A cidade escolhida para dar início ao ciclo 2019-2021 foi a de Fernando Prestes. O município que possui 5.534 habitantes, localiza-se a noroeste do Estado de São Paulo e pertence à microrregião de Jaboticabal. É formada pela sede e pelo Distrito de Agulha (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019).

A economia da cidade é baseada no comércio local e nos chamados “barracões de Hortifruti”, responsáveis pela distribuição de frutas, legumes e verduras para cidades localizadas ao redor (Fernando Prestes, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, 24,7% da população fernando-prestense possuía ocupação trabalhista e o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de dois salários-mínimos. Ao passo que em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), indicador do desenvolvimento humano através das dimensões longevidade, educação e renda, atingiu o número 0,758 ((Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019)

No setor da educação, a cidade possui quatro Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), duas Escolas de Educação Infantil (EMEI) e uma Pré-Escola, totalizando sete unidades de ensino (Fernando Prestes, 2019). Apresentou taxa de escolarização de seis a quatorze anos de idade de 96,5% em 2010. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010)

No setor da saúde, Fernando Prestes possui uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família que conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A cidade conta ainda com um Pronto Atendimento 24 horas e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). (Fernando Prestes, 2019).

Existem dois Centros de Convivência do Idoso (CRI), em que essa população pode realizar atividades gratuitas que visam a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A rede de atenção também é composta por um Centro de Referência de Assistência Social, unidade responsável por organizar e oferecer serviços socioassistenciais para o município (Fernando Prestes, 2019).

Em relação a espaços de lazer existem quatro praças e dois lagos pela cidade, sendo esses os locais de encontro e descanso disponíveis para a população (Fernando Prestes, 2019).

O distrito de Agulha - divisão administrativa ligada ao Município de Fernando Prestes - também foi alvo das atividades realizadas durante a imersão da Jornada Universitária da Saúde no município, incluindo as visitas domiciliares. O distrito possui uma Unidade Básica de Saúde, duas Unidades de Ensino e um Centro de Convivência do Idoso.

3.2 OFICINAS DE DISCUSSÃO COM OS JORNADEIROS

Diante da complexidade da intervenção os coordenadores da JUS identificaram a necessidade dos jornadeiros de participarem de oficinas de discussão sobre as ferramentas de intervenção em saúde coletiva, tais como a visita domiciliária e a educação emancipatória, com vistas a instrumentalizar os jornadeiros para captação de necessidades de saúde.

Soares et al. (2018) consideram a oficina emancipatória como caminho privilegiado para discutir trabalho pois traz para o espaço de discussão diferentes experiências com a finalidade de transformar o cotidiano de trabalho por meio da ressignificação do objeto, instrumentos e finalidade do processo de trabalho.

O referencial teórico que apoia a caracteriza o processo de oficinas emancipatórias é o da educação em saúde emancipatória que busca proporcionar que os sujeitos envolvidos no processo identifiquem as necessidades de reprodução social e em conjunto construam intervenções capazes de transformar uma determinada realidade social. Nessa perspectiva a educação emancipatória se apresenta como processo de trabalho educativo com objeto, instrumentos e finalidade. O objeto é conformado pelo conhecimento dos envolvidos no processo sobre a relação entre o adoecimento e os perfis de reprodução social dos grupos sociais do qual fazem parte. A finalidade seria a construção de conhecimento sobre as possibilidades de

transformação desses perfis, via principalmente participação política. Os instrumentos devem atender a esse objeto e finalidade sendo as oficinas de discussão potentes ferramentas (Almeida, Trapé, Soares, 2013).

Diferentemente das formações em saúde oferecidas como capacitação, as oficinas não constituem uma proposta de qualificação para as tarefas. Proporciona a construção coletiva e a reflexão sobre os processos de trabalho por meio da interação entre coordenador(a) da oficina e participantes, possibilitando que estes participantes sejam autores do próprio trabalho (Soares et al., 2018).

O processo a que se refere o presente trabalho foi sendo planejado conforme as necessidades explicitadas pelos estudantes e se organizaram em algumas etapas. Se constituíram em espaços de discussão e foram desenvolvidas à luz da educação emancipatória tendo sido coordenadas por uma professora convidada da Escola de Enfermagem que tinha experiência no desenvolvimento de pesquisas sobre educação em saúde.

4. COMITÊ DE ÉTICA

Por não envolver coleta de dados primários no trabalho, não houve a necessidade de se submeter o trabalho ao comitê de ética.

5. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VD

O processo desenvolveu-se por meio de encontros de reflexão, aprimoramento teórico, reconhecimento de instrumento utilizado em VD na AB, para então elaborar um instrumento pautado nos conceitos abordados. As etapas a seguir serão descritas minuciosamente na sequência.

- 5.1. Discussão de conceitos de saúde coletiva que fundamentaram a construção do instrumento de VD.
- 5.2. Análise de uma primeira versão de instrumento que comporia um roteiro de VD na Atenção Básica.
- 5.3. Visita de reconhecimento do território que constitui área de abrangência de UBS.
- 5.4. Discussão das necessidades em saúde não contempladas no roteiro de VD analisado anteriormente e de propostas para o aprimoramento do mesmo.
- 5.5. Apresentação para debate e ajustes finais do instrumento.

5.1 OFICINAS DE DISCUSSÃO SOBRE OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA SAÚDE COLETIVA PARA EMBASAMENTO DAS AÇÕES

No início de maio de 2019 três coordenadoras da JUS solicitaram a uma docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP apoio para discutir conceitos fundamentais da saúde coletiva que os embasassem em relação à construção de um questionário para a realização de inquéritos de saúde na cidade de Fernando Prestes. Havia conhecido a docente em uma palestra sobre Educação Emancipatória organizada pela própria JUS no início do ano.

Nessa primeira reunião se discutiu o propósito das oficinas que seriam realizadas juntamente com os demais participantes da jornada componentes do Grupo Visita Domiciliar. As coordenadoras relataram o conteúdo de saúde coletiva que vinham sedimentando em seus cursos de graduação (enfermagem, fonoaudiologia e

enfermagem) e apresentaram dúvidas a respeito de como promover uma ação que causasse impacto na realidade de saúde da população da cidade para a qual iriam viajar e realizar a intervenção.

Decidiu-se que seriam necessárias oficinas para a construção coletiva do instrumento e para embasar discussões a respeito da visita domiciliária como potente instrumento para captação das necessidades em saúde e intervenção a partir do referencial da educação emancipatória.

Nessa perspectiva a docente e as coordenadoras optaram por discutir com todo o grupo o conceito de necessidades de saúde que seria adotado e as bases da educação em saúde emancipatória.

A primeira oficina ocorreu no final de maio e dela participaram, além das três coordenadoras, aproximadamente quinze jornadeiros com duração de uma hora e meia. Nesse encontro foram discutidas as dúvidas dos estudantes relativas às possíveis abordagens de educação em saúde. Foi discutido que a educação em saúde se constitui em processo de trabalho educativo e que assim apresenta objeto, instrumentos e finalidades que dependerão do referencial teórico na qual se embasam e no conceito de saúde-doença que ilumina o recorte do objeto. O quadro 2 apresenta a síntese realizada pelo grupo a partir da discussão.

Quadro 2 - Síntese produzida pelos participantes da oficina sobre Educação Emancipatória como instrumento da Saúde Coletiva que envolveu estudantes membros da JUS. São Paulo, 2019

Oficina: Educação Emancipatória como instrumento da Saúde Coletiva

Objetivo: discutir as abordagens de educação em saúde e a educação em saúde emancipatória considerando os diferentes objetos da saúde e da educação.

Estratégia: Leitura e discussão do texto: ALMEIDA, Alva H.; TRAPÉ, Carla A.; SOARES, Cassia B. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: SOARES, Cassia B.; CAMPOS, Célia M.S. (org.). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013. p.293-322.

Participantes: estudantes de graduação membros da JUS

Duração: 1h30min

Síntese do grupo:

- Entre os tipos de educação em saúde existentes no Brasil encontra-se majoritariamente o modelo de Educação em Saúde Tradicional, que entende o processo de saúde-doença apenas como a presença/ausência de doenças, então a pessoa saudável é aquela que não possui nenhuma doença. Neste modelo, o educador é considerado a pessoa com o maior conhecimento técnico-científico, no

qual o preceptor transmite seus saberes e o educando absorve, sem que haja troca de saberes entre os dois elementos.

- Similarmente há a escola de Educação em Saúde da Moderna Saúde Pública em que a troca de informações se mantém de forma direta, porém o processo de saúde-doença é compreendido como resultante de múltiplos fatores no âmbito psicossocial do indivíduo mascarando a relação entre desigualdade social e o adoecimento dos grupos.

- Em oposição aos modelos de educação em saúde Tradicional e da Moderna Saúde Pública, manifesta-se a Educação em Saúde da Saúde Coletiva, a Educação Emancipatória. Esta abordagem compreende a educação como “um fenômeno socialmente determinado” no qual o acesso à ela “dependente da inserção social dos sujeitos” e explica que além do eixo técnico-científico, o eixo político é importante para compreensão da realidade e reflexão diante da origem dos problemas em saúde e as raízes sociais do processo de saúde-doença.

- A Educação Emancipatória propõe não somente capacitar o indivíduo para o trabalho, mas também sensibilizar e instrumentalizar os grupos sociais para se posicionar e questionar os problemas sociais, assim como apoiar o acesso e a luta pelos direitos e melhores condições de trabalho, vida e saúde.

Após essa primeira oficina decidiu-se que seria necessário discutir como a visita domiciliária poderia ser desenvolvida de forma a propiciar a educação emancipatória e identificar as necessidades de saúde. Durante a discussão identificou-se que deveria ser retomado o conceito de necessidades de saúde. Sendo assim, foi programada uma segunda oficina para o final de junho para a qual foi indicada a leitura de um texto de apoio sobre a potencialidade da visita domiciliar para a captação de necessidades. O encontro contou com a participação de aproximadamente 10 estudantes e durou cerca de duas horas. A síntese produzida pelo grupo encontra-se no quadro abaixo.

Quadro 3 - Síntese produzida pelos participantes da oficina sobre Visita Domiciliar como instrumento de intervenção em saúde coletiva que envolveu estudantes membros da JUS. São Paulo, 2019.

Oficina: Visita Domiciliar como instrumento de intervenção em saúde coletiva

Objetivo: Discutir sobre necessidades de saúde e a visita domiciliar como instrumento de captação de necessidades.

Estratégia: Leitura e discussão dos textos:

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, Aug. 2005

CAMPOS, Celia Maria Sivalli et al. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento

de necessidades de saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 48, n. spe, p. 119-125, Aug. 2014.

Participantes: estudantes de graduação membros da JUS

Duração: 2h00min

Síntese do grupo:

- Os determinantes sociais de saúde incidem sobre a distribuição e manifestação desigual das doenças e agravos que atingem a comunidade. As práticas emancipatórias incitam a mobilização social como mecanismo de questionamento das relações sociais e busca por melhorias das condições do território.
- A VD como instrumento da ESF é uma prática que supera o âmbito individual e estende-se aos determinantes sociais do coletivo, a fim de aprimorar as necessidades de saúde.
- Necessidades de saúde não são somente necessidades de serviços de saúde. Incluem necessidades relacionadas às condições de trabalho dignas, acesso à moradia, infraestrutura urbana, lazer, educação e são diferentes para as diferentes classes sociais. Também se referem às necessidades de presença do Estado e participação política.
- Ao mesmo tempo que a VD atua no cuidado em saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, ela também exerce a função de explorar a heterogeneidade das necessidades em saúde da população para fornecer elementos para a intervenção na raiz dos problemas de saúde.

Após o segundo encontro, o grupo decidiu organizar reuniões para a discussão dos esboços do instrumento de levantamento de necessidades em saúde.

5.2 REUNIÕES ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO VISITA DOMICILIÁRIA PARA DISCUSSÃO DOS ESBOÇOS DO INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE

Para a construção da primeira versão do instrumento que ocorreu antes das duas oficinas descritas acima, os estudantes se dividiram em subgrupos de 3 a 4 pessoas para sugerirem questões relacionadas à caracterização sobre condições de trabalho, lazer, saúde, saúde mental, alimentação e crenças religiosas.

No quadro seguinte (quadro 4) apresenta-se a primeira versão que foi sofrendo mudanças a partir das discussões e dos resultados das viagens para reconhecimento do território de atuação. Algumas questões do instrumento abaixo tais como a questão do uso de medicamentos e automedicação foram incluídas pois o gestor de saúde

local de Fernando Prestes explicitou já nos primeiros contatos que a coordenação fez com a secretaria municipal de saúde que gostaria que esse tema fosse abordado pelos jornadeiros junto à população. Isso porque havia a percepção por parte deles de que ocorria uso excessivo de medicação sem indicação médica pela população. Da mesma forma foram incluídas perguntas sobre alimentação devido ao aumento da prevalência de obesidade segundo a mesma fonte.

Quadro 4 - Elementos que compuseram o esboço do instrumento para o levantamento de necessidades. São Paulo, 2019.

1. Dados sócio-demográficos

- a. Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Naturalidade: brasileiro ou estrangeiro?
 Estado e município de origem:
 Em relação a pele, você se considera: () Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena () Prefiro não declarar
 b. Com quem você mora?
 c. Qual a sua participação na vida econômica do grupo familiar?
 () Não trabalho e sou sustentado por minha família ou outras pessoas
 () Trabalho e sou sustentado parcialmente por minha família e outras pessoas
 () Trabalho e sou responsável apenas pelo meu próprio sustento
 () Trabalho, sou responsável pelo meu próprio sustento e ainda contribuo parcialmente para o sustento da família
 () Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família
 () Outra situação. Qual?
 d. Quantas pessoas, contando com você, contribuem para a renda familiar?
 e. Quantas pessoas, contando com você, vivem da renda da sua família?
 f. Qual o seu grau máximo de escolaridade?
 () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
 () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
 () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo
 () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós- Doutorado

2. Cultura e Lazer:

- a. O que é lazer para você?
 b. O que você faz nos seus momentos de lazer? Quais locais frequenta? Outras pessoas também frequentam?
 c. Você prefere realizar essas atividades sozinho ou tem companhia?

3. Condições de saúde e cuidado

- a. O que é saúde para você?
 b. Você acha importante as pessoas cuidarem da própria saúde?
 c. Como você diria que está a sua saúde?
 d. De que forma você cuida da sua saúde?
 e. Quando alguém na casa fica doente, como você ajuda essa pessoa?
 f. (Em caso de não ter citado medicamento nas duas anteriores): Quando você usa medicamentos?
 g. Costuma esperar por prescrição médica para tomar remédios, ou se automedica?
 h. Além desses remédios, você toma algum de uso contínuo?
 i. Você se considera uma pessoa dependente dos remédios que toma?
 j. É fácil adquirir os medicamentos que você toma? Normalmente os compra ou pega na UBS? As farmácias exigem receita?
 k. Como você classifica seu sono: ótimo, bom, regular, ruim.
 l. Qual era o seu sonho, ou plano de vida, há alguns anos atrás?
 m. Você sente que ele foi realizado?
 n. Você se sente satisfeito com a sua vida atual?
 o. O que você mudaria na sua vida para que ela melhorasse?

- p. O que te impede de realizar as mudanças que julga necessárias para essa melhoria? Se você já está fazendo algum tipo de mudança, o que te levou a isso?
- q. Possui algum medo relacionado à família, trabalho, futuro, ou a qualquer outro aspecto da sua vida?
- r. Você tem alguma expectativa para o futuro?
- s. Qual você diria que é a sua maior qualidade? E o maior defeito?
- t. O que é cuidado para você?
- u. Como você cuida dos outros?
- v. Como você se cuida?
- w. O que você faz no tempo livre?
- x. Você considera ter uma boa relação com sua família e amigos?
- y. Como é a dinâmica familiar? Existe alguma função específica de cada morador?
- z. Quais as principais atividades que considera importante em sua rotina? Alguma delas é realizada junto a algum familiar?

4. Serviços de saúde:

- a. Você e sua família utilizam o serviço público de saúde da cidade?
- b. (Em caso de resposta negativa) O que te fez deixar de procurar esses serviços?
- c. Quais motivos te levam a procurar esses serviços?
- d. Você se sente bem acolhido e atendido pelos profissionais?
- e. Existe algum vínculo entre você e os serviços ou os profissionais de saúde?
- f. Quais são os pontos positivos dos serviços de saúde oferecidos (o que funciona)?

5. Alimentação:

- a. Quais são os alimentos de sua preferência? E o que vocês ingerem mais frequentemente em casa?
- b. Quantos copos de água você consome por dia?
- c. Você costuma realizar todas as refeições básicas (café da manhã, almoço e janta)? Qual é a duração de cada refeição e o intervalo entre elas?
- d. Você costuma ler o rótulo dos alimentos?
- e. Você consome alimentos industrializados com que frequência?

6. Crenças religiosas:

- a. Você é adepto a alguma religião? Se sim, qual? Participa de reuniões da sua religião, com qual frequência o faz?
- b. Você se considera uma pessoa que tem fé, independentemente de sua religião?
- c. Qual é a importância de sua fé/religião para você? Como ela o auxilia no enfrentamento de seus desafios pessoais?
- d. O quanto sua fé influencia nos seus sonhos e tomadas de decisões?
- e. A sua fé influencia na sua saúde, seja nos âmbitos espiritual, físico, social, psíquico etc.? Como?

7. Expectativa em relação ao projeto:

- a. Quais são as intervenções que você espera que a JUS realize nos próximos anos?

5.3 VISITA DE RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO ONDE SERIA APLICADO O INSTRUMENTO

Antes da viagem de imersão, que foi realizada em setembro de 2019, alguns coordenadores realizaram visitas na cidade denominadas pré-viagem. Essas visitas têm o intuito de conversar com a administração da cidade, colher demandas, conhecer um pouco mais sobre a cidade, os serviços de saúde, educação e o alojamento onde os estudantes ficaram acampados.

A primeira pré-viagem ocorreu logo após a primeira oficina sobre educação emancipatória e os jornadeiros se prepararam para levantar algumas informações

junto à gestão local de saúde e representantes da sociedade civil, para além de dados sobre faixa etária, sexo e doenças mais prevalentes. Foram incluídas questões como:

- A cidade tem “bairros” ou regiões com pior desenvolvimento socioeconômico?
- Distritos: como é feita essa divisão? São áreas rurais?
- Existem aspectos que diferenciam os distritos? Perfil socioeconômico de cada distrito. Existem pessoas em situação de rua? Tem um perfil específico?
- Qual a base alimentar da cidade? Como esses alimentos chegam. Qual o consumo em relação ao próprio fornecimento agrícola da cidade?
- Qual a perspectiva de trabalho na cidade, no que as pessoas trabalham?
- Especialmente qual é a perspectiva para jovens e mulheres.

Durante essa primeira visita diversas informações foram obtidas sendo que se esperava que outras seriam melhor respondidas após a aplicação do questionário.

Existem dois bairros Jardim Luchetti 1 e 2, que são conhecidos como Morro do Macaco e Vila da Enchente que possuem o perfil socioeconômico mais carente em relação aos outros bairros, principalmente em comparação ao Planalto 1 e 2 que são conhecidos como a parte mais desenvolvida socialmente.

A cidade de Fernando Prestes e o seu único distrito Agulha, são majoritariamente urbanos, existe uma pequena área rural, mas sem população residente.

A grande maioria dos jovens em idade economicamente ativa, desloca-se para cidades vizinhas maiores tanto para o término dos estudos (faculdade) quanto para exercer sua profissão, visto que as ocupações de trabalho da cidade giram em torno do serviço público (saúde e educação) ou na lavoura.

Alguns adultos ocupam vagas em usinas em cidades vizinhas e em pequenas fábricas localizadas ao redor de Fernando Prestes.

A agricultura local é forte e “acessível”, mas foi relatado que há grande consumo de processados.

Nessa primeira visita o secretário municipal da saúde apontou os principais problemas de saúde da cidade: abuso de drogas, alta prevalência de hipertensão, aumento dos casos de câncer em idosos, gravidez na adolescência, automutilação

entre adolescentes de 12 a 15 anos, subnotificação de violência doméstica, alta prevalência de obesidade e alta prevalência de automedicação.

Identifica-se que os elementos apontados pelo gestor se restringem aos resultados do processo saúde-doença, focados na dimensão biológica ou relacionados ao comportamento individual dentro da perspectiva da multifatorialidade. Sendo assim, os membros do Grupo VD identificaram a necessidade de conhecer melhor o território e compreender melhor os perfis de trabalho e vida dos diferentes grupos sociais do território de forma a entender como as questões apontadas acima pelo gestor se colocam diante dos diferentes perfis de reprodução social. Essa necessidade levou então a uma nova pré-viagem e forneceu subsídios para as alterações no instrumento que seria aplicado nas visitas domiciliares programadas para os moradores que ocorreram em setembro.


A segunda pré-viagem ocorreu durante dois dias das férias de julho em que duas coordenadoras da JUS (sendo uma do grupo VD) organizaram um cronograma de visitas com o representante da secretaria de saúde. No primeiro dia conheceram a UBS da cidade e visitaram o território junto com a ACS de uma das áreas da ESF, durante a visita conversaram com algumas famílias, entraram em algumas casas e divulgaram o projeto estudantil, além de conseguir levantar informações importantes para a finalização do questionário. Também conseguiram visitar o distrito de Agulha, conversar com as agentes comunitárias de saúde sobre a população que ali residia e informações importantes para a realização das atividades do grupo visita domiciliar, como por exemplo, melhores horários para visita domiciliar, abordagem e apresentação do projeto, já que era a primeira vez da JUS na cidade e a população poderia estranhar e não aceitar a VD. Além disso, realizou um melhor reconhecimento de ruas, de famílias em situações de vulnerabilidade social, áreas com maior índice de idosos e pessoas acamadas, além das áreas onde os residentes trabalhavam durante todo o dia, não havendo ninguém para receber a VD.

Essa segunda pré-viagem foi de extrema importância já que as coordenadoras do grupo puderam observar melhor o território e identificar que tipos de informações precisariam compor o instrumento de captação de necessidades que seria aplicado nas futuras visitas domiciliares.

5.4 DISCUSSÃO PARA O APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO APÓS VISITA AO TERRITÓRIO

Após as oficinas e viagens, o instrumento passou por um processo de reformulação que resultou no questionário aplicado em Fernando Prestes (Figura 1). Foram acrescentadas informações para compor melhor o perfil de reprodução social das famílias a partir de informações sobre as formas de trabalhar (tipo de ocupação, situação de trabalho e qualificação para o trabalho) e formas de viver (propriedade da moradia, acesso à água, luz e esgoto e número de cômodos para dormir). Nessa perspectiva buscou-se se aproximar da captação de necessidades de reprodução social. Também foram acrescentados elementos de caracterização do território e perguntas que possibilitariam obter informações sobre a participação política da população do território com vistas a identificar as necessidades de participação política.

Quadro 5 - Instrumento para levantamento de necessidades elaborado e utilizado pelo grupo Visita Domiciliar da Jornada Universitária da Saúde da USP, 2019.

<p>JORNADA UNIVERSITÁRIA DA SAÚDE UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO QUESTIONÁRIO - VISITA DOMICILIAR Fernando Prestes - 2019</p>	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO JORNADEIRO</p>	
<p>Nome Jornadeiro VD: Nome Jornadeiro visitante e grupo: Zona de ACS abordada território: Data: __/09/2019</p>	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO MORADOR ENTREVISTADO</p>	
<p>Nome Completo: Endereço: Naturalidade (Cidade e Estado): Estado Civil: Raça/Cor autodeclarada: Sexo biológico: () Feminino () Masculino Gênero: () Feminino () Masculino () Outro</p>	
<p>CARACTERIZAÇÃO DAS FORMAS DE VIVER</p>	
<p>Paga conta de: () Água () Luz () Esgoto () Outros: Propriedade: () Própria () Alugada () Cedida () Financiada () Outros: Material de construção utilizada: () Alvenaria () Madeira () Outros: Número de cômodos para dormir:</p>	
<p>CARACTERIZAÇÃO DAS FORMAS DE TRABALHAR</p>	

Nome	Idade	Parentesco (com o responsável pela casa)	Escolaridade e onde faz/fez	Ocupação	Fez curso preparatório	Contribui com a renda	Recebe auxílio	Possui registro em carteira	Jornada real de trabalho em horas (incluindo deslocamento)

TERRITÓRIO

1. Há quanto tempo mora na região? Já pensou, ou pensa em deixar a cidade?
2. O que acha da cidade? Cite pontos positivos e negativos da cidade.
3. Como é a sua relação com seus vizinhos?

LAZER

1. O que é lazer? E qual a importância disso pra você?
2. O que você faz nos seus momentos de lazer? Existem fatores que dificultam a prática dessas atividades?

PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

1. Você vota? Por quê?
2. Em época de eleições costuma se informar sobre os candidatos? () SIM () NÃO
Se sim, onde busca essas informações? (jornais, internet, revista, redes sociais, amigos, whatsapp etc.)
3. Você tem o costume de acompanhar o que está sendo realizado e enxerga mudanças? Tem o costume de cobrar os responsáveis pelas mudanças? Como faz isso?
4. Você recebeu ou buscou algum tipo de instrução sobre o funcionamento do sistema político? (função do prefeito, vereadores, deputados...) () SIM () NÃO. Se sim, onde?
5. Quando você encontra seus amigos/vizinhos, tem o costume de discutir sobre questões da cidade? () SIM () NÃO
6. Você sabe o que é o Conselho Gestor de Saúde? () SIM () NÃO
7. Você participa das reuniões do conselho gestor de saúde da sua UBS? () SIM () NÃO

SAÚDE

1. O que é saúde para você? E o que você acha que é necessário para ter saúde?
2. Como você diria que está a sua saúde? () Ótima () Boa () Regular () Ruim
a. E a da sua família? () Ótima () Boa () Regular () Ruim
3. De que forma você cuida da sua saúde?
4. Quando alguém na casa fica doente, como você ajuda essa pessoa?
5. Costuma se automedicar? () SIM () NÃO. Em que situações?
6. Quais são os principais problemas de saúde da sua família que mora com você?

SAÚDE MENTAL

1. Como você se sente em relação a sua vida?
() Muito satisfeito () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito
2. Existe algo que você gostaria de mudar na sua vida? O quê?
3. Possui algum receio relacionado à sua vida? (família, trabalho, futuro, moradia)
4. Existe algo que te fortaleça? E que te desgaste? (pessoa, lugar, atividade)
5. Você já sofreu algum tipo de preconceito? (religião, racial, gênero, social)

SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Você e sua família utilizam o serviço público de saúde da cidade? Se sim, para quê? Se não, por quê?

2. Quais são os pontos positivos dos serviços de saúde oferecidos (o que funciona)? E os negativos (o que não funciona)?

ALIMENTAÇÃO

1. Quais são os tipos de alimentos de sua preferência? E os que vocês ingerem mais frequentemente em casa?
2. De que forma você acredita que a alimentação influencia na sua saúde?
3. Tem algum plantio em casa? () SIM () NÃO
4. Você costuma realizar todas as refeições básicas (café da manhã, almoço e jantar)? Onde você as realiza? Quem prepara as suas refeições?

CRENÇAS

1. Você é adepto a alguma religião ou estilo de vida? () SIM () NÃO. Qual?
2. Você se considera uma pessoa que tem fé, independentemente de sua religião? Se sim, qual é a influência de sua fé/religião para você?

EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PROJETO

1. Quais são as suas expectativas em relação à JUS?

5.5 FINALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO E DISCUSSÃO SOBRE SUA APLICAÇÃO

Durante o mês de agosto, que antecedeu a viagem para a aplicação do instrumento, foram realizadas reuniões para a discussão do instrumento produzido e sua aplicação.

O principal objetivo dos encontros foi explicar para todos os jornadaeiros, principalmente os que não participaram de todo o processo de construção do instrumento, como se deu o trabalho e em que bases teóricas ele se pautou.

Assim, discutiram-se os componentes do instrumento e os conceitos nos quais estavam embasados, a forma de abordagem da população durante as visitas domiciliares e como agir em determinadas situações específicas, como por exemplo, diante da não aceitação da visita.

Nesse momento também ocorreram simulações de aplicação do questionário, identificaram-se necessidades de ajustes e correções

O instrumento também foi apresentado para os demais membros que não compunham o grupo VD de forma a identificar ainda pontos a serem aprimorados concretizando a construção coletiva do instrumento.

O questionário foi aplicado em setembro e os dados obtidos foram apresentados em plenária em dezembro. As informações deveriam subsidiar novas

viagens para a realização de intervenções. Entretanto, devido à situação de pandemia, diversas ações não foram implementadas e outras foram realizadas de forma remota. De toda forma, as informações obtidas foram disponibilizadas no formato de relatório e entregue aos gestores de saúde locais que puderam contar com informações de modo a apoiar os processos de planejamento.

6. DISCUSSÃO

O processo de construção do instrumento passou por diversas etapas que envolveram embasamento teórico dos envolvidos para a compreensão das necessidades em saúde para além de seus aspectos biológicos e a visita domiciliária como importante instrumento de saúde coletiva para a captação dessas necessidades.

A captação de necessidades em saúde consideradas como necessidades de reprodução social permite identificar a saúde como resultado do embate entre potenciais de fortalecimento/desgaste do trabalho e da vida. Essa identificação permite também que os grupos sociais do território compreendam essa relação e reflitam sobre a necessidade de intervenção sobre os potenciais de desgaste do trabalho e da vida por meio da educação emancipatória. Tal intervenção passa pela formulação e implementação de políticas públicas que para serem concretizadas dependem da reivindicação da população de forma a exigir a presença do Estado (Campos, Soares, 2013)

Sendo assim, o instrumento passou por reformulações para que fosse possível captar as necessidades de reprodução social e de participação política.

Os perfis de reprodução social podem ser captados por meio das informações a respeito das *formas de trabalhar* - dimensão da produção captada por variáveis tais como tipo de ocupação, registro em carteira, situação do trabalho e realização de cursos preparatórios para o trabalho que determinam as *formas de viver* - dimensão do consumo captadas pelas variáveis de propriedade de moradia, formas de lazer, acesso legalizado a água, luz, esgoto e coleta de lixo, número de cômodos para dormir (Trapé, 2011).

Nessa perspectiva, para além de se perguntar sobre quem trabalha na família e qual a escolaridade dos membros, acrescentaram-se questões como tipo de ocupação, jornada de trabalho, registro em carteira e se recebe benefícios oriundos do trabalho.

Tais componentes da dimensão da produção configuram-se em variáveis clássicas que apresentam papel central na explicação da diferenciação entre grupos sociais (Wright, 1997; Queiroz, Salum, 1997). Diferenciação essa pautada no modo

de produção capitalista mantida pela exploração do trabalho e acrescida de elementos “novos” de precarização e flexibilização do trabalho (Viana, 2009; Pochmann, 1999, 2006; Mészáros, 2006; Antunes, 2000).

A discussão do processo de produção capitalista leva inevitavelmente à discussão do momento do consumo, ou seja, às formas de uma sociedade consumir o que foi produzido considerando tal consumo a partir da ótica das relações que o indivíduo, a família e a classe social a qual pertencem estabelecem com outras pessoas, outros grupos e com as instituições do território onde vivem, além das condições de ocupação desse território com suas características geográficas, sociais e ambientais (Trapé, 2011).

Nessa perspectiva, o instrumento final, para além de questões sobre lazer, incorporou questões sobre propriedade da habitação, acesso à água, luz e esgoto legalizados, material de construção da moradia e número de cômodos do domicílio para dormir.

A questão do lazer é um elemento importante que demonstra os diferentes tipos de acesso conforme a inserção de classe. Por exemplo, os grupos com precarização nas condições de reprodução social apresentam maior porcentagem de famílias que frequentam a igreja como principal ou única forma de lazer. Marques et al (2011), em estudo sobre redes sociais em Salvador e em São Paulo, verificaram que as mais relevantes estão ligadas às práticas religiosas presentes nas áreas mais segregadas socialmente.

Nishimura e Thomassim (2008), ao estudarem a relação entre trabalho e lazer na periferia, verificaram que o excesso de carga de trabalho durante a semana e inclusive aos finais de semana representam barreiras para a participação em espaços coletivos de lazer. Ressalta-se que no caso de diversas famílias das áreas periféricas os fins de semana são utilizados para a construção da própria casa (Nishimura, Thomassim, 2008).

O conjunto de situações a que os trabalhadores ficam submetidos para obter a casa própria – horas extras, instabilidade no emprego, trabalho adicional nas horas teoricamente livres – conjugadas às péssimas condições de habitação, significa concretamente consumo de forças de trabalho sem reposição de energia gasta no trabalho cotidiano (Bonduki, Rolnik, 1982). Esse longo processo de construção faz

com que a casa seja um bem permanentemente inacabado e feito em etapas descontínuas, não sem graves consequências para sua habitabilidade (Bonduki, Rolnik, 1982), sendo comum a aglomeração dos moradores em um mesmo dormitório. O número de cômodos se apresenta, assim, como importante elemento qualificador da habitação.

Para se desfazer da preocupação de pagar o aluguel, os trabalhadores se desgastam na construção de suas casas. Nettleton e Burrows (1998) discutem a relação entre insegurança de moradia e a consequência sobre a saúde dos proprietários norte-americanos que entraram em dívidas devido à hipoteca. Os autores afirmam que a preocupação em manter os pagamentos das hipotecas tem trazido muita ansiedade pois está relacionado ao receio de perder a casa (Nettleton, Burrows, 1998).

Ressalta-se ainda que a casa própria se encaixa perfeitamente na conjuntura de superexploração da força de trabalho, e é a alternativa que resta ao trabalhador. E todas as suas consequências na desorganização do espaço urbano. Os loteamentos periféricos geram uma cidade horizontal e desconcentrada que se estende sem medidas. (Bonduki, Rolnik, 1982).

A alteração da composição social do bairro leva as camadas menos remuneradas da força de trabalho a habitarem sempre parcelas do território urbano mais desprovidas de serviços e transportes. Serviços esses que incluem acesso legalizado à água, luz, esgoto e coleta de lixo. Equipamentos urbanos não são oferecidos uniformemente para toda a cidade, privilegiando as áreas habitadas pelas faixas de renda média e alta. Para a habitação de baixa renda inexistem subsídios de unidades prontas e a implantação dos bens de consumo coletivos em loteamentos periféricos, quando ocorre, está sempre em atraso (Bonduki, Rolnik, 1982).

Considerando-se o exposto e o referencial da Saúde Coletiva – que tem como objeto os perfis epidemiológicos, compostos por perfis de reprodução social e saúde-doença dos diferentes grupos sociais –, espera-se que a exposição desses elementos de trabalho e vida possibilita prever os desgastes desse grupo e relacioná-los com o processo saúde-doença, para a intervenção sobre as raízes sociais do adoecimento. Acredita-se que, dada a composição das variáveis em cada grupo, pode-se supor os tipos de desgaste que estão expostos.

De acordo com Campos e Mishima (2005), para se poder viver é essencial que as necessidades dos indivíduos sejam atendidas, e essas necessidades não são somente traduzidas em necessidades de saúde, mas também em necessidades de reprodução social e de classe.

Estas mesmas necessidades apresentam-se de forma desigual pois resultam da maneira como os grupos sociais se incorporam na reprodução social e desta forma, demandam a presença do Estado no território, visto que é de sua responsabilidade garantir serviços promotores do bem estar social dos indivíduos. Entretanto, a participação do Estado no território é muitas vezes precária (Campos, Mishima, 2005).

Sendo assim, as necessidades de saúde não são respondidas por meio de mudanças de estilo de vida e de comportamentos no âmbito individual. Nessa perspectiva, questões como “Você se sente satisfeito com a sua vida atual?”, “O que você mudaria na sua vida para que ela melhorasse?”, “O que te impede de realizar as mudanças que julga necessárias para essa melhoria?” foram retiradas por estarem relacionadas estritamente ao âmbito individual e induzir a ideia de culpabilização do indivíduo no sentido de que as mudanças dependeriam somente de suas próprias condutas. Ao enfatizar práticas e atitudes individuais e tomá-las como absolutas, toda e qualquer conduta contrária é vista como incorreta, induzindo o sujeito ao sentimento de culpa por não ser capaz de agir conforme o padrão imposto (Romanini, Detoni, 2014).

Como já discutido, o atendimento às necessidades de saúde depende do atendimento às necessidades de reprodução social e estas dependem principalmente da concretização de políticas sociais. Assim, entende-se como fundamental a participação política da população para reivindicar seus direitos individuais e coletivos. A participação política dos moradores do território é imprescindível pois promove o encontro dos interesses dos diversos setores da sociedade e a resistência ao Estado que desampara essas comunidades (Campos, Mishima, 2005), além de ser reconhecida também como uma “prática de cidadania” (Vianna, 2009).

Para tanto, deve-se estabelecer processos de construção da participação popular e do controle social em saúde, tendo como ponto inicial conhecer a realidade, criando vínculos com os movimentos sociais organizados, população do bairro no território e com os trabalhadores dos serviços de saúde fomentando o processo de construção das propostas de intervenção (Soratto, Witt, Faria, 2010).

Nessa perspectiva foram incluídas no instrumento final as questões sobre participação política. Espera-se que já ao se aplicar o instrumento se possibilite um espaço de reflexão para os entrevistados e que as informações levantadas e apresentadas em reuniões envolvendo gestores, trabalhadores e usuários dos serviços possam abrir espaços de discussão e organização para o planejamento de intervenções em saúde que não se restrinjam às ações de âmbito individual voltadas para doenças já instaladas.

Os espaços de reflexão precisam ser conduzidos e ancorados na perspectiva da educação em saúde emancipatória que tem por objetivo explicitar a relação entre o adoecimento e os desgastes das formas de trabalhar e viver das diferentes classes sociais. Assim, por meio de construção coletiva se busca instrumentalizar a população para reivindicação do atendimento de suas necessidades de forma a garantir a efetivação de políticas sociais e atuação sobre as raízes sociais dos desgastes (Almeida, Trapé, Soares, 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo discorrer acerca do processo de construção de um instrumento de captação de necessidades aplicado em visitas domiciliares. Descreveram-se as etapas do desenvolvimento do instrumento e apresentaram-se as sínteses relacionadas às oficinas que compuseram o processo de formação dos membros da JUS envolvidos na construção do instrumento.

A descrição das etapas demonstrou que o processo trilhou a perspectiva de uma construção conjunta segundo o referencial da educação emancipatória.

O processo permitiu o aprimoramento do instrumento inicial incorporando conceitos de saúde coletiva abordados nas oficinas e voltando-se para a captação de necessidades de reprodução social que superam a perspectiva biomédica de captação de dados sociodemográficos e de agravos à saúde. Dessa forma, o instrumento tem potência para a captação de necessidades em saúde de forma a nortear processos de organização social.

Entretanto, é importante apontar que por questões logísticas, nesse processo não houve a possibilidade de participação dos trabalhadores da saúde do município. Além disso, o processo foi desenvolvido durante o tempo limitado pela estrutura da JUS que se configura em um projeto de extensão e que concorre com outras atividades acadêmicas dos estudantes.

Considera-se que o processo foi enriquecedor para a formação em saúde dos envolvidos. Foi possível rever os conceitos aprendidos nas disciplinas de Saúde Coletiva ao longo da graduação e operacionalizá-los por meio da construção do instrumento. Além disso, as coordenadoras do Grupo VD incorporaram o processo de organização de oficinas.

O processo ainda explicitou a importância das atividades de extensão na formação do trabalhador da saúde.

Espera-se que o instrumento de VD possa ser utilizado em outras realidades em que a JUS vá atuar e até em outras situações pelos demais profissionais de Atenção Básica, de forma a apoiar o processo de captação de necessidades em saúde e fornecer subsídios para processos de organização social e transformação da realidade do território.

8. REFERÊNCIAS

- Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: [s.n.]; 2013. p. 293-322.
- Alves MP, Santos SSC. Um olhar sobre o trabalho dos agentes comunitários da saúde: a visita domiciliar. *Rev Baiana de Enfermagem*. 2007; 21(1):71-9.
- Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Rev Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1):165-75.
- Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Boitempo; 2000.
- Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(3):743-53.
- Bonduki N, Rolnik R. Periferia da Grande São Paulo. Reprodução do espaço como expediente de reprodução da força de trabalho. In: Maricato E. A produção capitalista da casa (e da cidade) no Brasil industrial. 2. ed. São Paulo: Editora Alfa-Ômega; 1982.
- Borges FR, Avelino CCV, Costa LCS, Lourenço DS, Sá MD, Goyatá SLT. Ensino sobre visita domiciliar a estudantes universitários. *Rev Rene*. 2017; 18(1):129-38.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fernando Prestes, São Paulo; 2019
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 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). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2017.
- Breilh J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(4):972-82.
- Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(esp): 119-25.
- Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4):1260-8.
- Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole; 2013. p. 265-92.

Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções da família. *Rev Saúde Soc.* 2010; 19(3):605-13.

Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface - Comunic, Saude, Educ.* 2013; 17(44):61-73.

Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Rev Cogitare Enferm.* 2009; 14(4):667-74.

Dubow C, Borba TT, Santos CR, Garcia E, Krug SBF. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change.* 2017;8(2):103-11.

Fernandes M, Duarte MLC, Schmalfuss JM. Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Cogitare Enferm.* 2014; 19(3):451-8.

Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(4):697-704.

Galassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sci.* 2014; 39(3):177-85.

Gomes MFP, Fracolli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Rev O Mundo da Saúde.* 2015;39(4):470-5.

Heisler ED, Silva EB, Costa MC, Jahn AC, Arboit J. Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situações de violência. *Rev Cienc Cuid Saude.* 2017;16(3):1-8.

Jornada Universitária da Saúde. Relatório final de 2019 do projeto de extensão Jornada Universitária da Saúde. São Paulo, 2019.

Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014;16(1):161-9. [Acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>.

Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Rev Cienc Cuid Saude.* 2008;7(2):241-7.

Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):131-40.

Mano MAM. Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. *Rev APS.* 2009;12(4):459-67.

Marin MJS, Gomes R, Junior ACS, Nunes CRR, Cardoso CP, Otani MP, Moravcik MY. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem:

um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4357-65.

Marques E, Bichir R, Castello G, Moya ME. Social networks, poverty, and neighborhoods in two brazilians cities [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo: Centro de Estudos da Metrópole, Universidade de São Paulo; 2011. [Acesso em 2020 jan]. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Eduardo/A01_gotemburgo.pdf

Marx K, Engels F. A ideologia alemã: I - Feuerbach. 9ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

Mendes-Gonçalves RB. Saúde, Sociedade e História. In: Santos L, Ayres JRCM, organizadores. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2017.

Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero T. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi: um relato de experiência. *Rev Cienc Cuid Saude*. 2012;11(1):190-5.

Mészáros I. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: Antunes R, organizador. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2006.

Nakamo AK; Koga D. Os territórios da urbanidade e a promoção da saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos em Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: [s.n.]; 2013. p.143-72.

Nettleton S, Burrows R. Mortgage debt, insecure home ownership and health: an exploratory analysis. *Sociology of Health & Illness*. 1998;20(5):731-753.

Nishimura SP, Thomassim LE. Lazer e trabalho na periferia: articulações de possibilidades. In: Anais do IV Congresso Sulbrasileiro de Ciências do Esporte; 2008 set. 19-21; Paraná, BR. p. 912-22.

Oliveira SG, Kruse MHL, Cicoletta DA, Velleda KL. Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia de biopolítica. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2018;13(1):9-21.

Pochmann M. Desempregados do Brasil. In: Antunes R organizador. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2006. p. 59-73.

Pochmann M. O trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Contexto; 1999.

Queiroz VM, Salum MJL. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria Reprodução Social. In: Livro de resumos do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do V Congresso Paulista de Saúde Pública: saúde, responsabilidade do Estado contemporâneo. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.18-18.

Reis MT. Extensão: Jornada Universitária da Saúde (JUS 2019) - Município de Fernando Prestes recebe 94 estudantes da área da Saúde da USP. Faculdade de

Saúde Pública da USP [Internet]. 2019. [Acesso em 2020 ago]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/Texto-JUS-site-FSP_vale.pdf.

Ribeiro, C.J. Problematizando o instrumento visita domiciliar. *Revista Sociedade em Debate*. 2012;16(1):209-21.

Romanini M, Detoni PP. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. *Rev. Polis e Psique*. 2014;4(2):206-29.

Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. *Rev Cogitare Enferm*. 2011;16(3):492-7.

Santos M, Seabra OCL, Carvalho M, Leite JC. Território e Sociedade - entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2001.

São Paulo. Prefeitura Municipal de Fernando Prestes. Fernando Prestes; 2019.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996.

Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole; 2013.

Soares CB, Campos CMS, Souza HS, Godoy-Vieira A, Cordeiro L, Lopes IO, Cavalcanti BSG. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev. bras. saúde ocup*. 2018. v. 43. supl. 1. [Acesso em 2020 jul]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000302&lng=pt&nrm=iso.

Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Ver Sau Col* [online]. 2010. v. 20, n. 4. [acesso em 2020 jul]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades X potencialidades. *Rev Cienc Cuid Saude*. 2010;9(3):569-76.

Trapé CA. A operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica: uma proposta a partir da categoria reprodução social [tese]: São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2011.

Viana N. O capitalismo na era da acumulação integral. São Paulo: Santuário; 2009.

Vianna MLTW, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando?. *Sociologias*. 2009;11(21):218-51.

Wright EO. Class counts. *Comparative studies in class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.