



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

SUYANE DE SOUZA LEMOS

**PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DE UM CURSO A DISTÂNCIA
A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE
A INTEGRALIDADE NA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de
Mestre no Programa de Pós Graduação em
Enfermagem - Mestrado Profissional.

Orientadora: Profª. Dra. Wilza Carla Spiri

Coorientadora: Profª. Dra. Regina Stella Spagnuolo

BOTUCATU

2014

SUYANE DE SOUZA LEMOS

PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DE UM CURSO A DISTÂNCIA A
PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A
INTEGRALIDADE NA SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre no
Programa de Pós Graduação em Enfermagem-
Mestrado Profissional.

Orientadora: Profª. Dra. Wilza Carla Spiri

Coorientadora: Profª. Dra. Regina Stella Spagnuolo

BOTUCATU

2014

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÁC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Lemos, Suyane de Souza.
Planejamento, implementação e gestão de um curso a distância a partir da percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde / Suyane de Souza Lemos. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Wilza Carla Spiri
Coorientador: Regina Stella Spagnuolo
Capes: 40406008
1. Enfermagem. 2. Enfermeiros. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Ensino a distância. 5. Integralidade na saúde.

Palavras-chave: Atenção básica; Educação a distância; Enfermagem; Integralidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SUYANE DE SOUZA LEMOS

PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DE UM CURSO A DISTÂNCIA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A INTEGRALIDADE NA SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca examinadora

Prof. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus, o divino pai eterno, pela minha existência e pela Sua presença constante em minha vida. Sabes que quem decide meu caminho é o Senhor.

Agradecimentos

A realização desse trabalho foi possível graças aos esforços de muitas pessoas queridas. A todas elas manifesto meu reconhecimento, especialmente:

À querida professora orientadora **Dra Wílza Carla Spíri**, por ter me acolhido, pela serenidade e sabedoria e proporcionado a oportunidade de crescer como pessoa, profissional e pesquisadora. Obrigada pelo seu respeito e humildade diante de minhas limitações. Obrigada por ter despertado a sensibilidade para ver além daquilo que meus olhos podiam visualizar. Sua parceria serena acalenta qualquer alma. Meu muito obrigada.

Ao meu amor **Rodrigo**, por ter sido tão companheiro, presente constantemente nesta caminhada, estando ao meu lado em diversas viagens, em diversos momentos de construção deste trabalho, sempre firme lutando comigo de mãos dadas. Te amo.

À querida amiga Profa. **Dra Lílian CC Rossi**, pelo ser humano maravilhoso que é, pela sua bondade e vontade inacabável de ajudar. Muito obrigada por ter me ensinado a ouvir os desejos de meu coração, pela sua paciência e disponibilidade para me acolher e escutar. Obrigada por fazer parte da minha banca.

À querida Profa. **Dra. Regina Stella Spagnuolo** por ter me mostrado a integralidade de forma ampla, por ter sido uma referência no meu caminhar pela saúde pública. Meu muito obrigada.

Agradecimentos

Às professoras Dra Carmen Maria Casquel Juliani, Dra Sílvia Cristina Mangini Bocchi, Dra Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua por fazer parte especial de minha caminhada pelo mestrado, por me ensinar a olhar a gestão em saúde, abordagem qualitativa e ipês respectivamente. Meu muito obrigada.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Aos meus colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio nos momentos difíceis dessa caminhada.

A todos os funcionários do Departamento de Planejamento e Tecnologia da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto- SP pela colaboração durante a elaboração do presente trabalho, por compartilhar os seus conhecimentos para o desenvolvimento desse estudo.

Aos enfermeiros por compartilhar suas percepções, experiências, e pelos ensinamentos e ricas trocas que permitiram a realização desse trabalho.

Aos amigos Guilherme, Tatiane, Lílian, Juliana, Maria Amélia, Daniele e Lidiane pela amizade, paciência, reflexões, estímulo, contribuições, e apoio à realização do presente trabalho.

A toda a minha família, pelo amor, apoio e constante incentivo.

Pequena grande diferença

Se não pudermos
ser o rio caudaloso
sejamos a gota essencial,
o pequeno detalhe
que faz a diferença;
a sublime partícula
que, somada às demais,
há de ajudar a compor
os mares infinitos.

O que é uma gota
Comparada ao oceano?
Junte-a às outras...
E eis um fantástico
turbilhão de espumas...

Oríza Martins

(Homenagem à equipe formada de educação a distância da Secretaria
Municipal de Saúde de São José do Rio Preto)

Epígrafe

Até os jovens se afadigam e cansam
e mesmo os guerreiros às vezes tropeçam!
Mas os que esperam no Senhor,
renovam suas forças,
criam asas como águia, correm e não se afadigam,
andam, andam e nunca se cansam.

(Isaías, 40, 30-31)

RESUMO

Lemos, S.S. Planejamento, implementação e gestão de um curso a distância a partir da percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2014.

A integralidade na saúde é um dos pilares no SUS e apresenta uma pluralidade de concepções que precisa ser refletida como forma de fortalecer a prática na saúde. O estudo teve o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros da atenção básica e planejar, implementar e gerir um curso à distância sobre a integralidade na saúde para enfermeiros da atenção básica. As perguntas que nortearam a pesquisa foram: Qual a percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde? Como planejar, implementar e gerir um curso a distância a partir dos achados do estudo? Para o estudo da percepção dos sujeitos, optou-se pela abordagem qualitativa, na vertente da fenomenologia. A saturação teórica se configurou, por meio da análise de vinte e duas entrevistas, sendo os sujeitos enfermeiros da atenção básica. As entrevistas realizadas pela pesquisadora foram áudio-gravadas, transcritas. Após as transcrições, os depoimentos foram analisados individualmente resgatando os temas: experiência profissional, papel do enfermeiro na integralidade, papel da atenção básica, dimensões da integralidade, desafios para a integralidade, fortalezas para a integralidade. Os temas desvelaram que a integralidade na saúde é percebida desde a formação profissional. O olhar do enfermeiro em relação ao papel da atenção básica é focado no atendimento integral e na integração dos serviços de saúde. As dimensões da integralidade foram apontadas por apenas cinco sujeitos entrevistados apontando a necessidade de aprofundar conhecimentos neste aspecto. Emergiram dos sujeitos elementos desafiadores como modelo biomédico centrado, falta de infraestrutura, alta demanda, dificuldade de comunicação entre os serviços para a efetivação da integralidade. Por outro lado, as fortalezas também foram fortemente expressadas pelos sujeitos do estudo como a própria estratégia saúde da família, o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na produção do cuidado, a valorização do trabalho em equipe interdisciplinar, necessidade de maiores investimentos na educação permanente na saúde como eixo formador constante dos profissionais da saúde. Este contexto envolve também a humanização, acolhimento, gestão do cuidado, a clínica ampliada com foco nas necessidades do sujeito. Assim, valorizando a educação permanente, o produto dessa pesquisa foi o planejamento, construção e implementação de um curso a distância sobre a integralidade na Saúde no ambiente virtual de aprendizagem, *Moodle*, por meio de ferramentas de gestão do ensino à distância como mapa de atividades, matriz e *storyboard* seguindo o referencial metodológico de *design* instrucional e como referencial teórico a pedagogia freiriana, sendo pioneiro no âmbito da saúde municipal. O curso foi composto por temas como atributos da atenção básica, as dimensões da integralidade e a prática de ações integrais com o objetivo de fortalecer os enfermeiros, sujeitos deste estudo, na perspectiva de fomentar ações integrais no âmbito da atenção básica. A proposta do curso mediado por tecnologias e pautado nas metodologias ativas do conhecimento permitiu o desencadeamento de um processo crítico e reflexivo pelos enfermeiros acerca da integralidade. Além disso, o *design* do curso pode ser modelo a ser replicado para diversos cursos no município e fora dele e a equipe de ensino à distância motivada com as novas possibilidades de avanços tecnológicos aliados a educação permanente no Sistema Único de Saúde pode desenvolver ações educativas que envolva cada vez mais seu público alvo.

Palavras-chaves: Atenção básica; Educação a distância; Enfermagem; Integralidade.

ABSTRACT

Lemos, SS Planning, implementation and management of a distance learning course based on the perception of primary care nurses on comprehensiveness in health. 2014. Dissertation (MA) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2014.

Comprehensiveness in health is one of the pillars in the Brazilian public health system SUS and comes with a plurality of concepts that needs to be reflected as a way to strengthen health practice. The study aimed to discover the perception of primary care nurses and plan, implement and manage a distance learning course on comprehensiveness in health for nurses in primary care. The questions that guided the research were: How do primary care nurses perceive comprehensiveness in health? How can a distance learning course be planned, implemented and managed based on the study findings. To study the subjects' perception, the qualitative approach of phenomenology was chosen. Theoretical saturation was reached after the analysis of 22 interviews, with primary care nurses serving as the subjects. Interviews conducted by the researcher were audio-recorded, transcribed. After the transcripts, reports were analyzed individually, resulting in the themes: professional experience, the nurse's role in comprehensive care, the role of primary care, dimensions of comprehensive care, challenges for comprehensive care, strengths of comprehensive care. The themes unveiled that comprehensive health care is perceived since the professional education phase. The nurse's perspective on the role of primary care is focused on comprehensive health care and on the integration of health services. Only five of the subjects interviewed indicated the dimensions of comprehensive care, pointing towards the need to deepen knowledge on this aspect. Challenging elements emerged from the subjects, such as the biomedical centered model, lack of infrastructure, high demand, communication difficulties among the services to put comprehensive care in practice. On the other hand, the study subjects also strongly expressed the strengths as the Family health strategy itself, the matrix support of the Family Health Support Center in care production, the valuation of interdisciplinary teamwork, need for further investments in continuing health education as a constant axis for health professionals' training. This context also involves humanization, welcoming, care management, the expanded clinic focused on the subjects' needs. Therefore, valuing continuing education, the product of this research was the planning, construction and implementation of a distance education course on comprehensiveness in health in the virtual learning environment Moodle, through distance education management tools like the activity map, matrix and storyboard, according to the methodological framework of instructional design and Freire's pedagogy as the theoretical framework, a pioneer in municipal health. The course consisted of topics, such as attributes of primary care, the dimensions of comprehensiveness and the practice of integrated actions with the goal of strengthening the nurses, the study subjects, with a view to promoting comprehensive actions in the context of primary care. The course proposal mediated by technology and guided by active knowledge methods permitted the triggering of a critical and reflexive process about comprehensive care among the nurses. Furthermore, the course design can be a model to be replicated for various courses in and beyond the city. The distance learning team, motivated by the new possibilities of technological advances linked to continuing education in the Unified Health System, can develop educational activities that increasingly involve the target audience.

Keywords: Primary Care; Long Distance Education; Nursing; Integrality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.	Distribuição de entrevistas por área de abrangência	37
Quadro 2.	Quadro Nomotético	48
Quadro 3.	Cronograma das atividades para implantação do curso	77
Quadro 4.	Orçamento estimado do curso	78
Quadro 5.	Mapa de atividades	80
Quadro 6.	Matriz de <i>design</i> instrucional	83
Figura 1.	Modelo ILDF	31
Figura 2.	Distritos de Saúde do Município de São José do Rio Preto	33
Figura 3.	Mapa de distribuição das Instituições de Ensino nos Distritos de Saúde	36
Figura 4.	Storyboard do Módulo 1	84
Figura 5.	<i>Storyboard</i> do Módulo 2	85
Figura 6.	<i>Storyboard</i> do Módulo 3	85
Figura 7.	<i>Storyboard</i> do Módulo 4	86
Figura 8.	<i>Design</i> de boas vindas ao curso Integralidade na Saúde	87
Figura 9.	<i>Design</i> dos Fóruns de notícias e de Tutores e Chats Tutores e Alunos	88

Figura 10.	<i>Design</i> do Módulo 01	89
Figura 11.	<i>Design</i> do Módulo 02	90
Figura 12.	<i>Design</i> do Módulo 03	90
Figura 13.	<i>Design</i> do Módulo 04	91

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
DI	<i>Design</i> instrucional
EaD	Educação a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME	Fundação da Faculdade Regional de Medicina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
ILDF	<i>Integrative Learning Design Framework</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SB	<i>Storyboard</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Revisão da Literatura	20
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivos Gerais	27
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
3.1 Tipo de Pesquisa	28
3.2 Caracterização do Local do Estudo – Cenário da Pesquisa	31
3.3 Sujeitos da Pesquisa	37
3.3.1 Critérios de Elegibilidade	38
3.4 Coleta de Dados	38
3.5 Aspectos Éticos	39
3.6 Análise dos Dados	39
4 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	41
4.1 Análise Idiográfica	41
4.2 Análise Nomotética	49
4.2.1 Experiência profissional	49
4.2.2 Papel do enfermeiro na integralidade	52
4.2.3 Papel da atenção básica	55
4.2.4 Dimensões da integralidade	59
4.2.5 Desafios para a integralidade	61
4.2.6 Fortalezas para a integralidade	66
5 SÍNTESE	71
6 PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO CURSO À DISTÂNCIA INTEGRALIDADE NA SAÚDE	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92

REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	109
ANEXO 1- PARECER DO CEP	109
ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP	111
ANEXO 3- PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DO CURSO INTEGRALIDADE NA SAÚDE.....	112
APÊNDICE.....	113
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	113

APRESENTAÇÃO

Meus primeiros passos na pesquisa aconteceram durante a Faculdade de Enfermagem (2003- 2006), momento que realizei a iniciação científica com fomento financeiro por meio de bolsa BIC/PIBIC contemplada para execução de dois projetos na área de hipertensão e diabetes. O interesse pela saúde pública foi despertado neste período e meu foco principal foi buscar ações coletivas junto à comunidade. Em 2007, fui aprimorada em Saúde Coletiva, fiz especialização na atenção básica, saúde coletiva. Em 2008, assumi como Coordenadora da Vigilância Epidemiológica no município de Altair-SP atuando na Estratégia Saúde da Família, sendo também articuladora da Educação Permanente junto à DRS-Barretos.

Fui educadora na atenção básica realizando cursos para a formação e qualificação dos trabalhadores. O trabalho em equipe e a interdisciplinaridade ficaram evidentes durante o período que trabalhei na saúde da família. O interesse de cuidar do trabalhador me fez buscar a especialização em Saúde do Trabalhador em 2010. Em seguida, procurei aperfeiçoar meu lado aprendiz buscando as especializações de docência e *designer* instrucional para educação a distância virtual nos anos de 2011 a 2012.

Em 2012 assumi, na qualidade de Técnico Administrativo em Saúde Pública, a função de Técnica Administrativa em Saúde Pública do Departamento de Planejamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto – SP, participando de atividades de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. Nesse mesmo ano ingressei no Mestrado Profissional em Enfermagem buscando aprofundar os conhecimentos nas dimensões da integralidade, um caminho desafiador e complexo para contemplar a minha trajetória profissional a fim de esclarecer grandes desafios enfrentados na prática profissional no âmbito da saúde pública.

Sempre perseguia o objetivo de criar um espaço onde a prática e a teoria pudessem ser de forma menos fragmentada e mais próxima à realidade, envolvendo os profissionais em um trabalho de caráter interdisciplinar que contribuísse para a formação de enfermeiros comprometidos com a saúde pública, considerando a totalidade do sujeito, na promoção, na prevenção, na cura ou na reabilitação.

No presente momento, optei por caminhar junto com alunos em uma busca constante de aprender e aprender por meio de orientação e tutoria do curso de Especialização em Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde da população⁽¹⁾. Com o aumento significativo da importância política e econômica da atenção à saúde no Brasil, houve a expansão dos serviços de saúde acompanhada da oferta de novas tecnologias e do desenvolvimento de modelos assistenciais para intervenções na área da saúde⁽²⁾. Percebe-se uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio forte de condições crônicas e uma resposta de atenção à saúde por meio de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas⁽³⁾. O que mostra a necessidade de repensar a forma que estamos abordando a nossa população nos serviços de saúde.

A implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) desafiam os profissionais e os gestores na condução do sistema como um todo⁽⁴⁾. Os preceitos básicos do SUS incluem a universalidade, integralidade e equidade no acesso à atenção em saúde, modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, direito à informação, controle social, regionalização e hierarquização das ações⁽⁵⁾.

Neste contexto do SUS, a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual e coletivo, que incluem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e assistenciais sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações nos seus territórios delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância de sua população. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁽⁶⁾.

É notório que as unidades de saúde da rede básica devem ser responsáveis pela assistência resolutiva à demanda espontânea, desenvolver atividades educativas e ações focalizadas sobre grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, para prevenir doenças e danos evitáveis, prestar assistência básica integral e contínua, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e logístico. Esse modelo deve, por meio do diagnóstico situacional, realizar ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, mantendo postura ativa frente aos problemas de saúde-doença

da população, buscar parcerias com instituições e organizações sociais e ser um espaço de construção de cidadania⁽⁶⁾.

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, existindo várias políticas que orientam a implementação de ações que respondam às demandas e necessidades da população, nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões do ser cuidado⁽⁷⁾.

Assim, as ações integradas compreendem a promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência à saúde. O enfermeiro, como integrante de equipe interdisciplinar, deve se fundamentar nos valores preconizados pelo SUS principalmente na concretização da integralidade a partir das ações desenvolvidas na unidade de saúde. Assim, esta visão integral deve permear o processo de trabalho do enfermeiro que desencadeia e garante a continuidade da assistência de cada caso acompanhado por meio das linhas de cuidados. A gestão do cuidado é composta por um conjunto de ações que resulta como se articulam as práticas dos profissionais da saúde⁽⁸⁾.

Fica evidente a pluralidade de significados da integralidade e suas diversas aplicações no âmbito da saúde. Surge a necessidade do aprofundamento compreensivo das experiências dos atores envolvidos no processo, elencando assim o enfermeiro da AB como sujeito do estudo. Desse modo, o trabalho se justifica pela necessidade de levantar informações acerca da integralidade para gerar e disseminar informações que subsidiem a tomada de decisões no processo de planejamento, gestão e educação em saúde, com o intuito de promover melhorias nas ações de saúde.

Dentre a diversidade de cenas que poderiam ser exploradas junto ao fenômeno integralidade, a pesquisadora optou por focar o olhar no objeto deste estudo: experiência do enfermeiro da AB sobre a integralidade na saúde. As perguntas que nortearam a pesquisa foram Qual a percepção dos enfermeiros da AB sobre a integralidade na saúde? Como planejar, implementar e gerir um curso a distância a partir dos achados do estudo?

A finalidade do estudo foi investigar as percepções dos enfermeiros da AB sobre a integralidade na saúde propondo, a partir dos resultados, uma intervenção educativa.

Essa intervenção foi realizada por meio da construção e implementação de um curso à distância no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) disponível no município como forma de ancorar o movimento educativo de reconstrução de reflexões sobre a busca da integralidade em saúde e para que o enfermeiro busque aperfeiçoar cada vez mais a sua prática profissional.

Todas as inquietações citadas nos levaram a buscar na literatura estudos sobre essa temática.

1.1 Revisão da Literatura

O SUS, considerado uma “Política de Estado”, surgiu de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, sendo materializado na Constituição Federal de 1988, que considera a saúde como “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. Desta forma, o SUS consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira⁽⁹⁾.

Analisando-se a história da implantação do SUS, percebe-se no Brasil uma disputa entre um sistema de saúde predominante e hegemônico que segue a lógica do atendimento à demanda, e outro sistema com olhar para as necessidades de saúde da população visando à integralidade na saúde, muito defendido pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira por uma sociedade mais justa e solidária⁽¹⁰⁾.

A integralidade da atenção à saúde é uma diretriz do SUS preconizada pela Constituição Federal de 1988:

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade”⁽⁴⁾.

Na lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, apresenta em seu artigo 7º o conceito de integralidade:

“II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁽⁵⁾”

Refletindo sobre o conceito da integralidade, o modelo de saúde vigente, que emprega ações de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso, por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por implicar visões e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e cuidado⁽¹¹⁾. Ainda segundo autor:

“Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita”. p.596⁽¹¹⁾.

Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde (MS) nesse sentido foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência⁽¹²⁾.

As RAS são definidas por:

“Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. p. 82⁽¹³⁾.

Outro autor importante⁽¹⁴⁾ define:

[...] redes são redes de pessoas, se conectam ou vinculam pessoas, ainda que esta pessoa seja o diretor da instituição e se relacione através do seu cargo, mas não se conectam cargos entre si, não se conectam instituições entre si, não se conectam computadores entre si, se conectam pessoas. Por isto é que se diz que redes é a linguagem dos vínculos, é fundamentalmente um conceito vincular.

Esse autor também discute a natureza desses vínculos:

[...] redes não são simplesmente referência e contra referência, a ideia de que soprando por um tubo mando algo que outro recebe e me devolve seria empobrecer as potencialidades do conceito de redes. A partir do momento que a gente entra em rede, entra em vínculos solidários, o que a gente avalia para dizer que os serviços em realidade são uma rede é se há comportamento solidário.p.19⁽¹⁴⁾.

O decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 foi instituído regulamentando a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e definindo que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela AB, assegurando ao usuário a continuidade do cuidado em saúde em todas as suas modalidades e serviços da rede de atenção. Sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), descreve em seu artigo 34: “O objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários”⁽¹⁵⁾. Por meio do COAP, busca-se organizar a

questão da integração das ações e serviços de saúde que nunca conseguiu alcançar pela falta de elementos jurídico-sanitários que pudessem integrar serviços de modo responsável e mediante negociação federativa nas regiões de saúde: municípios, estado e União. Salienta-se que no Estado de São Paulo, o COAP é ainda incipiente e precisa realizar seu caminho de negociação entre as esferas de gestão.

A Portaria do MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de AB, “define a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população” ⁽¹⁶⁾.

O conceito de sistema de saúde se forma com a somatória de organizações administrativas envolvidas com o foco de aprimorar a saúde organizando a rede de gestão de cuidados por meio da pactuação de fluxos de atendimento entre os serviços para a continuidade da assistência⁽¹⁷⁾.

A AB é a ordenadora da RAS⁽¹⁶⁾. Desta forma, a AB deve cumprir algumas funções e contribuir com o funcionamento da RAS como:

- “I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na AB devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da AB e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e
- IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários” ⁽¹⁶⁾.

Um fator importante da Política Nacional de AB diz respeito à responsabilidade de todas as esferas do governo em desenvolver estratégias de qualificação da força de trabalho para a gestão e atenção à saúde, como estimular e viabilizar a formação e a educação permanente dos profissionais das equipes⁽¹⁶⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma para organização da AB no SUS. Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde. Na Saúde da Família, os profissionais realizam o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. A atuação desses profissionais não está limitada à ação dentro da Unidade de Saúde, ela ocorre também nos domicílios e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)⁽¹⁶⁾.

Na literatura encontram-se várias formas de compreender a integralidade. A integralidade apresenta-se como uma característica da prática profissional, pode ser vista no âmbito da organização dos serviços de saúde, além de ser colocada como a resposta político-administrativa às necessidades da população, ele também reflete a prática médica que privilegia as especialidades recortando o seu usuário, assim o profissional que se busca orientar pela integralidade recusa o reducionismo que ressalta a dimensão exclusivamente biológica e abre-se para o diálogo ampliando percepções sobre as necessidades dos grupos que são atendidos⁽¹⁸⁾.

As diferentes práticas profissionais com saberes técnicos diversos atuam para a promoção do cuidado na saúde. Nesta perspectiva, a integralidade aponta-se como um valor e se expressa na forma de como os profissionais respondem aos usuários que os procuram⁽¹⁹⁾.

A integralidade também é expressa pelo movimento do olhar integral ao indivíduo, sob a percepção holística. Profissionais que recortam os usuários focando em funcionamento de aparelhos e sistemas são fortemente criticados pelo movimento da prática integral. A ênfase individual, curativa e biológica dificulta a visualização do sujeito no espaço coletivo, além de exercer uma prática limitada na queixa-conduta que pouco contribui para a realidade saúde/doença individual e coletiva⁽²⁰⁾.

Outra vertente de compreensão é a integralidade sob a ótica da integração entre os níveis de complexidade de atenção à saúde contemplando as necessidades demandadas pelo indivíduo, assim organizar esta interação entre estas diversas competências da rede de serviços deve ser estratégia priorizada pelos gestores da saúde e, dependendo da necessidade elencada, deve-se fortalecer a comunicação com outras áreas como assistência social, educação, entre outras⁽²¹⁻²⁵⁾ na perspectiva da intersetorialidade. Surge, também, o compromisso de uma escuta qualificada das demandas do indivíduo ou população em uma articulação multiprofissional de trabalho compartilhado em equipe agregando saberes em prol da integralidade.

Observa-se assim, que a integralidade tem como dispositivos o acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização, resolubilidade e a clínica ampliada. É uma forma de se garantir mudanças na produção do cuidado visando ao atendimento integral com melhor resolubilidade e redução da demanda pela atenção em saúde. Desta forma, recursos públicos podem ser investidos na garantia de serviços realmente necessários⁽²⁶⁾.

No âmbito das práticas dos profissionais, autores⁽²⁷⁾ defendem como um processo de trabalho em saúde centrado no usuário, tanto individual quanto coletivamente, que pode ser organizado visando o conceito ampliado de saúde⁽²⁸⁾.

Integrar ações de promoção, prevenção e tratamento tem sido incentivado por diferentes formas de financiamento no Brasil com utilização de critérios populacionais, perfis epidemiológicos, características territoriais e desigualdades regionais fazendo com que gestores busquem novas formas de organizar as ações em saúde.

Há maneiras diversas de trabalhar na saúde, algumas equipes usam diferentes habilidades na identificação e resolução dos problemas. Outras convivem com ações individualizadas, porém reconhecem a importância de responsabilidade compartilhada nas ações e decisões da equipe para alcançar a integralidade em saúde⁽²⁹⁾.

Os discursos apontam a importância das relações interpessoais entre os sujeitos dos serviços de saúde. Nesse contexto, a integralidade configura-se em um espaço de intersubjetividade que favorece o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde⁽³⁰⁾.

A construção da integralidade no ensino e na prática não deve limitar-se em ações pontuais, verticalizadas e exercidas por um único profissional, mas sim buscar relações de parceria contínua entre ensino, serviço e comunidade⁽³¹⁾.

Novos processos de produção da saúde são necessários: olhar ampliado, articulação dos saberes e ações nas diversas dimensões do sujeito⁽³²⁾. A AB é um espaço

propício de ir além da visão biológica do cuidado⁽³³⁾. Assim, sugere-se maior atenção dos gestores e profissionais em relação às ações promotoras de saúde promovidas no âmbito do território⁽³⁴⁾.

O fortalecimento da AB deve ser estratégia central dos gestores de saúde para a construção do SUS. Diretrizes recentes do MS destacam o seu papel como o centro de comunicação de redes temáticas, como reguladora do acesso e da utilização dos serviços. Um movimento considerado importante consiste no investimento na AB de Saúde para que ela, progressivamente, amplie sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios, consolidando sua legitimidade perante usuários como efetivo centro de comunicação com os demais serviços. Acesso direto das equipes locais para marcação de consulta, criação de mecanismos formais e regulares de comunicação são algumas medidas factíveis a serem experimentadas por gestores⁽³⁵⁾.

O planejamento das ações pode ser por meio do levantamento periódico dos temas a serem abordados com a própria equipe e a elaboração de cronograma de reuniões educativas, no sentido de valorizar a integralidade como essencial à melhoria da assistência prestada, potencializando a comunicação entre os elementos da equipe. Considera-se que a equipe de enfermagem tem potencialidades para desenvolver sua prática articulada com o princípio da integralidade, atendendo as necessidades de saúde da população, focando a qualidade da assistência⁽²⁵⁾.

O pensamento coletivo nasce da relação com o outro e as ações são direcionadas da equipe para a população^(36,37). Cuidar desta rede de relações envolve estratégias de gestão que muitas vezes incluem os enfermeiros⁽³⁸⁾.

Cuidar, gerenciar e educar compõe o processo de trabalho da enfermagem, tendo objetivos específicos, de acordo com cada caso atendido, visando ao bem-estar do ser humano, objeto de seu processo de trabalho. Esses diferentes processos definem o papel que deve ser desempenhado pelo enfermeiro e que precisa ser evidenciado na formação do profissional e na prática de sua profissão. No espaço assistencial, nos diferentes cenários de atenção à saúde, o enfermeiro faz a gestão do cuidado, desempenhando um papel importante na continuidade da assistência do usuário no sistema de saúde⁽³⁹⁾. O enfermeiro articula e encaminha os usuários à realização de exames complementares, supervisiona os serviços prestados, dialoga com a família, conduz a circulação do usuário entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado.

Além do enfermeiro estar direcionado ao caráter instrumental de suas ações específicas, ao alcance de determinados resultados e a atenção aos agravos à saúde de

indivíduos e populações, ele também busca o sucesso prático, preocupando-se com o sentido que as ações de saúde têm para os sujeitos e para as populações. A enfermagem possui uma perspectiva ímpar e pode liderar este processo de ação em meio a tantas dificuldades e desigualdades, em um contexto que por alguns pode ser considerado impossível. O enfermeiro tem grande potencial para desempenhar um papel singular na defesa do direito à saúde e do direito à vida e, por meio de alianças entre profissionais, fortalecer o exercício da cidadania das pessoas e implementar práticas pautadas na integralidade⁽⁴⁰⁾.

O grande desafio que se coloca atualmente para a enfermagem é pensar a integralidade da atenção, concebida em rede, que articule a integralidade focalizada no interior de cada processo de trabalho⁽⁴¹⁾.

O trabalho em equipe pode ser considerado uma condição da integralidade, pois requer a articulação de diferentes saberes em um processo de trabalho aberto com novas possibilidades de construção⁽⁴²⁾.

A prática dialógica no trabalho contribui com integralidade ao favorecer o reconhecimento dos saberes dos usuários e trabalhadores sobre processos saúde-doença-cuidado. A integralidade como eixo norteador dos treinamentos em saúde possibilita a articulação dos saberes e práticas entre os profissionais para atender os anseios do usuário⁽⁴³⁾.

Buscar novas práticas para a efetivação integral do direito à saúde e esclarecer as atribuições dos pontos de atenção da rede são estratégias prioritárias no campo de atenção à saúde⁽⁴⁴⁾. Parece que todos os componentes necessários para a efetivação da integralidade são como peças de um quebra-cabeça. O desafio é desvendar qual seria essa maneira de encaixar, sendo necessário pensar e construir as mais diferentes formas. É fato que é preciso romper com as práticas padronizadas e o modelo assistencial vigente necessitando de compromisso político dos gestores, trabalhadores e usuários nessa construção⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

Considerando o que a literatura aborda sobre a integralidade e a inquietação da pesquisadora em compreender, na perspectiva do enfermeiro, o significado desse princípio, o estudo tem como finalidade contribuir para ações concretas de integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Conhecer a percepção dos enfermeiros da AB sobre a integralidade na saúde.
- Planejar, implementar e gerir um curso a distância sobre a integralidade na saúde para enfermeiros da AB.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de Pesquisa

Pesquisa qualitativa

A primeira etapa do estudo foi compreender, na perspectiva dos enfermeiros, o significado da integralidade em seu contexto de trabalho. Assim, considerou-se que a abordagem qualitativa seria mais apropriada.

O método qualitativo permite o estudo da realidade social que é o dinamismo da vida individual e coletiva, por meio dos significados que dele emergem. Responde a questões presentes na realidade que não podem ser quantificadas, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a uma abordagem mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não se apresentaria através de operacionalização de variáveis⁽⁴⁷⁾.

Por considerar que a compreensão de significados dos sujeitos que vivenciam determinada situação pode ser melhor apreendida em abordagem qualitativa de pesquisa, recorri à fenomenologia como vertente metodológica, pois ela procura compreender o homem segundo a realidade vivenciada por ele, segundo aquilo que se mostra por si mesmo, o manifesto. Essa metodologia também possibilita desvendar os valores, as percepções e emoções dos sujeitos envolvidos. A fenomenologia é uma filosofia que repõe as essências na existência e não compreende o homem e o mundo de outra maneira senão a partir da sua facticidade, isto é, segundo a maneira de ser do mundo, sujeito às contingências como um ser que é lançando ao mundo, mundo no qual o homem, ao ver-se como tal precisa lutar para encontrar-se⁽⁴⁸⁾.

A apreensão das experiências, que os indivíduos adquirem no mundo da vida, possibilita compreender melhor o mundo e a si mesmo. A partir desta compreensão o indivíduo adquire um potencial reflexivo para transformar o mundo que o rodeia e melhorar sua vida. Este poder de reflexão é que torna o indivíduo autônomo e crítico sobre a realidade que vive. A tomada de consciência sobre o mundo é um fator decisivo que proporciona ao ser humano ser sujeito de suas ações.

A percepção, a sensibilidade e a intuição humana, como sendo fatores da fenomenologia de suma importância. A sensibilidade procura lidar com os objetos, os outros e consigo mesmo. A intuição proporciona ao ser humano sentir de forma antecipada as

situações. A abordagem fenomenológica é um procedimento científico criativo que requer pensamento crítico, emocional e intelectual. Assim, o pesquisador, ao investigar um fenômeno partindo das experiências vividas pelos sujeitos da pesquisa obtendo as descrições desses sujeitos a respeito da sua experiência por meio de discursos significativos e passíveis de serem compreendidos e desvelados na sua essência. A visão da essência do fenômeno torna-se possível por uma noção fundamental, o princípio da intencionalidade: a consciência compreendida como consciência de alguma coisa, ou seja, a consciência só é consciência quando está dirigida para um objeto. O pesquisador deve apresentar um interesse em desvelar o fenômeno. A fenomenologia se voltar às coisas próprias, ou seja, se volta ao sujeito do conhecimento⁽⁴⁹⁾.

Ela baseia-se fundamentalmente na descrição, não na explicação ou análise, ou seja, o retorno “as coisas mesmas”. O caminho utilizado nesta investigação percorreu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica.

A descrição fenomenológica foi a primeira fase da trajetória e possui três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito. A percepção do sujeito da pesquisa mostra o modo como ele interage com a situação questionada. Nesse momento os depoimentos foram buscados, visando captar a percepção dos sujeitos do estudo da significação produzida pela consciência para a compreensão da integralidade e a expectativa desta ação na prática profissional.

A redução fenomenológica foi a segunda parte da trajetória. Aconteceu após a leitura e releituras dos discursos, com o objetivo de selecionar quais partes desse discurso foram essenciais para evidenciar o fenômeno, experiências que foram verdadeiramente parte da consciência do sujeito para chegar à essência. A partir dos depoimentos coletados e transcritos, foi realizada a redução, refletindo sobre as falas, visando extrair delas seu cerne. Foi impossível uma redução completa, pois não somos espírito absoluto, somos ligados o tempo todo com o mundo, para assim descrevermos e compreendermos os fenômenos.

A compreensão fenomenológica, terceira e última etapa da trajetória, foi uma tentativa de investigar as experiências, foi uma forma de interpretação. Com a essência e a fala dos sujeitos os temas foram revelados, organizados e interpretados, realizando uma síntese das unidades significativas encontradas e suas convergências, divergências e idiossincrasias, relacionando com o referencial teórico da integralidade na saúde.

Design Instrucional

Para o alcance do segundo objetivo dessa pesquisa que tem como proposta o desenvolvimento de um produto, nesse caso uma intervenção educativa, desenvolveu-se um curso na modalidade à distância com ferramentas apropriadas para essa finalidade.

Assim, o planejamento, implementação e gestão do curso à distância sobre integralidade teve como referencial metodológico o modelo *Integrative Learning Design Framework* (ILDF) dos autores⁽⁵⁰⁾ (Figura 1) que apresentam o *Design Instrucional* (DI) como um processo sistemático e reflexivo com foco nas necessidades do público alvo que busca interpretar princípios de cognição e aprendizagem para o planejamento de materiais digitais, atividades virtuais. Sua prática se orienta por resultados de pesquisas principalmente na área de Educação, Psicologia e Comunicação. Trata-se de uma abordagem sistêmica, que pondera múltiplos fatores que afetam ou podem ser afetados pela implementação de uma iniciativa de educação ou treinamento.

Dentre outros pontos destacados pelo autor como vantagens do modelo de ILDF é a fortalecer a gestão da EaD integrando o trabalho de *designers* instrucionais, *designers* gráficos, instrutores, gerentes, tutores e outros profissionais através de um processo de trabalho sistemático. Além disso, os autores⁽⁵⁰⁾ apontam ainda como propósitos importantes deste método a criação de processos e materiais didáticos que atinjam o objetivo pedagógico, desenvolvimento de materiais eficientes em seu custo-benefício, além da visão ampliada de todo o processo desenvolvido no curso.

O ILDF é um modelo de *Design Instrucional* (DI) sistematizado que considera os conhecimentos da equipe EaD e suas experiências e relatos de aprendizagem para contextos, conteúdo, alunos, estratégias e tecnologias específicas. Dividido em três fases: exploração, *enactment* (traduzida como aprovação) e avaliação, o modelo ILDF possibilita a seleção de estratégias instrucionais específicas e o alinhamento entre essas e as características dos modelos pedagógicos mais adequados ao sistema online de aprendizagem e ao contexto sociocultural dos alunos. Com relação às fases do modelo ILDF, resumidamente pode-se dizer que: na fase de exploração ocorre a investigação e documentação de todas as informações relevantes relacionadas ao cenário instrucional, incluindo experiências individuais e coletivas do professor ou desenvolvedor e de outros envolvidos na situação de instrução. Na fase de aprovação (*enactment*) são mapeadas as informações recolhidas na fase de exploração sobre o processo de aprendizagem, o conteúdo e os modelos pedagógicos existentes. Na fase de avaliação do modelo ILDF são determinados os propósitos, resultados desejados e métodos de

avaliação da aprendizagem online, incorporando a avaliação formativa e revendo ciclos que resultam na efetiva implementação e resultados previstos⁽⁵⁰⁾.

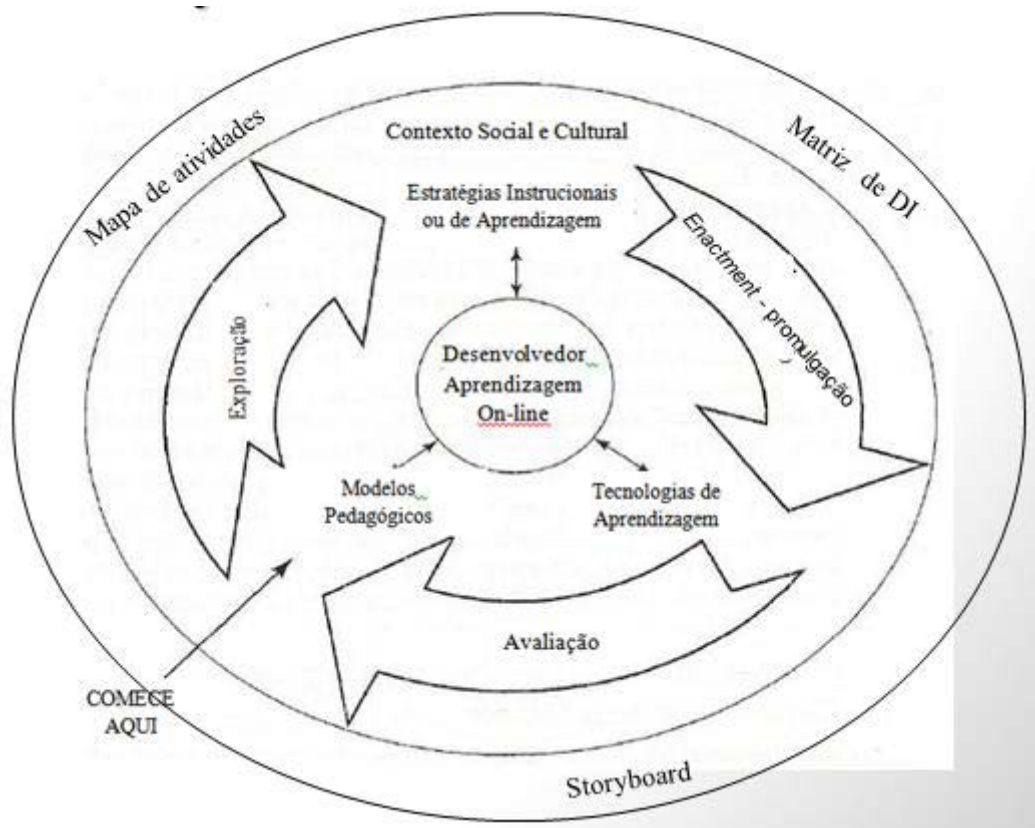


Figura 1: Modelo ILDF adaptado⁽⁵⁰⁾

Acredita-se que potencializar o trabalho da Equipe de EaD propondo instrumentos que facilitem o processo de trabalho, desde o planejamento de qualquer curso até sua implementação e avaliação, são peças importantes a serem multiplicadas em qualquer espaço de desenvolvimento da EaD.

A teoria pedagógica utilizada na construção e implementação do curso foi a freiriana que enfatiza o processo histórico-social e o papel da linguagem no desenvolvimento do indivíduo⁽⁵¹⁾.

3.2 Caracterização do Local do Estudo – Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde do município de São José do Rio Preto que está localizado no noroeste paulista, a 443 km de São Paulo e a 600 km de Brasília. Possui dois distritos, Engenheiro Schmitt e Talhado, e sua população atualizada pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo 2010 é de 408.435 habitantes⁽⁵²⁾. A estimativa para o município de população residente é 438.354 habitantes⁽⁵³⁾.

O município torna-se um importante eixo de escoamento da safra agrícola e de manufaturados da região centro-oeste do Brasil por estar situado entre as rodovias Washington Luís (SP – 310), Transbrasiliana (BR – 153) e Assis Chateaubriand (SP – 425). Outra opção de acesso é através do Aeroporto Estadual Prof. Eriberto Manuel do Reino.

Na estruturação do modelo de saúde local, o Sistema Municipal está hierarquizado, e estão definidos cinco distritos de saúde (Figura 2), denominados Distritos de Saúde localizados nas regiões norte, sul, leste e oeste. O processo de trabalho nas 26 Unidades da AB está organizado a partir de uma população adstrita, com área da abrangência definida.

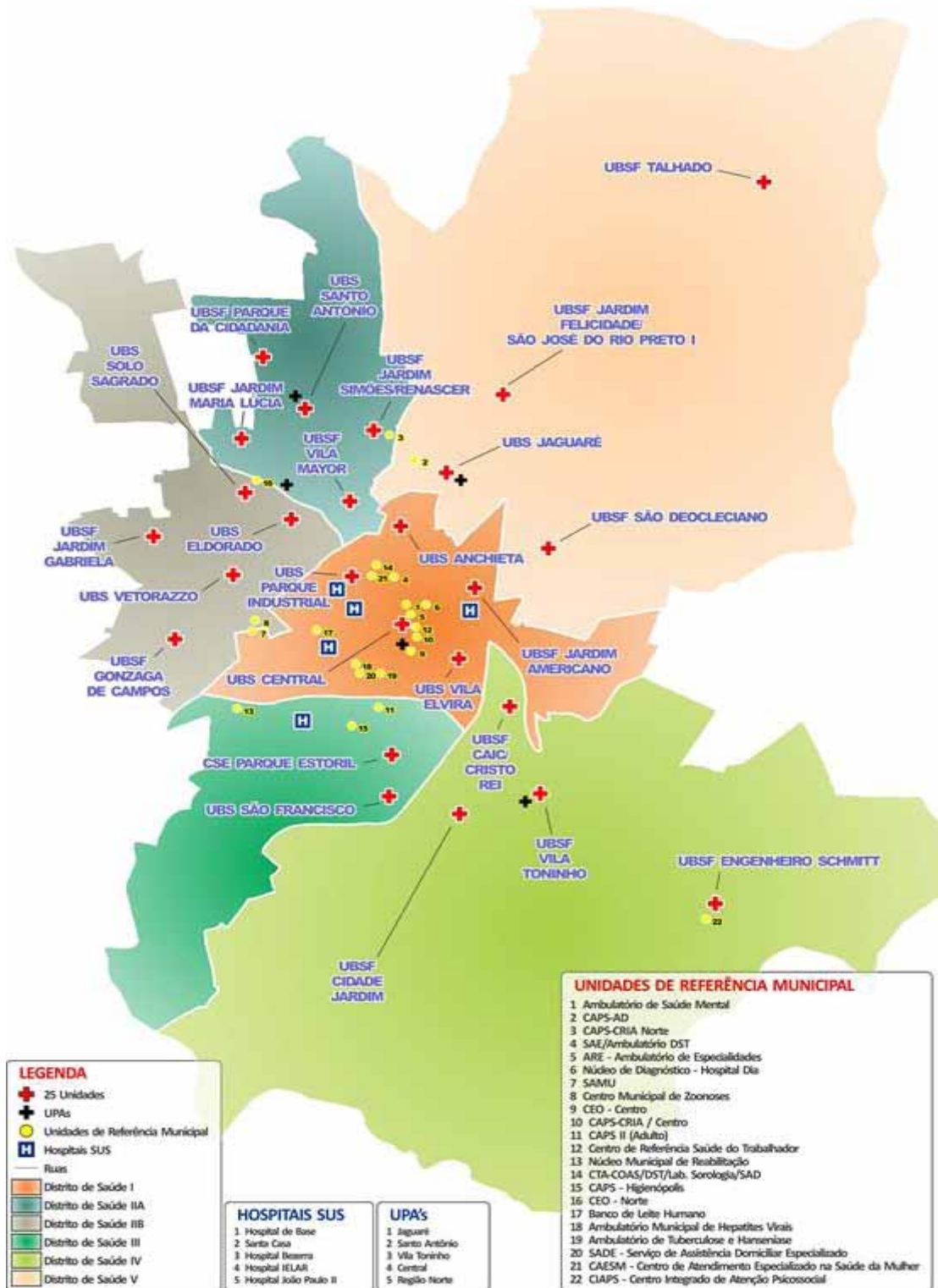


Figura 2: Distritos de Saúde do Município de São José do Rio Preto

Organizada sob os princípios fundamentais de integralidade, qualidade, equidade e participação social, a AB do município tem como missão institucional ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, tendo a Saúde da Família como a estratégia principal para consecução das metas estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

A AB constituiu-se por 26 unidades de saúde, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 14 Unidades de Saúde da Família (USF). A porcentagem de cobertura da AB da população do município no ano de 2014 foi de 58,68%⁽⁵⁴⁾.

Atualmente contamos no município com 30 Equipes Saúde da Família e 15 Equipes de Saúde Bucal, atuando em 15 USF. No entanto, como forma de qualificar a AB a gestão atual adotou como política de reorganização do modelo de saúde com a definição de áreas de abrangência, o que tem permitido maior conhecimento da população, bem como da sua morbimortalidade e condições de vida, contribuindo para o diagnóstico de saúde dos territórios⁽⁵⁴⁾.

As UBS oferecem atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Odontologia e Enfermagem. Nas USF, o atendimento é proporcionado pelo médico generalista e conta com o apoio de ginecologistas e pediatras⁽⁵⁴⁾.

Recentemente, o município foi classificado como o quinto melhor em saúde pública, entre 29 municípios classificados como mais ricos do País, em avaliação realizada pelo MS, o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que avaliou, no período de 2008 a 2010, o acesso e a efetividade dos serviços de AB, hospitalar, ambulatorial, urgência e emergência por meio de 24 indicadores. Em uma pontuação de zero a dez, São José do Rio Preto atingiu 6,55, sendo superior à média nacional (5,47), estadual (5,77) e do Sudeste (5,56)⁽⁵⁴⁾.

A Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto busca continuamente, a construção de um espaço de diálogo com as Instituições de Ensino do Município, contribuindo para a melhoria do processo de formação dos futuros profissionais de saúde, melhores respostas às necessidades da população e a operacionalização do SUS. A forma de aprimorar a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde visa à transformação do aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária.

O cenário da integração ensino e serviço iniciou com a assinatura de Termo de Convênio entre a Secretaria de Saúde e Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP), em 16 de junho de 2008, estabelecendo-se os Distritos III e IV como espaços para desenvolvimento de estágio curricular de graduação, extensão, residência, aprimoramento e

especialização dos cursos de Medicina e Enfermagem, na AB, norteado pela Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008⁽⁵⁵⁾, que dispõe sobre o estágio de estudantes. Conta com o compromisso da FAMERP com a formação dos profissionais de saúde e com a qualificação da rede de atenção. Por meio de um programa intitulado “Integração Ensino-Serviço” a FAMERP propicia aos seus alunos a vivência da prática em cenários de saúde reais viabilizados por meio de parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde, que disponibiliza Unidades de Saúde, de Pronto Atendimento e de Atendimento Psicossocial; com a Fundação da Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME) que conta com as unidades do Hospital de Base, do Hospital da Criança e Maternidade, do Ambulatório e do Hemocentro, além de parcerias diversas como o Centro de Reabilitação Lucy Montoro, a Santa Casa e o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. Conta com o compromisso da FAMERP com a formação dos profissionais de saúde e com a qualificação da rede de atenção à saúde ofertando cursos de Enfermagem e Medicina. Além disso, os graduados tem a possibilidade de se aperfeiçoarem em áreas especializadas nas vagas dos 61 programas de Residência Médica, 05 de Residência Multiprofissional e 26 de Aprimoramento⁽⁵⁶⁾.

Neste caminho a Secretaria de Saúde, a partir de 2011, promoveu a ampliação do processo de inserção das Instituições de Ensino nos cinco Distritos de Saúde do município de modo a construir um espaço de responsabilidade compartilhada com ações preventivas, assistenciais e de promoção à vida da população do município, nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, de acordo com a distribuição do mapa distrital (figura 3).

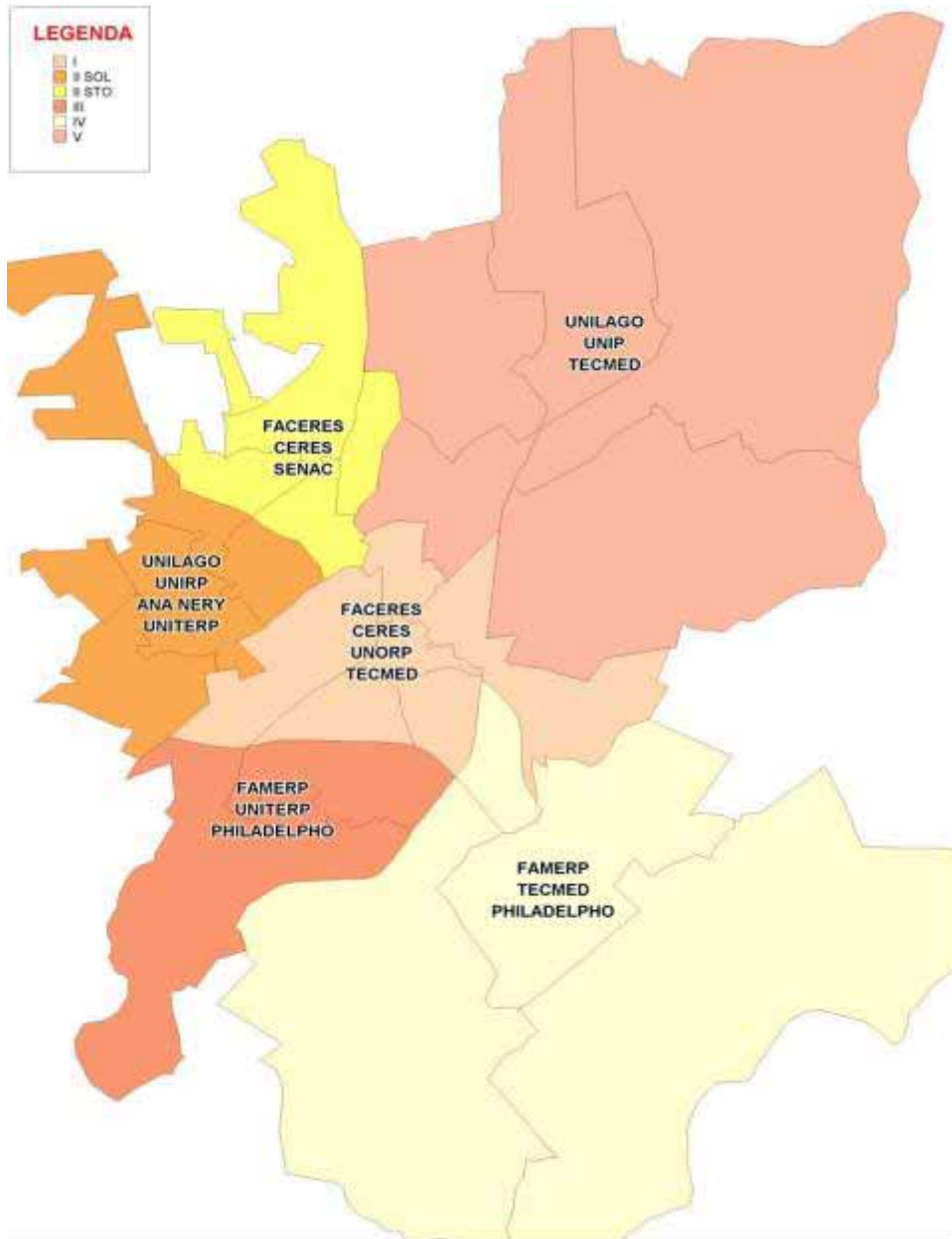


Figura 3 – Mapa de distribuição das Instituições de Ensino nos Distritos de Saúde

A construção dos espaços de ensinar e aprender se concretizam na integração de profissionais de saúde, estudantes, docentes e usuários, ao processo de produção em serviços, por meio de relações horizontais de cooperação mútua entre os atores, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde, motivando a compreensão crítica, reflexiva e participativa dos contextos vividos⁽⁵⁷⁾.

Nesta proposta se contempla a integralidade e longitudinalidade das ações, assim como a dimensão individual e coletiva, primando pela ênfase da abordagem interdisciplinar com ampla articulação entre as ações preventivas e curativas.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Fizeram parte deste estudo vinte e dois enfermeiros da AB do município de São José do Rio Preto que atenderam os critérios de elegibilidade e suficientes para responderem o objetivo da pesquisa (saturação teórica). O total de sujeitos entrevistados está distribuído nos cinco distritos de saúde representando assim, os diferentes territórios do município e suas áreas de abrangência.

Quadro1: Distribuição de entrevistas por área de abrangência

Distrito Saúde	Área de Abrangência
I	UBS Anchieta
	UBS Central
	USF Jardim Americano
	UBS Pq. Industrial
II - Sto Antônio	USF Pq. da Cidadania
	USF Maria Lúcia
	USF Renascer
	UBS Vila Mayor
	USF Nova Esperança
II - Solo Sagrado	UBS Eldorado
	USF Gabriela
	USF Gonzaga de Campos
	UBS Vetorazzo
III	CSE Estoril
	UBS São Francisco
IV	USF Caic
	USF E. Schmitt
	UBS Vila Toninho
	USF Cidade Jardim
V	UBS Jaguaré
	USF Talhado
	USF S. J. Rio Preto I
	USF São Deocleciano

Atualmente, a AB conta com 59 enfermeiros⁽⁵⁴⁾. A opção de desenvolver este estudo a partir da visão dos enfermeiros da AB vincula-se ao fato de que o enfermeiro deste serviço atua como articulador das ações de assistência à saúde, do trabalho em equipe, além de ter conhecimentos e experiências quanto à organização do trabalho dos serviços de saúde e

também pela AB ser considerada, pelas políticas ministeriais vigentes, o centro de coordenação do cuidado nas RAS.

O público alvo do curso Integralidade na Saúde foi composto por 28 enfermeiros da AB. Foram disponibilizadas, inicialmente, 30 vagas para o curso a distância através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) *Moodle* que está disponível no servidor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São José do Rio Preto. Neste ambiente, via internet, o aluno estabeleceu sua relação com o curso, interagindo, colaborando, avançando a partir das atividades propostas. O projeto de educação a distância (EaD) foi contemplado na Programação Anual de Saúde de 2014. Compõe na estrutura administrativa da SMS, o Departamento de Tecnologia, o Departamento de Planejamento com a Gerência de Educação que viabilizaram a implantação da EaD para a rede municipal de saúde no ano de 2014⁽⁵⁴⁾.

O curso foi amplamente divulgado (ANEXO 3) em espaços de reuniões, site do município, contou-se com o apoio dos gerentes das unidades da AB para a ampla divulgação e incentivo à participação como forma de aprimorar os conhecimentos sobre a temática fortalecendo assim a AB.

3.3.1 Critérios de Elegibilidade

Enfermeiros que atuam, no mínimo, há um ano na saúde e que concordaram em participar da pesquisa com a garantia do anonimato e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

Para a realização do curso Integralidade na Saúde foi divulgado a necessidade dos participantes que apresentam conhecimentos básicos de informática como forma de garantir o bom aproveitamento durante o curso.

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados a partir de entrevistas norteadas pelas seguintes questões: Conte-me sua experiência com a integralidade na saúde? Como o enfermeiro percebe a integralidade na saúde? Quais as ações necessárias para uma ação mais efetiva neste cenário? As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador de novembro de 2013 a janeiro de 2014 segundo a conveniência dos sujeitos e áudio-gravadas com tempo médio de duração de doze minutos.

3.5 Aspectos Éticos

Como se trata de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12 com parecer de aprovação número 349.767. Cada entrevistado assinou um termo de consentimento com os devidos esclarecimentos sobre objetivos e método do estudo. Assim, com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos, os depoimentos foram numerados com algarismos romanos e sequencialmente: I, II, e assim sucessivamente até o XXII.

3.6 Análise dos Dados

Para análise dos depoimentos, foi realizada a transcrição e as leituras das descrições buscando o significado da essência das unidades de significado, a experiência do sujeito no seu cotidiano, expressão dos significados, tematizando e interpretando as falas. A análise de dados seguiu o referencial da fenomenologia, segundo a estrutura do fenômeno⁽⁵⁸⁾, incluindo as etapas de análise ideográfica (análise individual dos depoimentos), análise nomotética (análise da globalidade dos depoimentos) e síntese (compreensão do fenômeno pelas convergências, divergências e idiosincrasias).

A análise ideográfica ou individual busca tornar visível a ideologia que permeia a descrição do sujeito. A análise nomotética é feita com base na ideográfica, indicando a passagem do individual para o geral. Finalmente, formula as generalidades do fenômeno, que são descritas sob forma de temas e subtemas. Nesse caminhar da análise ideográfica para a análise nomotética são tematizadas e categorizadas as convergências que serão interpretadas pelo pesquisador, que trará para a compreensão dos dados obtidos o conhecimento e os dados de estudos a respeito do tema, procurando ampliar a discussão e a compreensão dos significados desses no universo do conhecimento científico⁽⁵⁹⁾.

A análise do processo de construção e desenvolvimento do curso Integralidade na Saúde aconteceu de forma contínua por meio dos três tipos de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. Elas foram utilizadas em diferentes momentos da formação e a avaliação formativa acontece durante o processo de ensino aprendizagem, podendo ocorrer mudanças durante e não somente ao final do curso⁽⁶⁰⁾. A avaliação informal foi utilizada constantemente provocando mudanças e construindo o conhecimento. Já a avaliação diagnóstica que detecta a presença ou ausência de conhecimentos anteriores que poderão auxiliar no direcionamento do plano de ensino foi utilizada por meio de questionamentos nos

fóruns de dúvidas para o aluno com o objetivo de esclarecê-las e para verificar o conhecimento anterior e poder planejar o ensino de acordo com a realidade do aluno. A avaliação somativa enfatiza a utilização de testes, provas formais e exercícios avaliativos, durante o curso foram propostas três tarefas que abordavam a temática do fórum. Ao final de cada atividade proposta, os formadores/ tutores tiveram um prazo de 72 horas para postar o comentário da tarefa realizada por meio da ferramenta Avaliações ou por meio dos Comentários garantindo o *feedback* reflexivo ao aluno. O curso contou com dois encontros presenciais, sendo um no início e outro ao final.

Os critérios de aprovação foram de sessenta por cento de participação no ambiente virtual que corresponde à realização das atividades dentro dos prazos propostos e para encontro presencial foi de quarenta por cento de desempenho que corresponde à apresentação da matriz de intervenção proposta pelo curso.

4 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Análise Idiográfica

Consistiu na análise individual dos discursos visando à compreensão do sujeito do estudo sobre a integralidade na saúde. Para revelarmos os passos realizados, conforme o referencial metodológico, mantivemos a seguir dois depoimentos na íntegra e o processo de análise. Os demais depoimentos foram mantidos em anexo.

DEPOIMENTO I
<p>Pesquisador (P): Conte-me sua experiência com a integralidade da saúde? Entrevistado (E): A <u>experiência</u> que tive foi <u>voltada às Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família</u> (1), eu trabalho em um município onde há certas <u>dificuldades em relação à integralidade</u> (2), um exemplo que posso estar citando é a questão de muitas vezes a gente encaminhava os pacientes e <u>não havia a contra referência</u> ,<u>havia somente a referência</u>(3), outra dificuldade encontrada seria em relação ao <u>número de vagas limitadas para determinada especialidade</u> como por exemplo a psiquiatria, eram <u>poucas vagas por mês</u> e isso <u>dificultava a assistência</u>(2). P: Como o enfermeiro percebe a integralidade na saúde? E: Eu percebo que a <u>assistência é fragmentada tanto na área médica como na área enfermagem</u> (4) a gente percebe que a assistência acaba sendo fragmentada porque no exemplo da área de enfermagem, eh, é dividido muitas vezes o paciente. <u>A assistência de enfermagem é dividida por procedimentos, uma pessoa fica na parte dos medicamentos, a outra na verificação dos sinais vitais e a outra em curativos</u>(4) onde você <u>não consegue</u>, às vezes, <u>ter a visão do todo do paciente</u> (5). Então hoje, <u>quando</u> a gente <u>tenta estabelecer a sistematização da assistência de enfermagem</u>, aí <u>um dos objetivos é este, a gente tentar ver o paciente, o cliente como um todo</u> (5). Desde o momento que ele chega, é, desde a primeira assistência quando ele chega até nós até a data da alta, ou que a gente não terá mais contato com este paciente no caso. P: Quais ações necessárias para uma ação mais efetiva nesse cenário? E: <u>Uma das coisas que acho importante é a educação continuada</u>(6), né, treinamento de toda equipe de enfermagem, <u>melhora da questão da referência e contra referência</u> (6), né, acho que é isso.</p>

Os depoimentos foram numerados em algarismo romano e analisados individualmente. As unidades de significado foram identificadas, numeradas em algarismo arábico, para obter-se uma visão geral do depoimento e resgatar a essência do depoimento. Posteriormente, realizou-se a redução fenomenológica, demonstrada em um quadro composto por duas colunas. A primeira coluna, do lado esquerdo, com as unidades de significado, extraídas dos depoimentos. Do lado direito, a coluna da redução fenomenológica correspondendo à linguagem da pesquisadora. Agruparam-se as unidades de significado, já interpretadas, que possuíam um tema comum conforme a similaridade de seu conteúdo.

REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
DISCURSO I

DESCRIÇÃO/ UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO
1-(...) experiência (...) voltada às Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família.	1-A enfermeira refere que possui experiência com ênfase em unidade de atenção primária à saúde (I,1).
2-(...) dificuldades em relação à integralidade (...) não havia a contra referência, havia somente a referência (...) número de vagas limitadas para determinada especialidade poucas vagas por mês (...) dificultava a assistência.	2- A profissional destaca as dificuldades em relação à integralidade, sendo a contra referência e o número de vagas limitadas para o atendimento das especialidades (I, 2).
3- (...) havia somente a referência.	3- A enfermeira relata que a referência é realizada (I,3).
4-(...) a assistência é fragmentada tanto na área médica como na área enfermagem. A assistência de enfermagem é dividida por procedimentos, uma pessoa fica na parte dos medicamentos, a outra na verificação dos sinais vitais e a outra em curativos.	4-Relata que a assistência, tanto médica quanto de enfermagem, é fragmentada. Cita com exemplos a divisão da assistência de enfermagem em: medicação, controle de sinais vitais e curativos (I,4)
5- (...) não consegue (...) ter a visão do todo do paciente (...) quando (...) tenta estabelecer a sistematização da assistência de enfermagem (...) um dos objetivos é (...) a gente tentar ver o paciente, o cliente como um todo.	5- A enfermeira revela que não é possível ter uma visão do todo do paciente e um dos objetivos da Sistematização da Assistência de enfermagem é assistir de forma holística (I, 5)
6 - Uma das coisas que acho importante é a educação continuada (...) melhora da questão da referência e contra referência.	6- A educação continuada e a melhoria da referência e contra referência são pontos relevantes elencados pela entrevistada.

COMPREENSÃO DOS RESULTADOS

DISCURSO I

REDUÇÃO	COMPREENSÃO/ TEMAS
1-O enfermeiro refere que possui experiência com ênfase em unidade de atenção primária à saúde (I, 1).	Experiência Profissional Ênfase na assistência em unidades de atenção primária a saúde (I-1).
2- A profissional destaca as dificuldades em relação à integralidade, sendo a contra referência e o número de vagas limitadas para o atendimento das especialidades (I, 2).	Desafios para a integralidade Os desafios para a integralidade no SUS relacionam-se a realização da contra referência e o número limitado de vagas para as especialidades médicas. A assistência médica e de enfermagem são fragmentadas, refletindo na maneira de realização dos cuidados (I-2.4)
3- O enfermeiro relata que a referência é realizada (I, 3).	Fortalezas para a integralidade A referência é uma fortaleza para a integralidade. Com realização da SAE é possível assistir o paciente de forma integral. A prática da educação continuada e a melhora da referência e contra referência também contribuem com a prática da integralidade (I-3,5,6).
4-Relata que a assistência, tanto médica quanto de enfermagem, é fragmentada. Cita com exemplos a divisão da assistência de enfermagem em: medicação, controle de sinais vitais e curativos (I, 4)	
5- O enfermeiro revela que não é possível ter uma visão do todo do paciente e um dos objetivos da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é assistir de forma holística (I, 5).	
6- A educação continuada e a melhoria da referência e contra referência são pontos relevantes elencados pela entrevistada.	

DEPOIMENTO II

P: Conte-me sua experiência com a integralidade da saúde? E: É...na atenção básica, é..., eu acho muito importante a integralidade, eu acho que esta é a função da atenção básica mesmo, ver o paciente como um todo. E a gente vendo ele como um todo da pra gente descobrir várias, é..., vários pontos da história dele para gente poder fazer intervenções (1). Um dos pontos que eu tenho dificuldade (2) seria no número aumentado de demanda pra eu como enfermeira dar conta de tudo. Às vezes, não dá pra ter um atendimento integral devido ao tempo e à demanda. Que a população ainda tá, está acostumada com o método antigo, né, medicocêntrico, na queixa e conduta. Quando você vai, às vezes, abordar ela como um todo, ela até estranha (2). P: Como o enfermeiro percebe a integralidade na saúde? E: Na saúde como um todo, eu acredito que a equipe multidisciplinar(3), ela abraça a causa da integralidade, mas quando chega no médico, aí é um pouco mais complicado, porque muitos têm uma formação antiga e não têm esta visão integral e isto acontece até com outros profissionais mais antigos (3) que não tem esta visão integral. O trabalho em equipe(4) agora eu tenho uma experiência atípica. Mas, antigamente, era mais assim.. equipe era todos os profissionais exceto o médico que não participava deste trabalho em equipe mesmo. Agora eu já tenho uma experiência diferente com este médico que a gente tá trabalhando agora porque ele tem uma visão totalmente diferente que é a visão que todo médico deveria ter mesmo...ele vê o paciente como um todo, ele se preocupa, e ele não vê só o lado físico, só um pedaço. Ele é muito participativo, muito. P: Quais ações necessárias para uma ação mais efetiva nesse cenário? E: O trabalho em equipe é muito importante(5) e eu acredito que a formação do profissional, isso está relacionado à formação, as escolas de saúde incentivarem isso no currículo (5).

REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA

DIRCURSO II

DESCRIÇÃO/ UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO
1 (...) a integralidade (...) é a função da atenção básica...ver o paciente como um todo (...) descobrir vários pontos da história dele para fazer intervenções.	1- O enfermeiro relata ser papel da atenção básica a integralidade, enxergando o paciente de forma integral e elucidando seu contexto seu histórico a fim de propor ações de intervenção (II, 1).
2- (...) dificuldade seria o número aumentado de demanda (...) não dá para ter um atendimento integral devido ao tempo e à demanda (...) a população está acostumada com o método (...) medicocêntrico (...) queixa e conduta. Quando (...) aborda (...) como um todo, ela (...) estranha.	2- Ressalta as seguintes dificuldades: a elevada demanda, a falta de tempo e o modelo médico centrado focado na queixa-conduta, com o qual a população está tão acostumada que quando abordada integralmente demonstra estranhamento (II,2).
3- (...) a equipe multidisciplinar abraça a causa da integralidade (...) mas o médico é mais complicado, porque muitos têm (...) formação antiga (...) não tem visão integral e isto acontece (...) com outros profissionais mais antigos.	3- O profissional coloca que a equipe formada por múltiplos profissionais se envolve com a questão da integralidade. Porém, o médico, pela formação antiga, não apresenta um olhar holístico e este fato se estende à outros profissionais também antigos (II, 3).
4- (...) o trabalho em equipe agora (...) tenho uma experiência atípica (...) antigamente (...) equipe era todos os profissionais exceto o médico. Agora (...) este médico que está trabalhando (...) tem uma visão diferente (...) vê o paciente com um todo (...) se preocupa (...) não vê só o lado físico (...) é muito participativo. O trabalho em equipe é muito importante.	4- O enfermeiro revela que tem experienciado uma situação atípica em relação ao trabalho em equipe, pois, em momentos anteriores vivenciados, o médico não participava junto ao restante dos profissionais das ações de equipe. Neste momento, o médico da equipe apresenta uma visão diferenciada pautada na visão integral, sendo, portanto, um

	integrante participativo (II, 4).
5 – O trabalho em equipe é muito importante (...) acredito que a formação profissional (...) as escolas de saúde incentivarem isso no currículo.	5- O enfermeiro acredita que as instituições de ensino devem investir na temática do trabalho em equipe e formação profissional (II, 5).

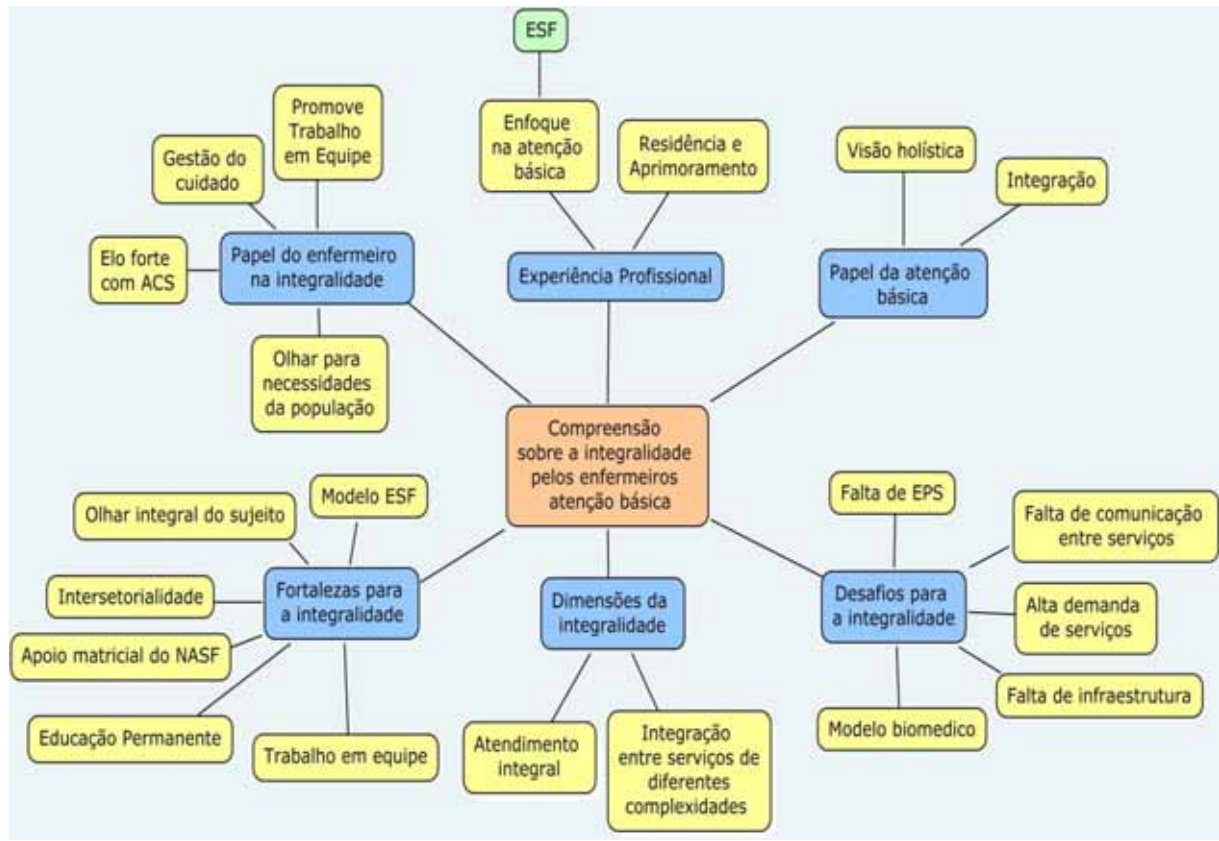
COMPREENSÃO DOS RESULTADOS
DISCURSO II

REDUÇÃO	COMPREENSÃO
1- O enfermeiro relata ser papel da atenção básica a integralidade, enxergando o paciente de forma integral e elucidando seu contexto seu histórico a fim de propor ações de intervenção (II, 1).	Papel da atenção básica Visualizar o paciente de forma ampla e integral, investigar sua história para traçar intervenções (II- 1).
2- Ressalta as seguintes dificuldades: a elevada demanda, a falta de tempo e o modelo médico centrado focado na queixa-conduta, com o qual a população está tão acostumada que quando abordada integralmente demonstra estranhamento (II,2).	Desafios para a integralidade Os desafios para a integralidade no SUS são o tempo reduzido para atender a grande demanda, o modelo médico centrado, o envolvimento do profissional médico e de outros profissionais com maior tempo de serviço (II- 2, 3).
3- A profissional coloca que a equipe formada por múltiplos profissionais se envolve com a questão da integralidade. Porém, o médico, pela formação antiga, não apresenta um olhar holístico e este fato se estende à outros profissionais também antigos (II, 3).	
4- O enfermeiro revela que tem experienciado uma situação atípica em	

<p>relação ao trabalho em equipe, pois, em momentos anteriores vivenciados, o médico não participava junto ao restante dos profissionais das ações de equipe. Neste momento, o médico da equipe apresenta uma visão diferenciada pautada na visão integral, sendo, portanto, um integrante participativo (II, 4).</p>	<p style="text-align: center;">Fortalezas para a integralidade</p> <p>Situação atípica de trabalho em equipe que conta com a dedicação do médico que é participativo e envolvido. Há necessidade de investimento na formação profissional, sobre o trabalho em equipe (II- 4, 5).</p>
<p>5- O enfermeiro acredita que as instituições de ensino devem investir na temática do trabalho em equipe e formação profissional (II, 5).</p>	

MAPA CONCEITUAL: REPRESENTAÇÃO DA COMPREENSÃO

A fim de representar alguns temas desvelados na pesquisa, realizamos o mapa conceitual abaixo:



Quadro 02- Nomotético

TEMAS	DEPOIMENTOS
Experiência profissional	I,III, V,XVI,XVII, XVIII, XIX
Papel do enfermeiro na integralidade	IV, VIII,IX, X, XI,XII,XV,XVI,XVII,XXII
Papel da atenção básica	II,VI,VII
Dimensões da integralidade	III,XIII,XVIII, XX, XXI
Desafios para a integralidade	I,II,III,IV, V, VI, VII, VIII, X,XI,XIV, XV, XVI, XVII, XVIII,XIX,XX,XXI,XXII
Fortalezas para a integralidade	I,II,III, V, VI,IX,X,XI,XII, XV, XVIII, XIX,,XXII

4.2 Análise Nomotética

4.2.1 Experiência profissional



O tema “Experiência profissional” revela a perspectiva dos sujeitos do estudo que demonstraram experiência com enfoque em unidades da AB, em especial a ESF que permite o planejamento das ações com foco preventivo ampliando a visão integral. Além disso, a oportunidades de cursar residência e aprimoramento nesta área fortalece o profissional para atuar em saúde pública. O trabalho na AB também propicia realizar consulta de enfermagem, participar de reuniões, ser gestor do cuidado, ser responsável pela atenção à saúde, conforme expressam as falas:

(...) experiência (...) voltada às Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família. (I,1)

(...) desde a minha formação (...) fui para a atenção básica.(...) tive experiência através de um PSF (...) as ações são planejadas (...) E quando planejadas (...) são bem melhores efetivadas (...) com o enfoque realmente para a prevenção (...) no SUS (...) (V,1)

(...) na atenção básica (...) eu comecei a aprender de tudo, a fazer consulta de enfermagem (...) a participar de reunião, a atender paciente, a ser chefe, a ser responsável, responsável técnica. (XVI,1)

(...) vim pra saúde da família (...) a gente sente uma responsabilidade um pouco maior. (...) a gente consegue (...) ver o indivíduo (...) integral, nas diferentes fases da vida (...) (XVII,1)

(...)fiz uma residência multiprofissional na estratégia saúde da família que foi muito boa (...)tive o aprendizado, a integração entre a teoria e a prática (...)ajudou muito para ampliar minha visão para atender as pessoas. (XIX, 1)

O enfermeiro tem demonstrado dedicação nas ações propostas pelo MS. Atividades de planejamento, organização, implementação e avaliação das ações, priorizando ações de promoção e prevenção na saúde, consulta de enfermagem, são atribuições que o enfermeiro vem desenvolvendo no âmbito da saúde da família⁽⁶¹⁾.

Esse profissional, ao longo dos anos de vivência na ESF, vem redescobrando seu papel, criando e recriando o fazer em enfermagem na saúde pública, tanto no cuidado como na promoção da saúde das pessoas. Recomendam-se que as escolas propiciem a atuação dos alunos permeada pelo trabalho multiprofissional, mas mantenham oportunidades de aprendizagem nas ações exclusivas do enfermeiro como consulta de enfermagem, planejamento, coordenação e avaliação dos programas de saúde e da equipe de enfermagem⁽⁶²⁾.

É possível observar a riqueza de experiências na AB, a busca por práticas integrais, compreensão dos ciclos de vida e o amadurecimento para atender necessidades de saúde, conforme expresso nos relatos. O trabalho dos enfermeiros citados incorporou-se a um conjunto de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa de acordo com a política vigente do país. A qualidade da relação enfermeiro-usuário/família, que inclui o acolhimento, configura-se como elemento fundamental no atendimento integral e humano às necessidades da população^(45,63).

Há sujeitos no estudo que demonstraram seus anseios para qualificar sua prática buscando cursos de aprimoramento e residência. Nesse contexto, os programas de residências e aprimoramento são fundamentais já que envolvem diferentes profissionais para uma atuação de forma conjunta favorecendo os preceitos da integralidade.

No que se refere à Residência Multiprofissional, o objetivo é formar competências para o trabalho no SUS, com oportunidades para que propiciem ações significativas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, articulando os conhecimentos da formação inicial, muitas vezes fragmentados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na gestão do cuidado da população^(64,66).

A Residência Multiprofissional em Saúde foi regulamentada pela Lei n.º 11.129, sancionada pelo presidente da República em 30 de julho de 2005, que instituiu a Residência em área Profissional da Saúde. De acordo com essa lei, devem ser priorizadas as áreas de formação necessárias para atender o SUS⁽⁶⁵⁾. O Programa de Aprimoramento Profissional também tem se mostrado como uma forma de qualificação de recursos humanos para o SUS⁽⁶⁷⁾.

Fica evidente a importância de desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação, com planos curriculares orientados para as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais e induzir a preparação de ambientes de aprendizagem em cenários de intersetorialidade que caminham para o olhar integral. Essa construção política e técnica da educação na saúde acontece a partir da articulação interministerial entre o MS e o Ministério da Educação⁽⁶⁸⁾ e do estabelecimento de parcerias entre ensino, serviço e comunidade com a participação de gestores da saúde e da educação, representantes de instituições de saúde e de educação (escolas técnicas do SUS, instituições de ensino superior e de pesquisa); organizações profissionais da saúde e representantes dos movimentos organizados da sociedade com propósitos voltados para a qualificação profissional para o SUS⁽⁶⁹⁾ no desenvolvimento de capacidades críticas, criativas e transformadora⁽⁷⁰⁾.

A formação generalista da enfermeira é um fator de grande potencial que favorece sua inserção no mercado de trabalho. Entretanto, o enfermeiro necessita exercitar a qualidade da relação com o usuário, que deve ser considerado na sua singularidade, complexidade, a própria integralidade e inserção sociocultural, com aceitação da diversidade brasileira⁽⁷¹⁾. São necessários aparatos tecnológicos referentes às tecnologias leves⁽⁷²⁾, nem sempre preferenciais no processo de formação, tampouco objeto de discussão nos espaços da prática.

Os aspectos gerenciais desenvolvidos na prática do enfermeiro vêm da sua formação e são permanentemente construídos na experiência cotidiana. As habilidades e competências gerenciais são construídas ao longo da trajetória profissional podendo ser desenvolvida a liderança no trabalho em equipe, comunicação entre os membros da equipe, gerenciamento de recursos físicos, humanos, materiais e de informação⁽⁷³⁾.

A liderança torna-se essencial na vida profissional do enfermeiro, pois estar apto para se comunicar claramente com o grupo, ser capaz de apontar soluções para os conflitos e ter iniciativa na tomada de decisões são atributos que garantem um desempenho satisfatório na gestão do cuidado. As constantes mudanças na saúde demandam um profissional enfermeiro capaz, seguro, dinâmico e criativo. O enfermeiro sendo um líder aumenta as possibilidades de êxito tanto no que se refere ao atendimento das necessidades da organização como na qualidade dos serviços prestados⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾.

A compreensão da integralidade precisa ser desenvolvida durante toda a formação por meio de práticas pedagógicas na AB que favoreçam a aproximação entre o processo formativo e as necessidades dos usuários dos serviços de saúde⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾. Para tanto, a educação precisa ser também integral e interdisciplinar, com base em referenciais críticos e reflexivos,

desenvolvendo assim competências e habilidades para ações voltadas para o ser humano na sua subjetividade⁽⁷⁾.

A formação e o poder de observação dos profissionais da saúde são aspectos muito importantes no contexto da integralidade, pois são eles quem irão perceber as ações e serviços de saúde que o indivíduo ou a comunidade necessita. Sejam estes atos preventivos, curativos, individuais e/ou coletivos. Os profissionais de saúde precisam estar preparados para poder identificar estas necessidades, assim como, saber quando será necessário estender esta atenção ao âmbito familiar.

4.2.2 Papel do enfermeiro na integralidade



O tema “Papel do enfermeiro na integralidade” revela que as atribuições dos enfermeiros colaboram para fortalecer a integralidade na AB por meio de ações como a promoção do trabalho em equipe, desenvolvimento de grupos educativos, visitas domiciliares, valorização da equipe multiprofissional para a realização das ações coletivas e acolhimento das necessidades da população em conjunto com a equipe.

(...) a gente (...) procura fazer grupos compartilhados (...) fazemos grupos educativos, tudo pra tentar ajudar este paciente da melhor maneira possível (...) (VIII,2)

(...) vamos até a casa do paciente (...) a gente tenta ser uma equipe multiprofissional, orientando (...) pra manter este vínculo de integralidade (...) ter um acolhimento maior com a população. (IX, 2)

O acolhimento não é uma prática isolada, mas um conjunto de atitudes para atender as necessidades do outro com postura pro ativa e que envolva a equipe na busca de maximizar as possibilidades de resoluções compartilhando saberes e práticas⁽⁷⁸⁾.

O enfermeiro como um membro da equipe multiprofissional, deve lutar pelos valores preconizados pelo SUS, bem como a concretização da integralidade na rede básica de saúde. O enfermeiro coordena a equipe, valoriza o planejamento das ações, desenvolve a gestão do cuidado, faz a mediação das ações dos agentes comunitários de saúde, procura conhecer o território de abrangência da unidade de saúde conforme elencado abaixo nas falas:

(...) o papel do enfermeiro seria orientar (...) pacientes (...) organização mesmo (...) organizar fluxo (...) consulta (...) importante ter a consulta de enfermagem, uma agenda de enfermagem (IV-2).

(...) porque ele é o elo entre os agentes de saúde que são as pessoas que têm mais no primeiro contato com a população (...) Ele é o articulador principalmente da parte da gestão dos cuidados (...) (XII,2).

(...) o enfermeiro é fundamental (...) na parte do planejamento das ações. (...) de planejar uma ação integral, de discutir as ações, conduzir o trabalho de planejamento (XV,III).

Está diretamente no território, fazendo visitas, encontros, grupos. (...) o fato de conhecer o território (...) a família (...). Tem uma relação íntima com os agentes de saúde (...) que (...) traz muita informação (...) pra enriquecer (...) (XVII,2).

O enfermeiro é uma peça chave dentro das equipes mesmo. (...) colabora muito com este elo de ligação entre os profissionais. Ele acaba sendo a referência dentro da equipe (XXII,3).

Autores⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾ defendem que o enfermeiro tem potencial como integrante da equipe para operacionalizar a integralidade procurando responder aos dilemas vivenciados no trabalho coletivo na AB por meio de estratégias de gestão do cuidado buscando enfrentar as situações presentes com vista à melhoria da qualidade de vida e ao resgate da cidadania do indivíduo e população.

Dentre as competências contempladas nas Diretrizes Curriculares, necessárias para o exercício da enfermagem, destaca-se: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança⁽⁸¹⁾. A liderança representa o processo de influenciar as pessoas a atuar de modo ético-profissional, exigindo a construção de laços de confiança, a fim de que se possa trabalhar em conjunto, com o intuito de alcançar objetivos em comum, o fato do enfermeiro promover o trabalho em equipe revela a competência da liderança⁽⁸²⁾. No processo de trabalho da enfermagem, a liderança representa um instrumento gerencial indispensável, pois favorece as relações humanas do enfermeiro ao gerir uma equipe de trabalho, além de ajudar na tomada de

decisões e no enfrentamento de conflitos. A comunicação é indispensável nesse processo, pois por meio dela o enfermeiro troca conhecimentos, organiza seu serviço e traça objetivos a serem atingidos juntamente com sua equipe⁽⁸³⁾.

A interação enfermeira e comunidade com foco na população caminham para resolubilidade e qualidade do atendimento, além de promover a formação de vínculo, promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a autonomia e a corresponsabilidade para a integralidade das ações⁽⁸⁴⁾.

A equipe de saúde compreende o profissional enfermeiro como um elemento significativo na rede de relações e interações do Agente Comunitário da Saúde (ACS) com a comunidade, sendo visualizado como mediador. Embora apresente alguns sinais de uma liderança autoritária, promove a interlocução e age como um facilitador do trabalho em equipe na promoção da saúde da comunidade⁽⁸⁵⁾.

O trabalho do ACS "se caracteriza pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS"⁽⁶⁾. Sua atividade tem relação direta estreita com o enfermeiro, o qual supervisiona suas atividades. O ACS identifica usuários que necessitam de uma atenção diferenciada pelos demais profissionais, faz o acompanhamento por meio de visitas domiciliares frequentes, por exemplo, e reconhecimento de inconformidades que devam ser compartilhadas com a equipe para traçar intervenções de saúde⁽⁸⁶⁾.

Além da gestão do cuidado, envolvendo toda a equipe de trabalho com foco nas necessidades da população, o cuidado da enfermagem deve ser pautado na ética, e por isso pressupõe habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências. Tal cuidado integral identifica aspectos psicobiológicos, social e cultural. O enfermeiro é observador e investigador das características do usuário, faz análise do contexto que o indivíduo está inserido que vai além da doença e tem um olhar sensível social e ampliado para diversos aspectos⁽⁸⁰⁾ como podemos ver abaixo:

(...) o enfermeiro percebe todos os aspectos do paciente (...) De acordo com os relatos, a observação que ele faz através de uma coleta, histórico (...) ele num todo (...) físico (...)social (...) psicológico (...) os aspectos culturais (...) (X,2).

(...) o enfermeiro é meio que uma peça central nesta situação toda (...) tem a percepção do cuidar (...) se o paciente precisa não só ser focado na doença específica (...) busca uma atenção mais integral do paciente (...) (XI,2).

A integralidade caminha para a ampliação do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais qualificados e envolvidos com as práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde e doença. A integralidade está intimamente ligada com as práticas da enfermagem e toda a equipe de saúde. A valorização da subjetividade do ser humano deve conduzir as ações do enfermeiro e da equipe, tornando-os capazes de criticar e desenvolver uma realidade mais humana⁽⁸⁷⁾.

Surge, assim, o compromisso de uma escuta qualificada das demandas do indivíduo ou população em uma articulação multiprofissional. Os serviços devem, ainda, estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população sob sua responsabilidade⁽³⁰⁾.

Torna assim evidente a necessidade de ouvir mais e atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades através da práxis de educação em saúde pautada na promoção envolvendo a comunidade em um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade⁽⁸⁸⁾. Assim, o acolhimento e vínculo esquecidos diante do aparato tecnológico das máquinas de última geração, são lembrados por meio do princípio da integralidade que visualiza a complexidade do sujeito e suas necessidades sob um olhar integral⁽⁸⁹⁻⁹⁰⁾.

Nestes termos, a integralidade pressupõe o conceito de cuidado em saúde a ser trabalhado e desenvolvido continuamente e de forma compartilhada e em equipe em busca de uma assistência cada vez mais efetiva, global e completa para o indivíduo, família e comunidade.

4.2.3 Papel da atenção básica



O tema “Papel da AB”, abordado por apenas três sujeitos, revela visão holística, além de integrar serviços para atender os usuários e a própria integração entre profissionais e usuários. Nota-se que há vários atributos da AB que não foram mencionados pelos sujeitos como o foco familiar e comunitário, responsabilização pelo território, coordenação da atenção à saúde entre outros. Os sujeitos expressam:

(...) a integralidade (...) é a função da atenção básica...ver o paciente como um todo (...) descobrir vários pontos da história dele para fazer intervenções. (II,1)

(...) função da atenção básica (...) é resolver e ver ele como um todo, (...) é bem complexa nossa população (VI,2).

(...) que eu tenho observado da integralidade é que na atenção básica que ela existe (...) a gente procura estar integrando, praticando esta doutrina do SUS (...) tem que tentar colocar em prática (...) integrando tanto os usuários e o serviço (...) como (...) profissionais (...) ajudando (...) que os usuários (...) possam ser melhor servidos na unidade (...) (VII,1).

A proposta de AB em saúde, na Conferência de Alma-Ata⁽⁹¹⁾, representou um avanço conceitual e tecnológico na visão sobre os sistemas de saúde no mundo, ao defender os princípios de integralidade, qualidade, equidade e participação social em saúde. Estes princípios seriam capazes de acolher e resolver boa parte dos problemas de saúde de indivíduos e comunidades, priorizando grupos sociais mais vulneráveis norteados pelo princípio da equidade.

A integralidade no Brasil faz parte das propostas de Reforma Sanitária desde o início da década de 1980, quando surgem programas específicos e foi finalmente assumida como diretriz para organização do SUS. Como diretriz política, ideal norteador, a integralidade tornou-se atributo importante na avaliação da qualidade do cuidado e na concessão das metas dos serviços e dos Sistemas de Saúde, principalmente no cenário da AB⁽⁴⁾.

O conceito de AB da Portaria nº. 3.925, de 13 de novembro de 1998 expressa que “AB é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam à apenas procedimentos incluídos no grupo Assistência Básica da Tabela do SIA/SUS”. A integralidade pode ser interpretada como atendimento integral focando especialmente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Além disso, pode ser tomada como a articulação entre

promoção, prevenção, recuperação para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se inter-relacionam⁽⁹²⁾.

Foram definidos quatro atributos essenciais da AB⁽⁹³⁾: primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, a própria integralidade e coordenação. Também se definiram dois atributos derivados: centralização familiar e orientação comunitária. O primeiro contato implica em acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde. A longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente, ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços. A coordenação é definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.

A centralização familiar é um atributo derivado que implica em considerar a família como o sujeito da atenção. Este atributo pode ser vivenciado pelos profissionais que atualmente atuam no contexto da ESF. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem⁽⁹³⁾.

Observa-se nas falas dos sujeitos que a integralidade pode ser considerada como um dos atributos próprios da Atenção Primária⁽⁹³⁾.

Todas as ações dentro da AB estão contidas no princípio da integralidade. Ou seja, para contemplá-la são necessários profissionais qualificados capazes de visualizar o ser como uma entidade biopsicossocial, a conduta adequada e os meios propícios para sanar os problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

A AB cumpre papel estratégico de funcionamento do SUS porque propicia a construção de vínculo contínuo com a população. As redes de ações e serviços de saúde, na saúde, vêm da organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde. Garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento são ações que podem ser desenvolvidas no cenário da AB⁽⁹⁴⁾.

Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural buscando produzir a atenção integral⁽⁶⁾.

Além disso, a integralidade pode ser buscada na AB quando profissionais visam o apoio dos trabalhadores de outros setores (intersetorialidade) para dar suporte em questões que somente a unidade de saúde não é suficiente para resolução, sendo uma ação integrada dos diversos setores mais eficazes⁽⁹⁵⁾.

A Portaria N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011, aprova a Política Nacional de AB traz a diretriz de coordenar a integralidade em seus vários aspectos como integrando as ações programáticas e demanda espontânea; manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias visando a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, trabalhando de forma multiprofissional, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais é fundamental para enriquecer a capacidade de cuidado de toda a equipe. Ainda segundo a mesma portaria, essa organização do processo de trabalho pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o foco principal⁽¹⁶⁾.

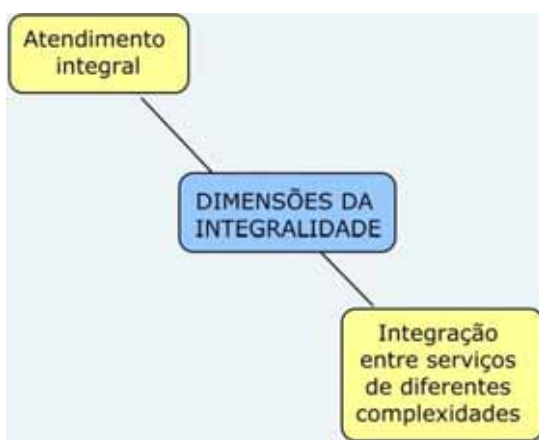
É preciso refletir sobre o princípio da integralidade da atenção na sua aplicação prática ao empregarmos no atendimento cotidiano dos indivíduos que acessam os serviços de saúde em que trabalhamos, seja no acesso do primeiro contato ao facilitarmos a acessibilidade aos serviços de saúde na oferta de cuidados pela equipe de saúde por meio de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias, ou seja, na gestão do cuidado para garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços de atenção à saúde.

A AB pode desenvolver capacidade de escuta e de formação de vínculos positivos, que considerem a singularidade de cada usuário; a resolubilidade e clínica; o suporte técnico-pedagógico para os profissionais; o acesso a recursos situados fora da AB; os modos de organização do processo de trabalho e gestão das agendas⁽⁹⁶⁾.

A AB vem com a proposta de atendimento geral, de criação de vínculo com a comunidade utilizando-se de ações intersetoriais para basear suas ações em saúde de forma mais significativa para o indivíduo e sua família. Não atende somente à saúde individual, mas utiliza-se de abordagem familiar e fundamenta suas ações de saúde, que em sua maior parte devem ser preventivas, no estudo epidemiológico da comunidade.

Portanto, a AB está fundamentada pela integralidade em todos os seus sentidos. Nessa perspectiva, nota-se a necessidade de fomentar esta temática dos atributos da AB relacionando com a integralidade por meio de intervenções educativas para os enfermeiros. O processo educativo pode contribuir com a enfermagem, proporcionando uma ampliação da visão em relação às potencialidades da AB para uma prática integral. Além disso, o enfermeiro, enquanto líder e gestor do cuidado pode interferir neste cenário de forma a fortalecer suas ações com foco nas necessidades do usuário.

4.2.4 Dimensões da Integralidade



O tema “Dimensões da Integralidade”, abordado por apenas cinco sujeitos, traz algumas visões da integralidade, sendo uma percepção mais próxima da visão holística e da integralidade como a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo que procura a AB proposta pelo SUS, conforme o referencial teórico deste estudo.

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão.

Em uma primeira aproximação com a AB, a integralidade pode ser entendida como "atendimento integral" focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Considera-se ainda a integralidade no acesso de primeiro contato do indivíduo ao serviço de saúde, na oferta de fonte continuada de saúde ao usuário, família e sociedade, em orientações comunitárias, sempre com ações que buscam entender qual é o perfil da população pertencente à área adstrita, bem como seus determinantes sociais de saúde (condições socioeconômicas, culturais e ambientais da população; condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes

sociais e comunitárias disponíveis a população), deve-se atentar ainda para o perfil epidemiológico de tal população, onde tais condições e características citadas, devem nortear o planejamento do cuidado para realização de um cuidado integral na AB bem como ações de educação em saúde⁽⁹³⁾.

Assim, pode-se pensar que o centro das atenções dos profissionais de saúde é o sujeito que necessita de cuidados no seu âmbito físico, mental, social, espiritual, e outros capazes de atender as suas expectativas de saúde levando em consideração, portanto, os aspectos subjetivos e as experiências de cada cliente que participa do cuidado⁽⁹⁷⁾. Conforme explicitados abaixo pelos sujeitos entrevistados:

Com o atendimento integral, o indivíduo acessa a unidade e a gente consegue atender ele em todos os níveis: bio, físico, psicossocial. (...) É importante o diálogo, discussões, debates reuniões, traçar metas a partir dos problemas identificados (...) (XXI-2).

(...) a gente tem aquela assistência a criança, ao adolescente, a mulher, ao homem (...) ao idoso (XVIII-2).

Outra visão da integralidade considera as redes de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo que procura a AB eixo principal enquanto referencial teórico da política de saúde vigente. A integração horizontal entre prevenção, promoção e recuperação depende da atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma integralidade, entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde⁽⁵⁾.

Os sujeitos abaixo expressam esta visão da seguinte forma:

(...) consegue ver (...) a questão de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação (...) (XVIII-2).

A integralidade (...) é promoção e prevenção da saúde pro usuário. (...) não atender simplesmente só as queixas, mas as suas necessidades (...) dar continuidade ao tratamento deste paciente (...) (XX,1).

Os sujeitos acima reconhecem a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade como um eixo organizativo de ações em saúde para atender as necessidades de

saúde das populações, como garantia do acesso aos níveis de atenção à saúde. Surge a necessidade de priorizar a concretização deste princípio do SUS pelos gestores municipais, estaduais e federais. Em especial pela necessidade de se enfrentarem os desafios de saúde vividos pela sociedade brasileira como uma totalidade social, ambiental, sanitária, epidemiológica e assistencial⁽²⁹⁾.

Já no âmbito da prática profissional, apontam-se a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos usuários que os procuram para só então poder formular estratégias que busquem atender de forma efetiva as necessidades apresentadas pelo indivíduo. Esta visão não foi expressa pelos sujeitos do estudo⁽¹⁹⁾.

Constatamos que as dimensões da integralidade foram apontadas por apenas cinco sujeitos entrevistados. O que nos leva a refletir sobre a qualidade da assistência prestada aos usuários que procuram os serviços públicos de saúde. Esta temática também necessita ser explorada nos momentos de educação permanente dos profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros, público alvo deste estudo.

4.2.5 Desafios para a integralidade



Os relatos da maioria dos sujeitos trazem o tema “Desafios para a integralidade” em diversos aspectos como fragmentação da assistência, modelo queixa-conduta e médico centrado, falta de comunicação entre os serviços, alta demanda de serviços, falta de treinamento dos profissionais.

(...) a assistência é fragmentada tanto na área médica como na área enfermagem (I-2).

(...) dificuldade seria o número aumentado de demanda (...) a população está acostumada com o método (...) medicocêntrico (...) queixa e conduta (II-2).

(...) A gente tem a maior dificuldade com médicos na integração com a equipe (...) Eles tratam o paciente sozinho, na sua individualidade, não participa com o restante da equipe. É um modelo médico centrado (XXII-2).

(...) tenta (...) trabalha todo mundo em conjunto (...) nem sempre é possível, tem médico que não aceita (...) (VIII-1).

Os sujeitos entrevistados em sua maioria revelaram a dificuldade de envolver o médico no trabalho em equipe, além da população estar acostumada com o modelo centrado no profissional médico, valorizando pouco o trabalho da equipe, além da forte fragmentação da assistência em saúde.

Ao refletir sobre as situações atuais que cercam a prática do cuidar dos profissionais tanto no campo da medicina como enfermagem, ainda existe a tendência de um agir em saúde fragmentado e centrado na doença e na cura. A formação médica e o modelo de assistência revelam diversas influências ⁽⁹⁸⁻⁹⁹⁾, como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização e o curativismo.

A fragmentação do cuidado na saúde tem suas raízes na fragmentação taylorista fortemente presente na divisão de tarefas como no próprio modelo biomédico e na organização do trabalho da enfermagem. Esta fragmentação capitalista vem sendo refletida e tem se caminhado para a organização interdisciplinar do trabalho na saúde valorizando todos os integrantes da equipe⁽¹⁰⁰⁾.

Como consequência das heranças deixadas por essa medicina, encontra-se hoje, no país, precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, principalmente nas unidades de AB⁽³⁾.

Os entrevistados demonstraram dificuldade de trabalhar com o médico na AB corroborando que, de profissional liberal à integrante do SUS, o médico vem percorrendo um caminho que lhe é difícil, já que edifica sua formação, geralmente, em hospitais, com um saber centrado na doença e com uma atividade orientada ao usuário internado. Assim, o médico tem uma prática individual, hospitalocêntrica em sua essência, sendo este o viés fundamental, que se reproduz na prática cotidiana da clínica e se projeta na AB⁽¹⁰¹⁾.

Atualmente, tem se observado algumas iniciativas para a ocorrência de mudanças curriculares nos cursos de Medicina e Enfermagem por meio de programas propostos pelos Ministérios da Saúde e Educação cuja perspectiva de reorientação da formação antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, sendo esses direcionados ao fortalecimento do SUS⁽¹⁰²⁾.

Os valores da base interdisciplinar, intersetorial são contrários ao modelo biomédico que fica enfraquecido com a valorização da interdisciplinaridade nas relações de equipe⁽¹⁰³⁾.

Percebe-se que ao atuarem separadamente, os diversos profissionais perdem a chance de se integrar uns com os outros, o que poderia aprimorar a qualidade da assistência e a interação com os usuários^(100, 104), fortalecendo a integralidade e tornando o trabalho mais prazeroso e motivador.

(...) a correria é tão grande (...) a gente se sente estafada com tanta coisa (...) integralidade não foi assumida por todos, ela não é vista, por falta da educação (...) permanente (...) (V-III).

(...) Esta comunicação com as redes de atenção (...) a falta de conversa entre os serviços (...) é o mais difícil (VII-2)

(...) tenta (...) trabalha todo mundo em conjunto (...) nem sempre é possível, tem médico que não aceita (...) (VIII-1).

(...) falta infraestrutura, recursos humanos não é tão capacitado, não se valoriza a educação permanente da forma como deveria ser valorizada e isso gera desmotivação (...). Falta valorizar a equipe (...) a saúde sozinha não consegue, tem que envolver outros setores como saúde, educação, economia, tem que ser macro (XXI,1).

Estudo⁽¹⁰⁵⁾ expressa que trabalhar com falta de recursos materiais e humanos, além do descontentamento da comunidade, é uma tarefa árdua e pode contribuir para a sobrecarga física e mental do trabalhador da AB. A organização do trabalho deve construir coletivamente medidas de promoção à valorização e o reconhecimento dos seus trabalhadores e seus serviços como estratégia o diálogo com a população sobre os serviços oferecidos na AB como forma de estabelecer vínculo e adesão ao serviço e possível melhoria da satisfação do usuário⁽¹⁰⁶⁾.

Apesar das diretrizes vigentes, muitos processos de trabalhos permanecem ainda na prática de um modelo médico centrado, fragmentado e curativo⁽²⁰⁾.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela inexistência da continuidade da atenção, o foco nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; foco nas intervenções curativas e reabilitadoras; sem exercício da estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico, e o financiamento por procedimentos⁽³⁾.

A implementação da integralidade é um dos maiores desafios do setor saúde no Brasil por acarretar uma transformação do modelo assistencial. Percebe-se na prática cotidiana dos profissionais, um trabalho em equipe muitas vezes enfraquecido pela falta de atuação conjunta dos profissionais⁽¹⁰⁷⁾. Outros estudos⁽¹⁰⁸⁻¹¹¹⁾ revelam ainda que a preocupação que envolve muitos gestores é a pressão da demanda por consultas médicas e forte desvalorização dos demais membros da equipe de saúde, fato este que fragiliza os atributos defendidos pela AB como a educação em saúde, promoção e prevenção de doenças que são ações feitas por profissionais seja no âmbito da unidade de saúde seja no território, muitas vezes extrapolando a saúde e alcançando o plano intersetorial.

Além disso, a infraestrutura inadequada nas unidades de saúde, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção, falta de educação permanente no SUS, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento são os principais entraves enfrentados pela AB^(109,112).

A falta de comunicação entre os serviços é apontada pelos sujeitos do estudo e corrobora com o estudo⁽³⁾ que afirma que a AB não se comunica com atenção especializada e os dois dificilmente se comunica com atenção hospitalar e por consequência são incapazes de dar continuidade na assistência prestada.

O estabelecimento de fluxos, protocolos entre os serviços, no que diz respeito aos mecanismos e ferramentas que favorecem a atenção qualificada e resolutiva, encontram-se a regulação estruturada, fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso e a capacidade de comunicação entre as equipes e os serviços. O uso de protocolos visa à obtenção de dados comuns, a avaliação interdisciplinar a identificação de ações prioritárias de atenção, bem como, subsidia a elaboração de um plano de cuidado, norteando a avaliação do cuidado prestado e a tomada de decisão⁽¹¹³⁾.

Outras estratégias e mecanismos para estabelecer o vínculo entre os distintos serviços e os profissionais são a inclusão da educação permanente, a definição de protocolos e

fluxos assistenciais e de regulação, além da ampliação dos instrumentos de comunicação, tais como o telefone, e-mail e fax ⁽¹¹³⁻¹¹⁴⁾.

A formação acadêmica também é um fator marcante na fragmentação das práticas, enfatizado pela dificuldade dos profissionais de desenvolverem o trabalho em equipe⁽¹¹⁵⁾.

Apesar dos resultados positivos, inclusive com reconhecimento internacional⁽¹¹⁶⁾, o trabalho na AB mesmo com a expansão da ESF traz consigo diversos desafios como a própria qualificação da AB na ordenação das RAS e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento das suas ações, da ampliação de formatos de equipes, por exemplo, para atender a alta demanda, de ações que auxiliem na expansão da resolubilidade e da articulação e suporte com/de outros pontos de atenção da RAS.

Observa-se que grande parte dos sujeitos ao refletir sobre a integralidade expressa os desafios enfrentados no cotidiano marcado por um modelo centrado no médico, pela infraestrutura inadequada, uma demanda alta que dificulta o acompanhamento com qualidade dos usuários, falta de comunicação entre os serviços de saúde que prejudica a continuidade da assistência preconizada pela integralidade. Também foi percebido nos discursos forte colocação sobre a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) e que a ausência desta dificulta a caminhada para uma prática integral.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. A qualificação insuficiente para as mudanças das práticas são percebidas pelos profissionais do estudo. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais com o objetivo de ampliar os conhecimentos teóricos e práticos acerca da integralidade na saúde visando o fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

4.2.6 Fortalezas para a integralidade



Apesar dos desafios já explicitados, os relatos da maioria dos sujeitos trazem também o tema “Fortalezas para a integralidade” em diversos aspectos como trabalho em equipe, intersetorialidade, equipes completas, EPS, integração com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), olhar ampliado para o usuário e seu contexto.

(...) eu acredito muito na saúde da família, a saúde da família veio pra trabalhar (...) integralidade (...) A partir do momento que inseriu o agente comunitário de saúde, que tem um olhar fundamental pro trabalho da equipe (...) começou-se a trabalhar reunião de equipe (...) discussões de casos, o apoio do NASF (...) veio (...) isso tudo veio pra contribuir com a ação integral (XV-II).

(...) na saúde da família a questão da integralidade fica mais fácil por conta da equipe participar, ter uma interação maior da equipe e a gente tem o apoio do NASF (XI-1).

(...) integralidade é (...) pensar (...) na saúde da família (...) nos princípios do SUS (...) temos que focar principalmente aqueles que precisam mais (...) (XII-1).

A ESF foi criada em 1994 com o objetivo de promover a reorganização das ações de saúde no país. É um modelo de atenção à saúde eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da AB no país. O município de São José do Rio Preto tem 33,19% de cobertura de equipe saúde da família contando com 3 equipes de NASF modalidade 1⁽⁵⁴⁾. Os sujeitos da pesquisa apontam o modelo da ESF como propício para exercer a integralidade corroborando com vários estudos^(29, 117,118,119). No âmbito da ESF é possível promover um cuidado integral direto à família, tendo como foco identificar seus problemas de saúde e estabelecer ações que busquem atender as suas necessidades, de acordo com o contexto que está inserida.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na AB, o MS criou os NASF, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008⁽¹²⁰⁾. Essa criação significou o início de uma política perspicaz, mas que ainda não contemplava grande parte dos municípios brasileiros. Para que qualquer município pudesse exercer esta nova política e para incentivar o aprimoramento do trabalho já implantado, novas regulamentações foram elaboradas. As portarias vigentes que se referem ao NASF são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011⁽¹⁶⁾ e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012⁽¹²¹⁾.

O trabalho é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. É uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes da AB⁽¹²²⁾.

Os enfermeiros do estudo relatam que o NASF é uma fortaleza para a integralidade, a equipe da AB deve estabelecer um vínculo com esta equipe potencializando as ações ofertadas à população.

Estudos apontam a necessidade de garantia de espaços de discussão de casos, elaboração de planos de cuidados compartilhados além de necessidade de fomentar o papel formador de caráter pedagógico, divulgação das ações na comunidade fortalecendo a participação social^(110,123).

O apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a proatividade dos profissionais para atuar na lógica do apoio matricial são essenciais para a sua consolidação de seu modo de operar na AB⁽¹²²⁾.

Há diversas possibilidades de composição do NASF como a inserção de assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. Dessa forma, pode-se dizer que se constitui em retaguarda especializada para as equipes de AB/Saúde da Família. Desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica⁽¹²²⁾.

O trabalho é orientado pelas diretrizes da AB. Ou seja, deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade⁽¹²²⁾. As percepções dos enfermeiros revelam o NASF como uma estratégia importante para as ações integrais em consonância com a política atual vigente.

O principal objetivo é aumentar a resolubilidade e a qualidade da AB com o aumento das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, ampliam-se as ações da AB, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades⁽¹²²⁾.

Estudo⁽¹²³⁾ traz que o NASF é um dispositivo inovador que amplia a corresponsabilidade pelo cuidado, a interdisciplinaridade sem descaracterizar as especialidades, possibilidade de articulação entre os níveis de atenção em especial ao secundário, organização de agenda para discussão de casos, pode intervir em encaminhamentos desnecessários, elaboração de planos de cuidados com ações compartilhadas em equipe além de contribuir com a formação dos profissionais visto o perfil formador da equipe.

Torna-se, assim, claro que os objetivos do NASF convergem para contribuir com a integralidade na saúde.

O trabalho em equipe é muito importante (...) acredito que a formação profissional (...) as escolas de saúde incentivarem isso no currículo (II-5).

(...) pra facilitar seria mesmo uma gama de profissionais maior dentro do território (...) ter equipes completas de acordo com a população definida (...) teria que ter um tempo (...) uma constância (...) (X-3).

(...) as capacitações frequentes (...) são importantes (...) surgem protocolos novos (...) tem que ta se atualizando (...) a educação permanente (...) (XII-3).

(...) Acredito que a integralidade ao cuidado à pessoa é fundamental (...) olhar todos os aspectos. Ver onde ele vive, a família, os relacionamentos, a parte psicossocial (...) aspectos físicos (...) tudo isso para a gente dar um atendimento mais humanizado (XIX-2).

Corroborando com estudos, os sujeitos compreendem a organização do trabalho e a resolubilidade com enfoque no trabalhador/equipe. Enfatiza-se, assim, a importância da interação da enfermeira para integralidade e resolubilidade da assistência, eficiência e organização do trabalho em equipe e satisfação profissional⁽⁸⁴⁾. O trabalho em equipe foi uma

fortaleza proposta aos profissionais da AB. Dentro de seus processos de trabalho individuais, eles descobriram a importância de se fazer saúde de uma forma integral, que se inicia, se cria dentro do próprio relacionamento de respeito/solidariedade entre a própria equipe e da equipe para com a sua comunidade⁽¹²⁴⁾. Outro ponto de vista acerca da integralidade é ser indispensável o envolvimento das redes de cuidado e do trabalho com os pares – os serviços, o ensino e a comunidade⁽¹²⁵⁾.

A interdisciplinaridade também revelada pelos sujeitos é uma estratégia para reduzir a fragmentação do cuidado fortalecendo a integralidade reorganizando o processo de trabalho com objetivo de atender a complexidade das necessidades da população buscando unir saberes e práticas em prol de objetivos comuns da equipe de saúde⁽¹²⁶⁾. Assim, a equipe quando se torna interdisciplinar passa vivenciar o trabalho em saúde com a participação de todos no planejamento, implementação e avaliação integral da assistência.

Os sujeitos do estudo valorizam a EPS. E ao refletir sobre a Política Nacional de EPS nota-se que ela aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Além, de implicar em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social. A Portaria n.º 278 define EPS como: aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde⁽¹²⁷⁾.

Atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”, conspirando para o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS ⁽¹²⁸⁻¹²⁹⁾.

Para produzir mudanças no processo de trabalho das equipes, nas práticas de gestão, de atenção e de controle social, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes no SUS de forma a problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e nos espaços de interação entre elas, a comunidade e a gestão, construindo novos pactos de organização do sistema, a partir da convivência e de estratégias e de ações que aproximem o SUS que temos dos princípios da reforma sanitária⁽¹¹³⁾.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para

uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis⁽¹²⁷⁾.

Estudo⁽¹³⁰⁾ demonstra a necessidade de criação e manutenção de espaços de EPS para que os profissionais da saúde se apropriem de seu trabalho clínico na perspectiva da clínica ampliada.

Desenvolver a integralidade na saúde significa responsabilizar-se por um fazer em saúde como princípio educativo que quebra com o saber pronto e fora do contexto, ou seja, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença permeado por valores, crenças, políticas, economias e planos sociais⁽⁷⁾.

5 SÍNTESE

Ao desvelar a essência do fenômeno da percepção dos enfermeiros da AB sobre a integralidade na saúde, percebemos que ocorreram convergências, divergências e idiosincrasias nos depoimentos, as quais possibilitaram compreender o mundo subjetivo dos participantes do estudo.

Segundo as perspectivas dos sujeitos, emergiram os temas: experiência profissional, papel do enfermeiro na integralidade, papel da AB, dimensões da integralidade, desafios para a integralidade, fortalezas para a integralidade.

Os temas desvelaram que a integralidade na saúde é percebida desde a formação profissional, contribuindo para o seu conhecimento, a própria prática na saúde como a formação, por meio de aprimoramentos e residências profissionais. A atuação na ESF também favorece o desenvolvimento de uma prática integral visto que é um espaço de construção em equipe com foco nas necessidades da população. O olhar do enfermeiro em relação ao papel da AB é focado no atendimento integral e na integração dos serviços de saúde, dos profissionais e usuários sendo um articulador importante de ações desenvolvidas em equipe. Constatamos que as dimensões da integralidade foram apontadas por apenas cinco sujeitos entrevistados apontando a necessidade de aprofundar neste eixo do conhecimento. Emergiram dos sujeitos elementos desafiadores como o modelo biomédico, a falta de infraestrutura, a alta demanda de serviços, a dificuldade de comunicação entre os serviços para a efetivação da integralidade. Por outro lado, as fortalezas também foram fortemente expressadas pelos sujeitos do estudo como a própria ESF, o apoio matricial do NASF na produção do cuidado, a valorização do trabalho em equipe interdisciplinar, necessidade de maiores investimentos na EPS como eixo formador constante dos profissionais da saúde. Este contexto envolve também a humanização, acolhimento, gestão do cuidado, a clínica ampliada com foco nas necessidades do sujeito e estas são estratégias importantes que envolvem a prática integral. O fenômeno foi desvelado segundo os horizontes dos sujeitos da pesquisa, vivência da pesquisadora e da literatura concernente ao tema apontando necessidade de investimento na formação do profissional acerca da integralidade na saúde.

6 PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO CURSO À DISTÂNCIA INTEGRALIDADE NA SAÚDE

A partir dos resultados das percepções dos enfermeiros da AB foi proposta uma intervenção educativa. Inicialmente, a ideia foi propor apenas o planejamento do curso à Secretaria Municipal de Saúde, mas a equipe do Departamento de Planejamento e Tecnologia demonstraram interesse na implementação do curso sendo o primeiro curso desenvolvido no ambiente virtual para a rede de saúde. Quando a oportunidade de planejar, implementar o curso surgiu, a equipe se sentiu motivada neste processo de gestão da EaD, somando habilidades para que o curso acontecesse de acordo com o planejamento. Buscou-se realizar reuniões semanais durante o período de abril a agosto de 2014, como forma de ajustar a ferramenta nos aspectos de *design* e conteúdo do curso. A equipe de EaD que não existia anteriormente, foi formada por um *design* gráfico, quatro Técnicos Administrativos em Saúde Pública que foram tutores e conteudistas do curso, um Especialista em Gestão e Planejamento de Tecnologia da Informação, um Analista de Organização, Sistemas e Métodos, um *Designer* instrucional. A finalidade da formação da equipe foi estruturar a EaD tanto no ambiente virtual aperfeiçoando as ferramentas tecnológicas como em sua estratégia pedagógica.

A integralidade precisa ser consolidada como princípio pedagógico, o qual orienta a formação do profissional de saúde, que se traduz em ações cotidianas, estabelecidas mediante relações entre os sujeitos pautadas no diálogo que ensinam e aprendem e aprendem ensinando. Estudo⁽¹³¹⁾ traz que a integralidade é construída através de uma reflexão coletiva do contexto real das práticas em saúde e ensino. Práticas inovadoras podem ser aplicadas nos diferentes espaços de saúde, ou seja, na assistência, na gerência e na formação do profissional que atua na saúde.

A educação em saúde modifica os paradigmas da existência humana, sendo uma ferramenta que possibilita ao homem entender o que ocorre na sociedade, ampliando sua visão de mundo. Acredita-se que o processo de aprendizagem possibilita ao indivíduo sair da rotina e buscar novas interpretações da realidade, sendo inovador. A educação é um pilar de transformação, podendo desencadear mudanças nas formas de agir, sentir, pensar e atuar das pessoas em relação a si mesmas e aos outros⁽¹³²⁾.

É evidente o crescimento do emprego de tecnologia nos contextos de ensino-aprendizagem nos últimos anos. Uma das formas mais visíveis desta interação educação-tecnologia é a EaD na modalidade *online* e no ensino semipresencial. A EaD, na verdade,

possibilita eliminar distâncias, principalmente considerando-se as potencialidades da *internet*⁽¹³³⁾.

Um dos maiores desafios da EaD é a necessidade de estabelecer vínculos entre todos os participantes do processo educacional. A comunicação deve ser dinamizada para evitar o sentimento de abandono por parte dos educandos. A constante interação é que dá coerência ao trabalho das equipes docentes, colaborando também com quem presta serviços de suporte didático-pedagógico ou técnico⁽¹³⁴⁾.

Estudo⁽¹³⁵⁾ traz olhar sobre ativação de processos de mudanças. Gestão participativa, integralidade e metodologias ativas de ensino e aprendizagem precisam integrar o processo de formação e EPS. A diversificação de cenário de ensino e aprendizagem como o uso da educação à distância podem contribuir com a qualificação para o trabalho no SUS através da formação profissional. Os campos de educação, gestão devem estar entrelaçados propondo reflexões e tornando o sujeito ativo na busca pelo conhecimento que contribua com a prática de saúde. A partir dessa compreensão é preciso agregar colaboradores, ativar a mudança e construir coletivamente a transformação.

Pensando no processo de ativação de mudanças no âmbito da EPS, foi construído o DI de curso virtual sobre Integralidade na Saúde fazendo uso da metodologia interativa, fruto da aprendizagem colaborativa e compartilhada baseada na teoria freiriana, especificando os recursos de DI utilizados, como mapa de atividades, *storyboard* (SB) que são organizadores gráficos e matriz instrucional. As ferramentas de aprendizagem virtual foram utilizadas, assim como as diferentes mídias contempladas, como vídeos, textos, atividades interativas, lúdicas e dinâmicas^(51,136).

O objetivo da experiência do planejamento, implementação do curso Integralidade na Saúde, primeiro curso ofertado na modalidade a distância, foi oportunizar aos profissionais do SUS vinculados a AB, cenário do presente estudo, reflexões sobre a integralidade na saúde como forma de qualificação da prática profissional e ampliando a visão sobre a prática integral

O desafio da gestão da EaD envolve avaliar o contexto e perfil dos educandos (características sócio cognitivas, políticas e culturais), criar e mobilizar novas competências que deve ser elencada no planejamento, definir o objetivo de aprendizagem, definir os objetos de aprendizagem, elencar atividades (argumentativas, autoaprendizagem e colaborativa) com o intuito de mobilizar as competências e de acordo com a intencionalidade pedagógica, definir temática a ser discutida selecionando os tipos de linguagem buscando a interatividade na EaD⁽¹³⁷⁾.

As técnicas devem ser escolhidas de acordo com as reais necessidades e adequadas aos objetivos que se pretende atingir. Além disso, deverão estar coerentes com os papéis, tanto do aluno como do professor, ou seja, traçar estratégias que fortaleçam o papel de sujeito da aprendizagem nos diversos ambientes de aprendizagem⁽¹³⁸⁾. Refletindo sobre a adaptação da educação às demandas dessa nova sociedade, as soluções apontadas têm sido baseadas em dois grandes eixos: a educação permanente e a EaD. A educação é processo permanente, deixando de ser característica de uma fase específica da vida, para se tornar uma necessidade constante. O profissional precisa tornar-se um incansável pesquisador, reinventar-se a cada dia, aceitar os desafios para se aperfeiçoar cada vez mais⁽¹³⁹⁾.

Na perspectiva de gerenciar algo tão complexo e incerto, as instituições de ensino passam, dentre outras necessidades, buscar uma grande competência em pesquisa e desenvolvimento, detectar sinais do ambiente sobre potencial de mudança, selecionar oportunidades de acordo com seu contexto e estratégia global, implementar ideias, executar projetos inovadores e aprender constantemente com desafios para reinventar seus processos^(140, 141).

Estudo⁽¹⁴²⁾ explica com propriedade:

“Gerir uma instituição de EaD requer uma diversidade de conhecimentos muito maior do que gerir uma escola, um liceu ou uma universidade. A instituição terá de desenvolver o seu próprio pessoal, até que ele atinja a diversidade e profundidade de conhecimentos necessários (p.11).

Torna-se evidente a necessidade de considerar os aspectos que envolvem a gestão da EaD como pessoas, tecnologias e estratégias pedagógicas por meio de um trabalho colaborativo e reflexivo de constante aprendizagem. A reflexão crítica do cotidiano é importante para compreendermos práticas e obtermos alternativas para solucionar os desafios em meio aos conflitos identificados.

Os diversos fatores de gestão de EaD com foco no aluno foram considerados. No curso foram utilizados textos no formato DOC, PDF, apresentações em PPT, internet, vídeos, imagens e animações. O curso explorou diferentes mídias a fim de que os participantes saibam o seu potencial e, conseqüentemente, façam uso adequado das mesmas durante sua futura atuação.

Cada aluno teve um tutor. Os tutores que participaram do curso tinham como pré requisito experiência prévia já ter participado de curso a distância como aluno ou tutor, habilidade com informática, pós graduação *latu sensu* na área de saúde pública ou coletiva,

além disso, o vínculo com o Departamento de Planejamento foi um quesito que foi considerado tendo em vista a necessidade de esforços para viabilização do curso.

Nesse contexto, o tutor foi o mediador dos processos de aprendizagem dos estudantes, o ponto de enlace e de diálogo entre diversos tipos de saber, cada um com sua legitimidade e contexto de aplicação. Os tutores acompanharam o cumprimento de todas as atividades e a participação nos diversos espaços do AVA, proporcionando *feedback* em relação a todas as situações no prazo de 72 horas, tempo estabelecido como forma de garantir um retorno para o aluno procurando atender suas necessidades do processo de aprendizagem. Buscou-se estabelecer uma relação dialógica e horizontal para a construção da aprendizagem.

A teoria pedagógica utilizada na construção do curso foi a freiriana que enfatiza o processo histórico-social e o papel da linguagem no desenvolvimento do indivíduo⁽⁵¹⁾.

As teorias dialógicas apresentam a subjetividade, a reflexão interna, ações humanas solidárias buscando sempre uma transformação social. O diálogo promove crescimento dos seres humanos e nos espaços de intervenção educativa, como o próprio curso que foi desenvolvido, repleto de estratégias promotoras de diálogo como atividades em grupo, ações de aproximação da equipe de saúde que propiciem a prática de ação integral para desenvolver uma atitude social por meio de projetos de intervenção em prol de fortalecer a equipe para atender as necessidades da comunidade⁽¹⁴³⁾.

A troca coletiva de saberes nos espaços de fóruns de discussões promoveu aprendizados mútuos e os espaços educativos do curso se tornaram mais democráticos e dialógicos e com liberdade para os envolvidos de expor suas ideias de forma horizontal, sem medo com cadeia de diálogo que promoveu o desenvolvimento do saber humano. O tutor passa a ser um facilitador deste processo ponderando as relações entre os alunos, buscando aprender e ensinar ao mesmo tempo sempre de forma significativa e colaborativa. O diálogo é viabilizado e todos constroem formas de pensar sobre a integralidade na saúde.

A questão central do curso desenvolvido foi a aquisição de conhecimentos pela interação do sujeito com o meio. Esta teoria oferecerá elementos para a elaboração de um curso mais dinâmico, pautado em hipermídias, o qual o aluno é visto como um sujeito autônomo e que aprende na relação e na troca de experiências com outras pessoas e interagindo com o meio social. O conhecimento é construído com base na interação e internalização. A aprendizagem colaborativa será estimulada em diversos momentos do curso para que o aluno seja autor do seu conhecimento⁽¹⁴⁴⁾.

O desafio foi propiciar acesso ao curso, centrado no profissional-estudante; entendendo que cada profissional-estudante tem o seu tempo de aprendizagem e que, portanto, os processos de educação permanente precisam se adaptar a essa realidade; além de reconhecer que o saber é construído e reconstruído cotidianamente por todas as pessoas envolvidas no processo educacional e por isso, valoriza o serviço, a experiência e os conhecimentos prévios de cada aprendiz.

A filosofia do projeto pedagógico do curso está baseada em duas diretrizes: a formação problematizadora, aplicável à boa prática da integralidade, e a busca ativa e autônoma do conhecimento, superando a tradicional transmissão de informação e dando ênfase aos campos da saúde coletiva e da prática clínica com foco sistêmico e holístico na realidade cotidiana da AB.

A implementação do curso ocorreu em sete semanas e a avaliação do mesmo no decorrer do curso caracterizando-se como contínua e permitindo ajustes durante a implementação do curso conforme cronograma apresentado no Quadro 03 abaixo:

Quadro 03 - Cronograma das atividades para implantação do curso

Atividades	SEMANAS																	
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Fase 1 – Análise																		
Identificação das necessidades de aprendizagem e do público-alvo	x	x																
Fase 2 – Design																		
Desenvolvimento do mapa de atividades		x	x	x														
Desenvolvimento da matriz de DI					x	x												
Elaboração do <i>storyboard</i>							x	x										
Fase 3 – Desenvolvimento																		
Produção do material didático								x	x									
Adaptação dos recursos para o ambiente virtual									x	x								
Fase 4 – Implementação																		
Disponibilização das unidades de aprendizagem										x	x	x	x	x	x	x		
Fase 5 – Avaliação																		
Avaliação da efetividade do curso											x	x		x			x	x

O orçamento é o instrumento que permite acompanhar o desempenho das ações e assegurar que os desvios do plano sejam analisados e adequadamente controlados⁽¹⁴⁵⁾. A previsão dos custos do curso é necessária para o planejamento e organização das atividades além de apresentar uma visão financeira a quem se propõe a implementá-lo. Os custos estimados do curso são apresentados no Quadro 04 e totalizam R\$ 12.730,00, sendo que foram amortizados já que a SMS disponibiliza tanto recurso humano como material que corresponde a este valor. O que forneceria investimento com um custo médio estimado por aluno de RS 424,40.

Quadro 04: Orçamento estimado do curso

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto				
CURSO: Integralidade na Saúde				
RESPONSÁVEL: Departamento de Tecnologia e Planejamento		NÚMERO DE VAGAS: 30		
CARGA HORÁRIA TOTAL: 40 horas		DURAÇÃO TOTAL: Seis semanas		
ITEM		QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR ESTIMADO
Planejamento/ Implementação	Professor Conteudista	1	2.500,00	2.500,00
	<i>Webdesigner/ Designer Instrucional</i>	1	3.000,00	3.000,00
	Tutores	2	1.500,00	3.000,00
	Suporte TI	1	1.500,00	1.500,00
	Revisor	1	1.500,00	1.500,00
Infraestrutura de TI	Servidor / Hospedagem	1	500	500,00
	Certificados	30	1	30,00
	Energia Elétrica	5	100	200,00
	Serviço de Limpeza	1	500	500,00
CUSTO ESTIMADO TOTAL:				12.730,00

Enquanto os elementos de *design* são importantes para o processo de construção do curso, as interações entre os estudantes e com o professor também o são. A maioria dos estudantes necessita da interação e da intervenção humana. De acordo com o projeto pedagógico, foram definidos os aspectos de desenvolvimento dos materiais, sua contextualização e produção que possibilitem a construção do aprendizado⁽¹⁴⁶⁾.

A equipe de EaD pode contar com três recursos básicos de gestão: o mapa de atividades, a matriz de *DI* e o *SB* defendido pelos autores⁽⁵⁰⁾ que segue o modelo ILDF de *DI* sistematizado, referencial metodológico deste estudo, que considera os conhecimentos da equipe EaD e procura desenvolver estratégias com foco nos alunos por meio de tecnologias específica. Assim, o mapa de atividades é uma alternativa que favorece o planejamento e a execução de um curso virtual, uma vez que detalha todas as tarefas que serão propostas, de modo que, por meio dessa orientação, as atividades possam ser inseridas no AVA de maneira clara, concisa e didática⁽¹⁴⁷⁾. Para elaborar um mapa de atividades de maneira fidedigna com o

seu real propósito faz-se necessário dispor de todas as informações referentes aos seguintes tópicos: periodicidade das aulas; conteúdos/temas de cada aula/unidade; tópicos ou subtemas abordados em cada unidade; objetivos específicos das atividades; unidades e subtemas; atividades teóricas e seus recursos/ferramentas; atividades práticas e seus recursos/ferramentas.

O mapa de atividades do curso “Integralidade na Saúde” é apresentado no Quadro 05, e buscou elaborá-lo passo a passo, com todas as informações necessárias para que o professor/tutor crie as atividades planejadas diretamente nas ferramentas do ambiente virtual de aprendizagem. As aulas totalizaram 40h de acordo com o planejamento.

Quadro 05 – Mapa de atividades

Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA): Moodle Secretaria Municipal de Saúde Curso: Integralidade Carga horária: 40 horas					
Aula/ Semana (período)	Unidade (Tema principal)	Sub-uniidades (Sub-temas)	Objetivos específicos	Atividades teóricas e recursos/ferramentas de EaD	Atividades práticas e recursos/ferramentas de EaD
Módulo 1 6h 7 dias 07/07 a 13/07/2014	Introdução à educação a distância (EaD) e expectativas em relação ao curso e interações iniciais.	1) Qual o conceito de educação a distância? E quais as ferramentas da plataforma moodle? Qual a expectativa do curso?	1- Reconhecer os conceitos de EaD; 2- Promover o conhecimento da plataforma EaD; 3- Promover a interação dos alunos, tutores. 3- Identificar a percepção do aluno sobre a integralidade no serviço	Atividade 1: Leitura dos textos sobre EaD e aprendizagem significativa. Recurso: Link será disponibilizado sobre Introdução à EaD e Aprendizagem significativa .pdf Ferramentas: Material de apoio	Atividade 2: Cada aluno deverá acessar o perfil e preenchê-lo com características de experiências profissionais e relatar um pouco sobre seu perfil Atividade 3: Participar do fórum de discussão sobre o conceito de educação a distância e as ferramentas do ambiente virtual e relatar as expectativas em relação ao curso. Quais as expectativas em relação ao curso. Quais as expectativas em relação ao curso. Integralidade de na modalidade de ensino a distância? Ferramentas: Perfil e fórum de discussão. Período: 7 dias. Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1

<p>Módulo 2 10h 14 dias 14/07 a 27/07/2014</p>	<p>Atenção básica e integralidade</p>	<p>1) Qual o papel da atenção básica na integralidade? 2) Qual a relação da prática profissional com a integralidade?</p>	<p>1- Reconhecer os atributos da atenção básica e a relação com a integralidade.</p>	<p>Atividade 4: Leitura da apresentação da portaria 2.488, texto sobre acolhimento e sobre <i>Primary care</i> e visualização do vídeo <i>Acesso e Integralidade da atenção</i>. Ferramentas: Link de envio de tarefa, material de apoio e link de visualização de vídeo.</p>	<p>Atividade 5: Fórum de discussão Em sua opinião, quais são os atributos da atenção básica e a relação com a integralidade? Ferramenta: Fóruns de discussão. Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1 Duração: 14 dias</p> <p>Atividade 6: Relatório Módulo 2- Elaborar um texto reflexivo sobre os atributos da atenção básica que se relacionam com a integralidade. Ferramenta: Tarefa Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1 Duração: 14 dias</p>
<p>Módulo 3 10 h 14 dias 28/07 a 10/08/2014</p>	<p>As dimensões da integralidade</p>	<p>Quais são as dimensões da integralidade?</p>	<p>1- Ampliar as visões sobre integralidade; 2- Identificar os aspectos facilitadores e desafios para a prática da integralidade.</p>	<p>Atividade 7: Leitura da revisão da literatura sobre integralidade, artigo reflexões da integralidade e dimensões da integralidade .pdf Ferramenta: Material de apoio</p>	<p>Atividade 8: Fórum de discussão Em sua opinião, quais são as dimensões da integralidade e qual a relação com a sua prática profissional? Ferramenta: Fóruns de discussão. Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1 Duração: 14 dias</p> <p>Atividade 9: Relatório (parte 3): Análise situacional: Elaborar um texto reflexivo identificando as dimensões da integralidade no seu serviço destacando os aspectos facilitadores e desafios para a prática da mesma. Ferramenta: Tarefa Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1 Duração: 14 dias</p>

<p>Módulo 4 10 h 14 dias de 1/08 a 24/08/2014</p>	<p>Ações integradas de intervenção na saúde</p>	<p>A partir da análise situacional, quais estratégias poderão ser traçadas para a prática integral?</p>	<p>1 - Traçar estratégias de intervenção</p>	<p>Atividade 10: Leitura sobre planejamento estratégico situacional e matriz de intervenção.pdff Ferramentas: Material de apoio</p>	<p>Atividade 11: Fórum de discussão A partir da análise situacional, quais estratégias de intervenção no seu serviço poderão ser traçadas para a prática integral? Ferramentas: Fóruns de discussão. Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1 Duração: 14 dias</p> <p>Atividade 12: Relatório (final): Análise estratégica: Elaborar um texto reflexivo a partir da análise situacional, traçando estratégias para a prática de ação integral. Ferramentas: Tarefa Avaliativa: Sim Valor: 10 Peso: 1 Duração: 14 dias</p> <p>Atividade 13: Apresentação da matriz de intervenção em ppt. Ferramentas: Base de dados</p>
<p>Módulo 5 4h 1 dia</p>	<p>Encontro presencial</p>	<p>Apresentação da proposta de intervenção no serviço para fortalecer a prática integral</p>	<p>1- Apresentar a proposta de intervenção no encontro presencial</p>		<p>Atividade 14: Apresentação da proposta de intervenção no serviço para fortalecer a prática integral Avaliativa: Não Duração: 4h Data: 09/09/2014 Local: Encontro presencial</p>

A matriz foi outro recurso utilizado na EaD. Ela permite uma comunicação clara entre os diversos envolvidos no desenvolvimento e uma visão geral e detalhada da atividade, sendo que apresenta os elementos básicos do processo educacional do curso. As atividades, complexas do ponto de vista pedagógico, não podem ser bem descritas no mapa de atividades, pois requerem maior detalhamento para serem bem compreendidas por todos os profissionais da equipe envolvidos na implementação do curso. É importante assinalar que a matriz pode ser usada como material de orientação da equipe de *design* e desenvolvimento instrucional⁽¹⁴⁸⁾.

Os temas, objetivos a serem alcançados, ferramentas, conteúdos, instrumentos avaliativos e tipo de avaliação em cada uma das unidades de aprendizagem podem ser visualizados no Quadro 06:

Quadro 06 – Matriz de *design* instrucional

Ambiente virtual de aprendizagem: Moodle		Curso: Integralidade na Saúde	
Identificação da Atividade	Detalhamento da Atividade		
Módulo 4 Atividade 12	Descrição / proposta da dinâmica: Esta fase deve constar as tarefas dos Módulos 2, 3 e 4 (breve descrição em forma de texto da Matriz de intervenção) gerando um relatório final. que poderá ser objeto de discussão nos espaços de reunião de equipe para novas intervenções que se fizerem necessárias.		
	Objetivos: Gerar relatório para ser objeto de discussão da equipe de saúde		
	Critérios / avaliação		
	Tipo de interação: junção	Prazo: 14 dias	Ferramenta(s):Tarefa
	Conteúdo(s) de apoio e complementar(es): Junção das tarefas do curso		
	Produção dos alunos / avaliação: Poderá ser objeto de discussão e avaliação da equipe de saúde.		
	Feedback: 72 horas		

É indispensável na matriz apresentar todas as informações que indiquem o percurso da atividade, prazos, objetivos de aprendizagem, tipo de produção e interação, ferramentas, fontes de pesquisa e como se dará a avaliação ao final da unidade. Ou seja, todas as informações devem estar em sintonia. A matriz deve esclarecer, do ponto de vista do aluno, se a proposta do curso está clara, se os elementos de cada tópico colaboram com o alcance dos objetivos educacionais de cada etapa e se os elementos das unidades estão conectados. Já do

ponto de vista do formador, a matriz também é válida para identificar os aspectos que possam favorecer os momentos futuros do curso, contribuindo com o ritmo do processo de construção da aprendizagem⁽¹⁴⁸⁾.

Já o SB permite registrar, na forma de gráficos ou desenhos, informações que serão apresentadas aos membros da equipe de EaD com o objetivo de facilitar a visão do curso e cada momento que as tarefas serão cumpridas no decorrer do curso e os respectivos responsáveis facilitando o trabalho da equipe de EaD. No SB faz-se um esboço das telas, com seus conteúdos e recursos didáticos e midiáticos. É, portanto, uma ferramenta que fornece uma visão objetiva e clara de todo o detalhamento da navegação, além de fornecer informações técnicas complementares como efeitos visuais, sonoros e animações. Existem dois tipos de SB: quando apresentam os conteúdos na tela são denominados de SB de conteúdo, já quando mostram o processo de movimentação entre essas telas trata-se dos SB de navegação que são chamados, também, de mapas de movimentação⁽¹⁴⁹⁾.

A Figura 4, 5,6 e 7 mostram exemplo de SB do tipo conteúdo construído com base nos módulos apresentados como modelo no mapa de atividades (Quadro 06). A elaboração destes buscará apresentar, de maneira sequenciada, todos os momentos das aulas, ou seja, um desenho cronológico de cada ferramenta a ser acessada no AVA visando que os processos ocorram na perfeita sintonia.

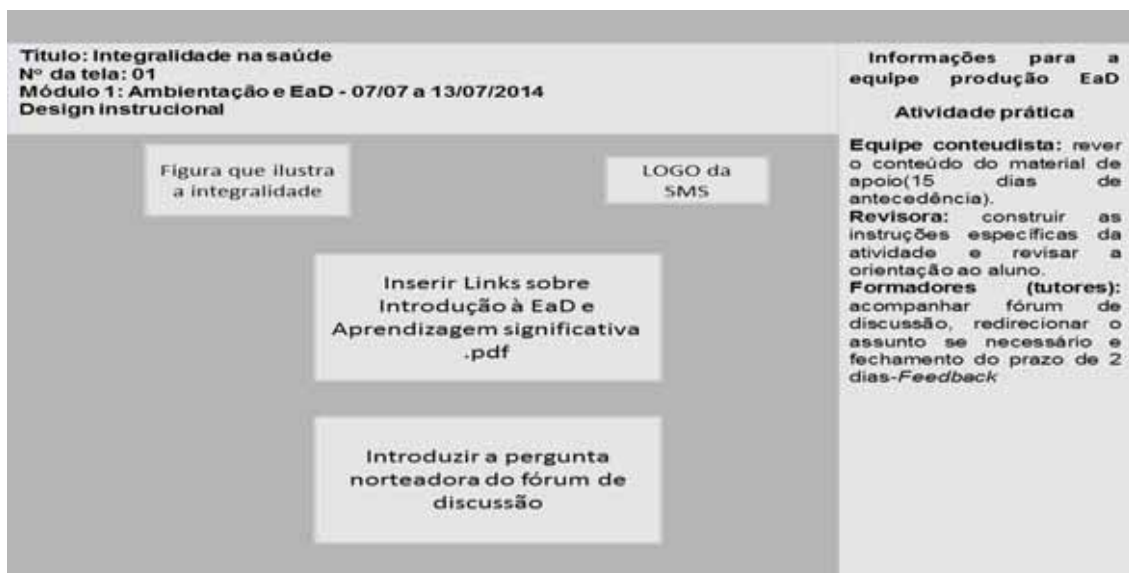


Figura 4: *Storyboard* do Módulo 1

<p>Título: Integralidade na saúde Nº da tela: 02 Módulo 2: Atenção Básica e Integralidade - 14/07 a 27/07/2014 Design Instrucional</p>	<p>Informações para a equipe produção EaD</p> <p>Atividade prática</p>
<div data-bbox="347 434 512 499">LOGO da SMS</div> <div data-bbox="539 517 895 748"> <p>Inserir Links da portaria 2488, texto sobre acolhimento e sobre <i>Primary care</i> e visualização do vídeo Acesso e Integralidade da atenção.</p> </div> <div data-bbox="539 797 895 976"> <p>Introduzir a pergunta norteadora do fórum de discussão</p> </div>	<p>Equipe conteudista: rever o conteúdo do vídeo (15 dias de antecedência) e disponibilizar planilha de relação tutor/ aluno com 5 dias de antecedência de iniciar o Módulo 2.</p> <p>Revisora: Revisar a orientação ao aluno.</p> <p>Formadores (tutores): acompanhar fórum de discussão, redirecionar o assunto se necessário e fechamento do prazo de 2 dias-<i>Feedback</i>.</p>

Figura 5: *Storyboard* do Módulo 2

<p>Título: Integralidade na saúde Nº da tela: 03 Módulo 3: Dimensões da integralidade - 28/07 a 10/08/2014 Design Instrucional</p>	<p>Informações para a equipe produção EaD</p> <p>Atividade prática</p>
<div data-bbox="347 1319 512 1384">LOGO da SMS</div> <div data-bbox="539 1402 895 1608"> <p>Inserir Links sobre revisão da literatura sobre integralidade, artigo reflexões da integralidade e dimensões da integralidade .pdf</p> </div> <div data-bbox="539 1653 895 1821"> <p>Introduzir a pergunta norteadora do fórum de discussão</p> </div>	<p>Equipe conteudista: rever o conteúdo do material de apoio.</p> <p>Revisora: construir as instruções específicas da atividade e revisar a orientação ao aluno.</p> <p>Formadores (tutores): acompanhar fórum de discussão, redirecionar o assunto se necessário e fechamento do prazo de 2 dias-<i>Feedback</i></p>

Figura 6: *Storyboard* do Módulo 3

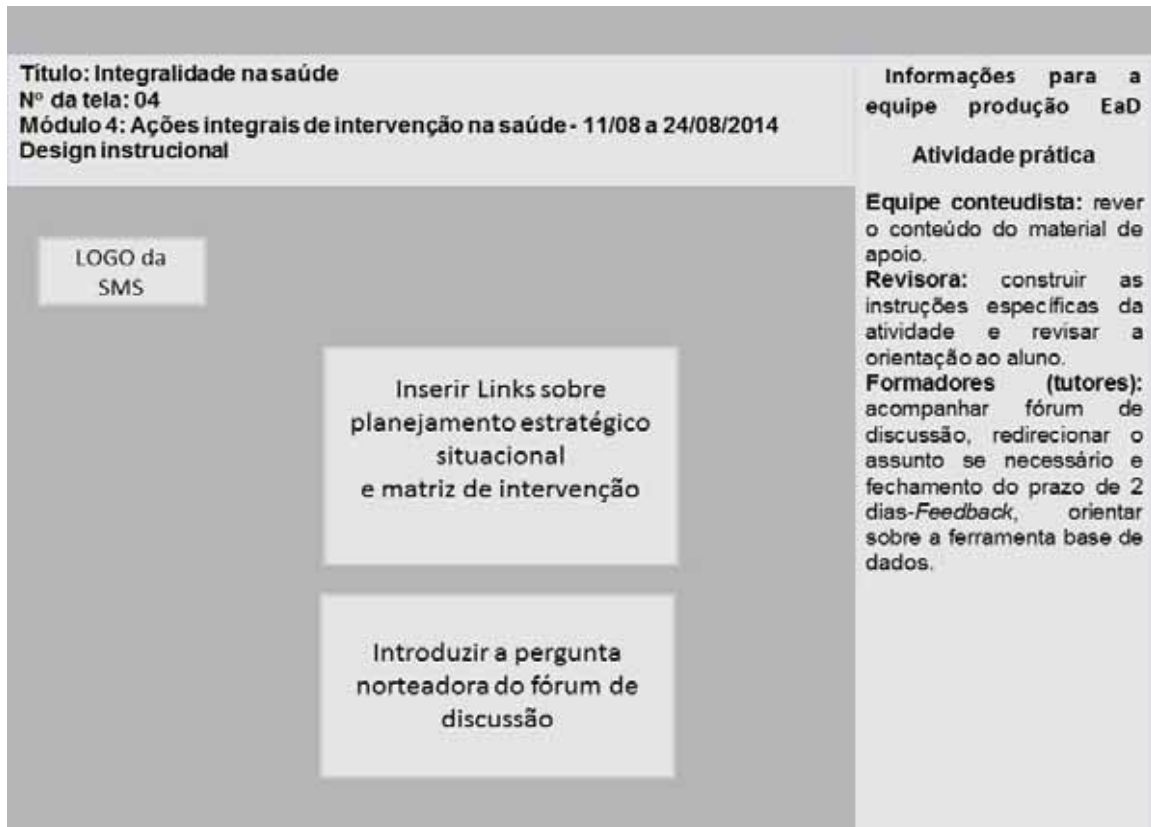


Figura 7: *Storyboard* do Módulo 4

O *design* do curso no *Moodle* está representado pelas figuras 8, 9, 10, 11, 12 e 13 que mostram a sequência das ações e atividades representadas por orientações ao aluno, fóruns, material de apoio e complementar, tarefas, base de dados sempre mesclando atividades práticas e teóricas, vídeos, apresentações consolidadas e materiais na íntegra como forma de contemplar os diferentes perfis de aluno e aprendizagem.

EAD | Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto

ead sms

Página inicial ▶ Meus cursos ▶ Atenção Básica ▶ Integralidade

NAVEGAÇÃO

- Página inicial
 - Minha página inicial
- Páginas do site
- Meu perfil
- Curso atual
 - Integralidade**
 - Participantes

Seu progressc

BEM VINDOS !

Prezados participantes da 1ª. Edição do Curso "INTEGRALIDADE NA SAÚDE", na modalidade EaD da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto.

É com muita satisfação que iniciamos esse curso por ser resultado do empenho de uma equipe de profissionais comprometidos com a qualificação e educação permanente dos profissionais da saúde de nosso município.

Ressaltamos que o sucesso almejado depende da responsabilidade e compromisso de todos os envolvidos:

Figura 8: *Design* de boas vindas curso Integralidade na Saúde



Figura 9: *Design* dos Fóruns de notícias e de Tutores e Chats Tutores e Alunos

Assim, conforme exposto nas figuras 10,11, 12 e 13 o curso foi organizado em quatro Módulos. No primeiro módulo (figura 10), o enfermeiro participante teve uma semana para ambientar-se e entrar em contato com a proposta pedagógica por meio do texto de aprendizagem significativa. A pergunta norteadora do fórum foi Quais as suas expectativas em relação ao curso e a EaD? É no AVA que as relações acontecem através dos fóruns, mensagens, informes. Na semana inicial foi aberto um fórum para que os participantes entendessem a proposta de aprendizagem autonômica e significativa⁽⁵¹⁾, além de identificar através do fórum as expectativas em relação ao curso Integralidade na Saúde.

Módulo 1 - EaD - 07/07 a 13/07

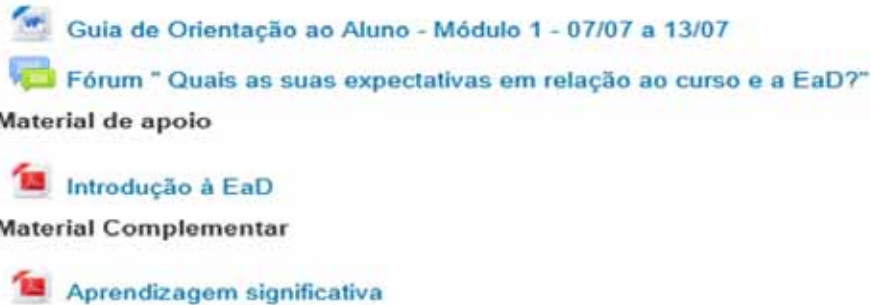


Figura 10: *Design* do Módulo 01

A percepção dos enfermeiros entrevistados apontou a necessidade de abordar no curso as temáticas sobre os atributos da AB e a relação com a integralidade e as dimensões da integralidade, temas que foram abordados respectivamente no segundo e terceiro módulo como forma de ampliar a visão dos enfermeiros para o papel da AB, reforçar a importância do acolhimento, além de abordar as dimensões da integralidade neste contexto.

Assim, no segundo módulo (figura 11), a temática AB e integralidade proporcionou uma reflexão sobre a relação da integralidade com a AB, aspectos da Política Nacional da AB e do Acolhimento, já que o acolhimento, cuidado, humanização são alicerces da integralidade em saúde. A pergunta norteadora do fórum para fomentar as discussões acerca do assunto foi: *Em sua opinião, quais são os atributos da AB e a relação com a integralidade?* Este módulo teve como materiais de apoio a Portaria nº 2.488 de 2011 em formato de slides ilustrativos destacando pontos importantes e um vídeo “Acesso e Integralidade da Atenção” e como material complementar o Caderno de Acolhimento número 28 de 2011⁽¹⁵⁰⁾, a portaria 2488 de 2011 na íntegra⁽¹⁶⁾ e o texto *Primary Care*⁽¹⁵¹⁾.

A partir do material disponibilizado, foi solicitado aos enfermeiros elaborar um texto reflexivo sobre os atributos da AB que se relacionam com a integralidade como forma de fortalecer a compreensão da integralidade relacionada com a potencialidade da AB.

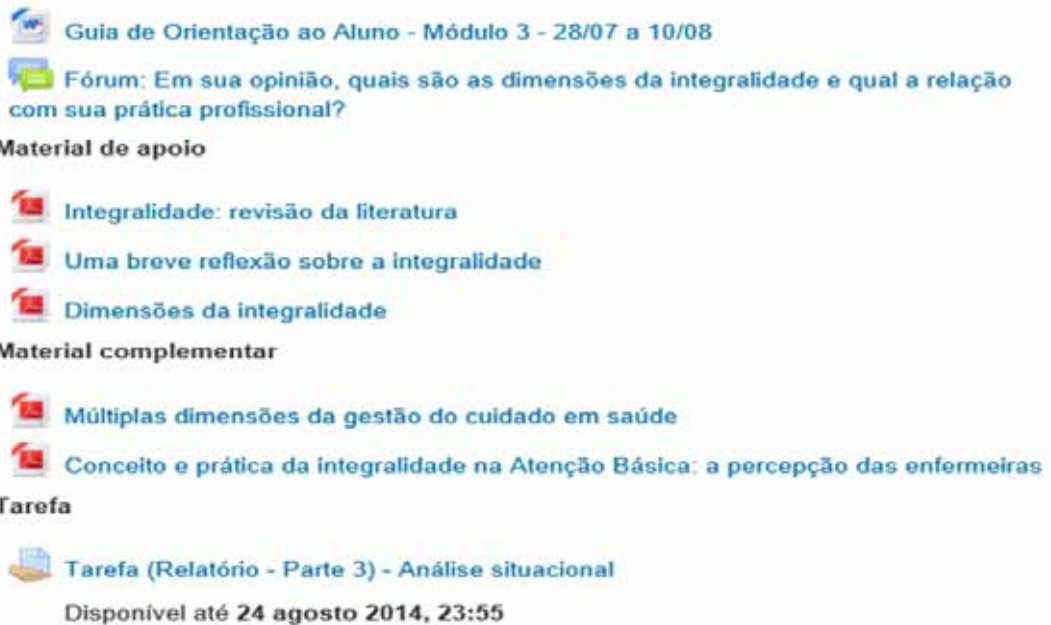
Módulo 2 - Atenção Básica e Integralidade - 14/07 a 27/07





Figura 11 –*Design* do Módulo 02

Já no terceiro módulo (figura 12), foram abordadas as dimensões da integralidade com o olhar para a realidade situacional da UBS onde trabalha, focando o processo de trabalho e a relação com a comunidade. A pergunta norteadora do fórum para fomentar as discussões acerca do assunto foi: “Em sua opinião, quais são as dimensões da integralidade e qual a relação com sua prática profissional?” Este módulo teve como materiais de apoio os artigos “Integralidade: revisão de literatura”⁽⁷⁹⁾ e “uma breve reflexão sobre a integralidade”⁽²⁸⁾ e uma apresentação em PowerPoint sobre as “Dimensões da Integralidade” e material complementar disponibilizando artigos “Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde”⁽¹⁵²⁾ e “Conceito e prática da integralidade na AB”⁽⁴¹⁾. E foi solicitada a elaboração de um texto reflexivo identificando as dimensões da integralidade no seu serviço destacando os aspectos facilitadores e desafiadores para a prática da mesma. Com o intuito de visualizar as dimensões da integralidade no serviço.




Módulo 3 - Dimensões da integralidade - 28/07 a 10/08





 Guia de Orientação ao Aluno - Módulo 3 - 28/07 a 10/08

 Fórum: Em sua opinião, quais são as dimensões da integralidade e qual a relação com sua prática profissional?

Material de apoio

-  Integralidade: revisão da literatura
-  Uma breve reflexão sobre a integralidade
-  Dimensões da integralidade

Material complementar

-  Múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde
-  Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras

Tarefa


 Tarefa (Relatório - Parte 3) - Análise situacional
 Disponível até 24 agosto 2014, 23:55

Figura 12 –*Design* do Módulo 03

E por fim, foi proposto a partir dos estudos⁽¹⁵³⁻¹⁵⁵⁾ de planejamento estratégico situacional, a elaboração de uma matriz de intervenção que elencasse uma problemática do serviço que o enfermeiro estava inserido a fim de traçar uma ação integral, além de gerar um relatório final com todas as tarefas do curso que será objeto de discussão junto com a equipe para futuras intervenções que se fizerem necessárias. Para o amadurecimento desta construção da intervenção foi proposto o fórum com a seguinte pergunta norteadora: “A partir da análise situacional, quais estratégias de intervenção no seu serviço poderão ser traçadas para a prática integral?” Este módulo teve como material de apoio o artigo “O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público – A Contribuição de Carlos Matus”⁽¹⁵⁶⁾ e um modelo de matriz de intervenção que tem como referencial teórico o Manual de Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ) de 2012⁽¹⁵⁷⁾. Os produtos desta construção da intervenção foram apresentados no encontro presencial final revelando amadurecimento acerca da integralidade. Temas como acolhimento, pré-natal, puerpério, saúde do homem, saúde da mulher foram abordados por meio da matriz de intervenção com visão integral de cada eixo de atenção à saúde. O curso permitiu reflexões acerca da integralidade além de uma

aproximação das necessidades dos usuários e a própria aplicabilidade da integralidade norteada por referenciais teóricos.

Módulo 4 - Ações integrais de intervenção na saúde - 11/08 a 24/08



 Guia de Orientação do Aluno - Módulo 4 - 11/08 a 24/08

 Fórum: A partir da análise situacional, quais estratégias de intervenção no seu serviço poderão ser traçadas para a prática integral?

Material de apoio

-  Planejamento Estratégico Situacional
-  Matriz de intervenção

Material complementar

-  AMAQ

Tarefa

-  Tarefa (Relatório final) - Análise estratégica
Disponível até 24 agosto 2014, 23:55

Base de dados

-  Matriz de intervenção

Figura 13 –*Design* do Módulo 04

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu reflexões acerca da integralidade, todos os profissionais devem se conscientizar que a atenção à saúde deve ser acolhedora, humanizada, contextualizada pelo olhar para o território, ou seja, o contexto que o usuário está inserido como forma de planejar intervenções ao mesmo. O enfermeiro exerce sua liderança motivando os membros da equipe para caminhar rumo às práticas integrais, promovendo discussões de casos, reuniões para melhoria da assistência, sendo um promotor do trabalho em equipe.

A integralidade acontece como fruto de uma construção coletiva, o que envolve o trabalho em equipe por meio de uma boa articulação das práticas intersetoriais e apoio formador do NASF, a própria prática do acolhimento por meio da escuta qualificada e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um. A prática da EPS por meio de uma boa articulação dos saberes e escuta de forma compartilhada possibilita o atendimento das necessidades de saúde trazidas pelo usuário. É necessária a organização dos serviços de saúde baseado nas RAS estreitando os laços entre os serviços de saúde como forma de garantir a continuidade da assistência, o diálogo, o estabelecimento de fluxos de atendimento entre os serviços, o próprio uso das ferramentas de comunicação como telefone, e-mail podem estreitar o vínculo entre os serviços.

O estudo também nos levou a realizar reflexões acerca da EaD como estratégia de educação permanente permitiu a promoção de processo de mudança na estrutura do Departamento de Planejamento e Tecnologia que passaram a valorizar esta modalidade de ensino investindo seus esforços para implementar o primeiro curso ofertado na rede de saúde, o curso Integralidade na Saúde, além de apontar as possibilidades futuras de ampliar este campo de aprendizagem no município e fora dele.

Refletir sobre as dimensões da integralidade provoca muitas mudanças nas práticas de saúde e aliada a este importante processo de reflexão, o curso a distância despertou profundas transformações nos modos de ensinar e aprender.

Dessa forma, a EPS deve ser compreendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Deve ser realizada a partir dos problemas identificados e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas trazem em suas vidas.

Compreende-se, a partir da intervenção educativa planejada, implementada e gerida que a EaD apresenta-se como uma possibilidade de democratização do saber e do fazer

para profissionais da área de saúde como o enfermeiro, pois, enquanto estratégia auxilia na tomada de consciência gerando processos permanentes de acesso a informação. Isso significa substituir uma proposta da educação tradicional por uma nova proposta de aprendizagem significativa e compartilhada. Para tanto, utiliza-se do modelo de *DI* que permite o desenvolvimento recursos de planejamento como mapa de atividades, matriz e SB para facilitar o trabalho da equipe além de recursos pedagógicos com o objetivo da construção envolvente do conhecimento com foco nas necessidades do aluno.

REFERÊNCIAS

1. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2007.
2. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(5):2297-305.
4. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: texto promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
5. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde Institui o Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 30 Dez 1990.
6. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006b. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 29 mar 2006; Sec 1: 71.
7. Silva KL, Sena RR. Integralidade no cuidado em saúde: indicativos a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.
8. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS ABRASCO, 2001. p. 113-26.
9. Teixeira C. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador; 2011.
10. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;7(2):7-28.
11. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(34):593-605.
12. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2010; Sec 1:88.

13. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
14. Rovere M. Redes em salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
15. Presidência da República. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasília; 2011[acesso 1 Out 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 02 Jan 2014]. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br>
17. Ocampo MV, Betancourt VF, Montoya JP, Bautista DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2013; 12(24):114-29.
18. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos AR, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001. p. 39-64.
19. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO; 2001.
20. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Cien Saude Colet. 2012;17(2):555-60.
21. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(5):1411-16.
22. Cecílio LCO. Inventando mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC; 2004.
23. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(2):343-9.

24. Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP, Aguiar MIF. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1):114-20.
25. Pinto IC, Marciliano CSM, Zacarias FCM, Stina APN, Passeri IAG, Bulgarelli AF. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade. *Rev Latino Am Enferm.* 2012;20(5):909-16.
26. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EM, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-33.
27. Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Rev Trabalho Educ Saúde.* 2004;2:271-85.
28. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):532-7.
29. Viegas SMF, Penna CMM. A Construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013;17(1):133-41.
30. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):649-56.
31. Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(1):[aproximadamente 12 telas].
32. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde.* Bahia: Editora UFS; 2009. p. 29-56.
33. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, Mendonca AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(1):49-58.

34. Arce VAR, Sousa MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Soc.* 2013;22(1):109-23.
35. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(11):2893-902.
36. Ferreira RC, Chirelli MQ, Pereira AG. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(2):177-85.
37. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Mattia D, Hoeller F, Erdmann AL. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):620-7.
38. Martini JG. Mas, do que é mesmo que estamos falando quando abordamos a integralidade?. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):285-5.
39. Gelbcke FL, Reibnitz KS, Prado ML, Lima MM, Kloh D. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. *Enferm Foco.* 2011;2(2):116-9.
40. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(6):893-8.
41. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferm. USP.* 2011;45(5):1135-41.
42. Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde Soc.* 2009;18(2):55-9.
43. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc.* 2011;20(4):1018-32.
44. Puccini PT, Cornetta VK, Sahyom TZ, Fuentes ICP, Botta LMG, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(11):2941-52.

45. Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):944-52.
46. Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Lima RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):56-64.
47. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método, criatividade*. 21a ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 9-29.
48. Merleau PM. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
49. Kunz E. Uma abordagem com a fenomenologia. *Movimento*. 2000;6(12):I -XIII.
50. Dabbagh N, Bannan-Ritland B. *Online learning: concepts, strategies and application*. New York: Pearson Education. 2005. 368p.
51. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
52. IBGE. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acesso 1 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
53. IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. 2014. Brasília: IBGE; 2014 [acesso 3 Set 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm
54. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de São José do Rio Preto 2014-2017*. São José do Rio Preto: Prefeitura Municipal; 2014.
55. Presidência da República. Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e altera o artigo 428 da Consolidação das Leis do Trabalho.

56. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento. Gerência de Educação em Saúde. Manual orientador de Práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade em Saúde do Município de São José do Rio Preto –SP. São José do Rio Preto: PMSJRP; 2012. 26p.
57. Vitória. Prefeitura Municipal [Internet]. Vitória; 2007 [acesso 10 Jul 2014] Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretaria/saude/home.asp>.
58. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Moraes; 1989.
59. Sadala MLA. A fenomenologia como método para investigar a experiência vivida: uma perspectiva do pensamento de Husserl e de Merleau-Ponty. In Anais do 2º Seminário Internacional de Pesquisa e estudos qualitativos; 25-27 mar 2004; Bauru, São Paulo. Bauru: Universidade do Sagrado Coração de Jesus; 2004.
60. Haydt RC. Avaliação do processo ensino-aprendizagem. 6a ed. São Paulo: Ática; 1997.
61. Araújo MFS. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. Rev Conceitos. 2005;12:39-43.
62. Medeiros VC, Peres AM. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. Texto Contexto Enferm. 2011;20(Spec):27-35.
63. Haddad JGV, Zoboli ELC. O sistema único de saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saúde. 2010;34(1):86-91.
64. Nascimento DG, Oliveira, MAC. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Saúde Soc. 2010;19(4):814-27.
65. Presidência da República. Casa Civil. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005 [Internet]. Brasília; 2005 [acesso 24 Ago 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>
66. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

67. Fundap. Programa de aprimoramento profissional. São Paulo: Fundap; 1992.
68. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 263, de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
69. Haddad AE. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):1803-9.
70. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(3):557-61.
71. Coberlini VL, Santos BRL, Ojeda BS, Gerhart LM, Eidt OR, Stein SC, et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):555-60.
72. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002
73. Weirich CF, Munari D B, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):249-57.
74. Ribeiro M, Santos SL, Meira TGBM. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2006;10(1):109-15.
75. Rezende BC, Vasconcelos RMA, Santos, PS, Aleixo, MLM. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na prática da liderança em enfermagem: uma revisão da literatura. *Gestão Saúde*. 2013;4(2):401.
76. Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):366-70.
77. Higa EFR, Yamada DM, Peloso GFB, Peres CRFB, Panacionne SZE, Mesquita CMB. Estratégias para o avanço da integralidade na visão de professores e estudantes. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;36(4):470-7.
78. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012;33(3):440-52.

79. Ramos FRS. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;9(3):585-92.
80. Marcon SS, Zani AV, Waidman MAP, Radovanovic CAT, Decesaro MN, Carreira L. Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009;8 Supl:31-9.
81. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução 3, de 07 de novembro de 2001: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem.
82. Gaudêncio P. *Superdicas para se tornar um verdadeiro líder*. São Paulo: Saraiva; 2007.
83. Amestoy SC. *Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem [dissertação]*. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2008.
84. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MR. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da estratégia saúde da família. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):341-7.
85. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):557-63.
86. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16 Suppl 1:1023-8.
87. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Rev Eletr Enferm*. 2006;8(1):42-51
88. Scherer ZAP, Scherer EA. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):985-93.
89. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis*. 2011;21(1):129-46.

90. Machineski GG. The users' perception in relation to health practices: a literary analysis. Online Braz J Nurs. 2009;8(2).
91. World Health Organization. United Children's Found (UNICEF). Health for all. Geneva: WHO; 1978.
92. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.925 de 13 de novembro de 1998 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [acesso 03 fev 2014]. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br>
93. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
94. Loch-Neckel G, Giane S, Berton EH, Moroni RM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2009;14Supl 1:1463-72.
95. Pinheiro R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. REME Rev Min Enferm. 2005;9(2):174-9.
96. Gervas J, Fernandes MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil? Resumo Técnico [Internet] Madri: SBMFC; 2011 [acesso 13 Jan 2014]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br>
97. Magalhães MGM, Alvim NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Esc Anna Nery. 2013;17(4): 646-53.
98. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
99. Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios; 1990.
100. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 2008.

101. Nappi JCB, Costa CFSD, Mendoza-Sassi RA, Vaghetti HH. Os médicos na atenção básica no SUS, encontros e desencontros com os gestores de 50 municípios do Estado de Rio Grande do Sul. *Vitalle: Rev Cienc Saude*. 2003;1:79-88.
102. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
103. Scherer MDA, Pires DEP. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2009;3(2):30-42.
104. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2007: 161-77.
105. Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JT. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):490-5.
106. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, et al. Desafios da Atenção Básica em saúde: a experiência da Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:1316-24.
107. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):647-54.
108. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev Adm Pública*. 2013;47(4):1021-40.

109. Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.
110. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAM, Villela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde Debate*. 2013;37(97):233-40.
111. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Saúde em Debate*. Hucitec, 1993. p. 19-91.
112. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. In: *A atenção primária à saúde no SUS*. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
113. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005.
114. Ali, SY. Atenção domiciliar: proposta de reorganização dos serviços de saúde a partir da atenção primária na regional de Ceilândia. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília-FCE, 2013.
115. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(1):61-70.
116. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
117. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):594-601.
118. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):622-7.
119. Mattioni FC, Budo MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):263-71.

120. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União. 29 jan 2008. Republicada por ter saído com incorreção no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008.
121. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 Jan 2013; Sec 1.
122. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio a Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a Gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Cadernos de Atenção Básica; nº 39.
123. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, Brentani A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2076-84.
124. Oliveira MM, Coimbra VCC, Oliveira EM, Pereira DB, Martins A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. Rev Enferm Saúde. 2011;1(1):184-9.
125. Rangel RF, Backes DS, Pimpão FD, Costenaro RGS, Martins ESR, Diefenbach GDF. Concepções de docentes de enfermagem sobre integralidade. Rev Rene. 2012;13(3):514-21.
126. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2009;62(6):863-9.
127. Ministério da Saúde. Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Diário oficial da União. 28 fev 2014. Sec 1:62.
128. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7a ed. Joinville: Univille; 2007.

129. Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares, SM. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
130. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):123-30.
131. Lima MM. Integralidade no processo e formação [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
132. Fernandes CNS. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm*. 2004;12(4):691-3.
133. Tori R. Educação sem distância: as tecnologias interativas na redução de distâncias em ensino e aprendizagem. São Paulo: Editora Senac; 2010.
134. Garcia WE. Educação: visão teórica e prática pedagógica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1977.
135. Hoffmann LMA, Koifman L. O olhar superviso na perspectiva da ativação de processos de mudança. *Physis*. 2013;23(2):573-87.
136. Franco LRHR, Braga DB, Rodrigues A. EaD Virtual – Entre a teoria e a prática. Ed. Premier; UNIFEI. 2010.
137. Hori LM. Com educação a distância se vai ao longe. *Rev Serv Público*. 2014;58(3):375.
138. Moran JM. Novas tecnologias e mediação pedagógica. Campinas: Papirus Editora; 2009.
139. Schlemmer E, Lopes DQ; Sabrito CE. UNISINOS EaD: Gestão para a Qualidade e Inovação na Educação. *Colabor@ Rev Digit CVA-RICESU*:2013;7(26).
140. Tidd J, Bessant J, Pavitt, K. Gestão da Inovação. 3a ed. São Paulo: Bookman; 2008.
141. Moran JM. A educação a distância como opção estratégica [Internet]. São Paulo: USP; 2011 [15 Jul 2012]. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/prof/moran/estrategica.html>

142. Freeman R. Planejamento de sistemas de educação à distância: um manual para decisões. Vancouver: The Commonwealth of Learning – COL; 2003.
143. Braga FM, Gabassa V, Mello RR. Aprendizagem dialógica: ações e reflexões de uma prática educativa de êxito. São Carlos: EdUFSCar; 2010.
144. Vygotsky LS. A formação social da mente. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
145. Machado AA. A execução do orçamento e a eficiência da administração. Rev Direito Adm. 2013;13:23-39.
146. Romiszowski HP. Avaliação no *design* instrucional e qualidade da educação a distância: qual a relação? Rev Bras Aprendiz Aberta Distância. 2004 Fev:1-7.
147. Filatro A. *Design* Instrucional Contextualizado: educação e tecnologia. 2a ed. São Paulo: Senac; 2007.
148. Filatro A. *Design* instrucional na prática. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2008.
149. Rumo. Learning solutions. Educação a distância [Internet]. 2009. [acesso 20 Ago 2014] Disponível em: <http://www.rumols.com/ead.html>
150. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 56 p.
151. Starfield B. *Primary care. Concept, evaluation and policy.* Nueva York: Oxford University Press; 1992.
152. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). Comun Saúde Educ. 2011;15(37):589-99.
153. Matus C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. Sao Paulo: Editora FUNDAP; 1996.
154. Matus C. O líder sem Estado-Maior. Sao Paulo: Editora FUNDAP; 2000.
155. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA; 1993.

156. Mazzali L, Niero JCC, Silva, SV. O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público – A Contribuição de Carlos Matus. Trabalho apresentado no XII SemeAd.2009.

157. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1- PARECER DO CEP

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde

Pesquisador: Suyane de Souza Lemos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18158413.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 349.767

Data da Relatoria: 05/08/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo: A percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica sobre a Integralidade na Saúde, tem como Pesquisadora responsável Suyane de Souza Lemos e Orientadora Profa. Dra. Wilza Carla Spiri. O Trabalho visa conhecer os significados acerca da integralidade por enfermeiros de Unidades de Saúde da atenção básica do município de São José do Rio Preto - SP. Metodologia empregada: Pesquisa de Campo qualitativa. Vertente Metodológica: Fenomenologia. Questões norteadoras da entrevista: " Conte-me sua experiência com a integralidade da saúde?". "Como o enfermeiro percebe a integralidade na saúde?". "Quais ações necessárias para uma ação mais efetiva nesse cenário?". Sujeito da Pesquisa: 26. Critério de Inclusão e Exclusão: Enfermeiros que atuam, no mínimo, a um ano na saúde. Exclusão: Enfermeiros que atuam a menos de um ano na saúde. A pesquisa tem financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal: Conhecer a percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde.

Objetivo Secundário: A partir dos resultados, elaborar uma ação interventiva e educativa sobre integralidade na saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os sujeitos da pesquisa participarão através de entrevistas. Será mantida o sigilo e o

Endereço: Chácara Bulgnoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-070

E-mail: capelup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 349.767

anonimato sobre a identidades dos pesquisados. Portanto, o risco é mínimo.

Benefícios: A sensibilidade do enfermeiro referente a integralidade na saúde é fundamental para que ele se apresente como agente articulador e facilitador no processo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente possui fundamentação científica. A metodologia empregada mostra-se adequada ao estudo que se propõe. Os objetivos são claros. Enfim, a apresentação do projeto deixa transparecer de modo preciso o que se encontra no título da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o Termo de Compromisso Livre de Esclarecido em forma de convite. Apresenta o tempo gasto com a entrevista, bem como as questões que a nortearão.

Declaração do Chefe do departamento de Enfermagem da FMB - UNESP.

Declaração autorizando o desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São José do Rio Preto - SP.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram respondidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, sem restrições, em reunião do CEP de 05/08/2013, sem necessidade de envio à CONEP.

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Declaração

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa "A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde, a ser conduzida pelo Sra Suyane de Souza Lemos, orientada pelo Profa. Dra Wilza Carla Spiri., junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

São José do Rio Preto, 17 de junho de 2013.

Valter Negrelli Junior
Secretário Municipal de Saúde de
São José do Rio Preto-SP

Faculdade de Medicina de Botucatu
Distrito de Rubião Júnior, s/nº CEP 13615-970 Botucatu São Paulo Brasil
Tel 14 3880-1001

ANEXO 3- PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DO CURSO INTEGRALIDADE NA SAÚDE

EaD
SECRETARIA DE SAÚDE

Educação a Distância
Secretaria de Saúde
São José do Rio Preto

**CURSO
INTEGRALIDADE NA SAÚDE**

Público Alvo: Enfermeiros das UBS/UBSF
Carga Horária: 40 horas
Acesse: ead.saude.riopreto.sp.gov.br
Aula Inaugural Presencial: 4/7/14

SERÁ EMITIDO CERTIFICADO!

**INSCRIÇÕES
ABERTAS
até 2/7/14**

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA
SÃO JOSÉ
DO RIO PRETO

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Prezado (a) Senhor (a), meu nome é Suyane de Souza Lemos e estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa intitulado: "A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde" que tem como objetivo investigar a percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde e a partir dos resultados, propor uma intervenção educativa. Convido-o a contribuir com este estudo respondendo as questões seguintes: Como o enfermeiro percebe a integralidade na saúde? Quais as ações necessárias para uma atuação mais efetiva neste cenário? Suas informações serão utilizadas exclusivamente por mim, que manterei sigilo sobre a sua identidade. Gravarei a entrevista, que terá um tempo médio de 40 minutos, e, após transcrita de maneira fidedigna, as fitas contendo as entrevistas serão destruídas. Este Termo de Consentimento será elaborado em 2 vias, sendo uma para entrega ao participante da pesquisa e a outra para arquivo dos pesquisadores. Estou disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608

Botucatu, _____.

Suyane de Souza Lemos

Pesquisadora

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa: "A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde", sob responsabilidade da pesquisadora Suyane de Souza Lemos, aluna do Curso de Pós-Graduação, do Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e da orientadora Professora Doutora Wilza Carla Spiri do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista. Estou ciente de que poderei retirar minha participação a qualquer momento, sem prejuízos quaisquer.

Botucatu, _____.

Assinatura do Participante: _____

Orientadora: Profa Dra Wilza Carla Spiri, docente do Departamento de Enfermagem.

Av. Prof. Montenegro, s/n – Depto de Enfermagem - Unesp, Distrito de Rubião Jr, CEP: 18618-970, Botucatu-SP, telefone: (014) 3880-1320; e-mail: wilza@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Suyane de Souza Lemos, Aluna do Curso de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Endereço: Rua João Cândido Ferreira 366, Jd Nazareth, CEP: 15055-210, São José do Rio Preto-SP, telefone: (17) 8119-8305; e-mail: suyanne_lemos@yahoo.com.br